

Série Saúde & Amazônia, 17

**ORGANIZADORES:**

Josiane de Sousa Medeiros  
Júlio Cesar Schweickardt



COMPONENTES:  
\* ANAÍE LEPELO  
\* ALDO CARLOS  
\* PEDRO  
\* SUZILEIA -  
\* FRANCISCO.  
\* SAMARA.

\* PAPA PAZ:  
SUA PAZ:  
\* PAPA PAZ:  
VERA PAZ:

# CAMINHOS da população ribeirinha:

Produção de redes vivas no acesso aos serviços  
de urgência e emergência em um município  
do Estado do Amazonas





**ORGANIZADORES:**

Josiane de Souza Medeiros  
Júlio Cesar Schweickardt

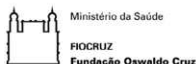
**1º Edição**  
**Porto Alegre/RS 2021**  
**Rede UNIDA**

# CAMINHOS DA

## população Ribeirinha:

produção de redes vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do Estado do Amazonas

**REALIZAÇÃO:** \_\_\_\_\_



**APOIO FINANCEIRO:** \_\_\_\_\_



## Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

## Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

## Editores Associados:

Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimaraes, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins

## Conselho Editorial:

**Adriane Pires Batiston** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil.

**Alcindo Antônio Ferla** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

**Ángel Martínez-Hernández** - Universitat Rovira i Virgili, Espanha.

**Angelo Stefanini** - Università di Bologna, Itália.

**Ardigó Martino** - Università di Bologna, Itália.

**Berta Paz Lorido** - Universitat de les Illes Balears, Espanha.

**Célia Beatriz Iriart** - University of New Mexico, Estados Unidos da América.

**Denise Bueno** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

**Emerson Elias Merhy** - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

**Erica Rosalba Mallmann Duarte** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

**Francisca Valda Silva de Oliveira** - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

**Izabella Barison Matos** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil.

**Háider Aurélio Pinto** - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil.

**João Henrique Lara do Amaral** - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

**Júlio César Schweickardt** - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil.

**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** - Universidade de São Paulo, Brasil.

**Laura Serrant-Green** - University of Wolverhampton, Inglaterra.

**Leonardo Federico** - Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

**Lisiane Böer Possa** - Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.

**Liliana Santos** - Universidade Federal da Bahia, Brasil.

**Luciano Bezerra Gomes** - Universidade Federal da Paraíba, Brasil.

**Mara Lisiane dos Santos** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil.

**Márcia Regina Cardoso Torres** - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil.

**Marc Akerman** - Universidade de São Paulo, Brasil.

**Maria Luiza Jaeger** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil.

**Maria Rocineide Ferreira da Silva** - Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** - Universidade Federal do Pará, Brasil.

**Ricardo Burg Ceccim** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

**Rodrigo Tobias de Sousa Lima** - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil.

**Rossana Staevie Baduy** - Universidade Estadual de Londrina, Brasil.

**Simone Edi Chaves** - Ideia e Método, Brasil.

**Sueli Terezinha Goi Barrios** - Ministério da Saúde, Brasil.

**Túlio Batista Franco** - Universidade Federal Fluminense, Brasil.

**Vanderléia Laodete Pulga** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil.

**Vera Lucia Kodjaoglanian** - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil.

**Vera Maria da Rocha** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil.

editora



Comissão Executiva Editorial

**Gabriel Calazans Baptista**

**Márcia Regina Cardoso Torres**

Projeto Gráfico Capa e Miolo

**Beast de Design**

Diagramação / Arte da Capa

**Junio Pontes**

**Fabrcio Rabelo**

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

**M488c**

**Medeiros**, Josiane de Sousa; **Schweickardt**, Júlio Cesar. (orgs.).

Caminhos da população ribeirinha: produção de redes vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do Estado do Amazonas / Organizadores: Josiane de Sousa Medeiros e Júlio Cesar Schweickardt.

**1.ed.** - Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2021.

**ISBN:** 978-65-87180-75-5.

**230 p.**: (Série Saúde & Amazônia, v.17). E-book: PDF

**DOI:** 10.18310/9786587180755.

1. Amazonas. 2. Assistência Ambulatorial. 3. Rede Social. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores

**21-3018066**

**CDD 614:918.111**

**CDU 614(811.3)**

### ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde pública / Medicina preventiva; Amazônia.
2. Medicina: Saúde pública; Região amazônica.

## Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

Copyright © 2021 Josiane de Souza Medeiros e Júlio Cesar Scheickardt.

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA

Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (051) 3391-1252

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)

## Saúde e Amazônia, 17

A **Série Saúde & Amazônia** é organizada pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA)/Fiocruz Amazônia e publicada pela Associação Brasileira Rede Unida (REDE UNIDA). Os manuscritos compõem as áreas de antropologia da saúde, gestão e planejamento, vigilância em saúde, atenção e cuidado em saúde, políticas públicas em saúde, educação permanente, educação popular, promoção em saúde, participação e controle social, história da saúde, saúde indígena, movimentos sociais em saúde e outros temas de interesse para a Região Amazônica. Os autores são de diferentes segmentos como pesquisadores, estudantes, gestores, trabalhadores, usuários e lideranças de movimentos sociais. A série tem o compromisso ético-político de contribuir com a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política universal, integral e equitativa. Os livros são organizados a partir de editais públicos e avaliados pelos pares. A organização dos livros é entendida como um processo de Educação Permanente e de formação de novos autores e autoras que estão envolvidos na construção das obras organizadas pela Série.

A Série tem coordenação editorial de: **Dr. Júlio Cesar Schweickardt** (Fiocruz Amazônia); **Dr. Alcindo Antônio Ferla** (UFRGS) e **Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (UFPA).

Esta publicação foi feita através de uma parceria entre o Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPGVida, a Rede Unida e o Laboratório de História Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/Fiocruz Amazônia, contando com a colaboração de alunos e pesquisadores de diferentes instituições para a realização dos pareceres dos manuscritos. E-mail: [lahpsa@gmail.com](mailto:lahpsa@gmail.com)

# CAMINHOS DA população Ribeirinha: produção de redes vivas no acesso ao serviços de urgência e emergência em um município do Estado do Amazonas

#### ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM)  
Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMDFiocruz Amazônia

#### REVISORES:

Júlio Cesar Schweickardt, Josiane de Souza Medeiros, Alcindo Antônio Ferla, Paulo Eduardo Xavier de Mendonça.

#### REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

MEDEIROS, Josiane de Sousa; SCHWEICKARDT, Júlio Cesar (org.). Caminhos da população ribeirinha: produção de redes vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do Estado do Amazonas. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. (Série Saúde & Amazônia, v. 17). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-75-5.

1° Edição  
Porto Alegre/RS 2021  
Rede UNIDA



# Sumário

01

**Nas curvas, remansos e banheiros dos rios: o acesso da população ribeirinha à rede de urgência e emergência no Estado do Amazonas** - Júlio Cesar Schweickardt .....

08

02

**Caminhos da população ribeirinha: produção de redes vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do Estado do Amazonas** - Josiane de Souza Medeiros .....

16

03

**Caminhos que se fazem ao caminhar: criação e compromisso ético da pesquisa com as amazonidades da Amazônia**- Alcindo Antônio Ferla; Sônia Maria Lemos; Maria Adriana Moreira .....

200

04

**Os reveses dos caminhos: possibilidades outras da pesquisa em saúde sobre o Território Líquido na Amazônia** - Rodrigo Tobias de Sousa Lima .....

210

05

**O líquido derrete o sólido: Acesso a Urgência e Emergência e Encontro de Saberes no Território Líquido** - Paulo Eduardo Xavier de Mendonça .....

213

**Sobre autores e autoras** .....

225



# Apresentação

## Apresentação

---



# Nas curvas, remansos e banzeiros do rio: o acesso da população ribeirinha à rede de urgência e emergência no Estado do Amazonas

01

**Júlio Cesar Schweickardt**

Sou caboclo valente

Morador das barrancas desse rio barrento

Razão de vida e sustento das vidas deste lugar

Sou agricultor diferente, só planto quando o rio seca

E vivo da pesca quando o rio enche.

*(Juteiro da Amazônia, Paulo Medeiros / Tony Medeiros)*

## A “várzea derramada” na produção do conhecimento

A letra do Boi Garantido homenageia a figura do juteiro, agricultor da juta, que é cultivada nas áreas de várzea. O morador da barranca do rio convive com o ciclo das águas, na seca planta e na cheia vive da pesca. Esse é o caboclo, ribeirinho que precisa equilibrar as mudanças do território, além de buscar o alimento para os curumins. *“Agricultor das barrancas desse rio. Cada gota de suor nessa várzea derramada. Vem da fibra planto fibra pra família sustentar”.*

A várzea é parte do ambiente da Amazônia, na seca se transforma em áreas de agricultura e de pasto, enquanto na cheia não resta outra coisa senão pescar para se sustentar. A várzea se “derrama” sobre o cotidiano das pessoas, mas é necessário suor e trabalho para alimentar a família. A fibra da juta se junta com a fibra do juteiro, pois é um trabalho de muito esforço, que exige permanecer dentro da água por várias horas. Assim, não é possível romantizar a vida do ribeirinho, como se tudo fosse abundante, pois a fome também ronda a vida das famílias, assim como as necessidades de saúde.

O juteiro é um exemplo de trabalhador ribeirinho da várzea que povoa os barrancos dos rios amazônicos. Figura exaltada por Paulo Medeiros e Tony Medeiros, mas que mostra a diversidade de trabalhadores e pessoas que povoam os mais distintos tipos de territórios da região. Nessa parte da letra, temos diversas características da região: várzea, barranca, rio barrento, rio seca, rio enche. Dessas palavras podemos tirar categorias de análise, pois delas temos uma ideia da vida na Amazônia, as palavras nos dizem sobre o lugar. Sabemos que o barranco do rio barrento se refere ao rio



Amazonas, que seca e enche, mudando as formas de trabalho e de alimento. Além disso, temos a categoria social do caboclo, do ribeirinho, do juteiro, do extrativista, do agricultor que vive e produz nesse espaço-tempo.

Os caminhos da pesquisa também se derramam sobre as vidas das pessoas, quando é necessário plantar e colher as fibras, pescar quando as águas estão por todos os lados.

A pesquisa também faz banzeiro, produz movimentos no território, nos trabalhadores e usuários, nos pesquisadores, nas alunas, no orientador.... O movimento do conhecimento precisa embalar os nossos sonhos, mas precisa animar as questões do lugar, das necessidades, das demandas. Desse modo, o trabalho da Josiane, ou simplesmente Josi, foi esse banzeiro que mexeu com a vida das pessoas, entrou nas redes vivas do usuário-pescador, que atravessou as discussões do trabalho, que fez mudança na gestão do cuidado.

Escutei da secretária municipal de saúde de Tefé, que a dissertação da Josi fez repensar o cuidado da população ribeirinha, especialmente quando se trata de urgência e emergência. Aprendemos navegando, cultivando, pescando nos rios das vidas das pessoas. Assim, não é apenas dissertação ou uma simples pesquisa, mas é uma ação que produz outros movimentos e outras ações que se traduzem em ideias e práticas.

A dissertação não termina na defesa, mas vai produzindo banzeiros (ondas) no trabalho e na vida das pessoas. Nesse sentido, compartilhamos das ideias de Boaventura de Sousa Santos (2007) de que o conhecimento precisa ser pertinente e interferir nos espaços, produzindo transformações e acolhendo outros saberes. Assim, Josi foi passando a sua rede e foi acolhendo as falas, os depoimentos, as narrativas, os mapas, as embarcações e trazendo para dentro do seu texto.

Tudo virou rede e fluxo, inclusive o percurso da pesquisa em si, que Josi denomina de pesquisador *in-mundo*, levando à sério a categoria proposta por Mehhy & Cerqueira (2014). É emaranhar, envolver, conectar, entrelaçar com as pessoas, lugares e processos. O pesquisador *in-mundo* precisa se imundizar de coisas e de pessoas, pois nesses encontros que está o método da pesquisa. O caminho (meta) é atravessado (odos) pelo modo de ser e de fazer, caminhando (ou navegando) pelos locais e pelas vidas das pessoas, com uma disposição ao diálogo.

Boaventura de Sousa Santos (2019) alerta que o processo de pesquisa, na maioria das vezes, realiza o *"extrativismo do conhecimento"*, que passou a ser normalizado pela ciência. Por outro lado, propõe fazer uma *"ecologia de saberes"* para criar uma alternativa ao *"imperialismo cognitivo"* do pensamento do Norte. Portanto, fazer uma pesquisa implicada e comprometida com os sujeitos, imersa no mundo, significa passar por um processo de desterritorialização de si e do saber, desnaturalizando o fazer científico.

O encontro do usuário como um guia, que chamamos de usuário-guia (Moebus; Merhy; Silva, 2016), é uma forma de aprendermos com o usuário nos seus caminhos e nas suas redes vivas. O pescador-ribeirinho é o usuário-guia que abriu as portas da sua casa, da sua vida, das suas afecções para nos guiar pelos caminhos do cuidado. Na saúde coletiva, normalmente, olhamos para os usuários a partir dos serviços, quando esse chega na unidade de saúde, passa a ter um prontuário, um número, um código que indica quem é o usuário, pelos olhos do serviço. O usuário-guia, pelo contrário, nos faz inverter a lente, pois são os serviços que são descritos pelo usuário, um olhar por dentro, mas principalmente um olhar pelas relações e pelos encontros dentro e fora dos serviços.

O usuário passou a ser o guia da pesquisa, guiando a pesquisadora nas suas redes, abrindo para as pessoas que fizeram o cuidado. A triste notícia é que no meio do caminho o usuário-guia faleceu, deixando as suas redes abertas e a sua fala foi interrompida. No entanto, a doença que o vitimou não foi uma redução da sua vida, pois as pessoas revelaram o seu afeto, o cuidado, a atenção, as lembranças, as comidas, as histórias e as memórias. O pescador nos apresentou uma rede de saúde bem complexa desde a sua comunidade ribeirinha, na cidade de Tefé, com os trabalhadores da Atenção Básica e do Hospital; na cidade de Manaus, no hospital e a casa de apoio deixou pessoas que continuaram o cuidado mesmo à distância. O usuário-guia nos mostrou que uma rede muito complexa produz um cuidado diferenciado, repleta de afeto.

## Quando o Laboratório se transforma em território do conhecimento

O território é uma categoria complexa e polissêmica, mas sempre se constitui como lugar de uso. Desse modo, como transformar um Laboratório como um lugar de uso, como um campo do saber (Bourdieu), uma ecologia dos saberes (Santos, 2019), um lugar de encontro de pesquisadores *in-mundo* (Merhy & Cerqueira, 2014), um espaço de trocas interculturais (Walsh, 2009), um lugar de promoção do Bem-Viver (Sólon, 2019), um lugar de uma prática decolonizadora (Maldonado-Torres, 2019), uma forma de relativizar o “*nativo*” (Viveiros de Castro, 2002), um espaço de aprendizagem na perspectiva da epistemologia feminista negra (Collins, 2019).

Todas essas referências que nos acompanham nesses anos do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), como um modo de promover o bom debate, sem excluir as diferenças, mas denunciar e combater as iniquidades em saúde e as desigualdades e injustiças sociais. Está explícito o debate sobre o fazer ciência na Amazônia, poderia ser qualquer lugar do planeta, mas é aqui que fazemos ciência, é o nosso território, é o território líquido, é o lugar dos modelos technoassistenciais da saúde, da inovação, da presença de vida e saúde, da diversidade étnica-cultural.

Segundo Viveiros de Castro (2002), o pensamento se faz em prática de sentido, ou seja, um pensamento que se faz nas ações e no quefazer, numa epistemologia que atua no lugar e com as pessoas. Por isso, o fazer científico se dá no cotidiano e nos contextos em que se expressam. Assim, as coisas que vamos encontrando pelas viagens e trabalhos de campo vão se constituindo como coisas boas para pensar. Vamos recolhendo os fragmentos e os retalhos para fazer uma bricolagem, ou seja, criamos novas ideias e formas a partir do que vamos coletando e produzindo nos mais distintos territórios da Amazônia.

Walter Benjamin (1994, p.223), *“o cronista que narra os acontecimentos, sem distinguir entre os grandes e pequenos, leva em conta a verdade de que nada do que um dia aconteceu pode ser considerado perdido para a história.”* A citação mostra que qualquer elemento, fragmento, serve para o pensamento, tudo o que se passou serve para a construção da narrativa e da história. Desse modo, a descrição dos fragmentos e das pequenas coisas possibilitam a construção das ideias filosóficas, nos permite captar coisas que escapam às teorias ou conceitos que estão distantes da experiência cotidiana. A teoria se colocou como universal e *“eterna”*, que se perdeu na generalidade ou na média estatística, realidade não-existente e não experimentada. O lugar da teoria sempre é provisório que se refaz nas vivências e experiências. Por isso, o fragmento se faz método para abrir brechas nas ideias *“eternas”*.

A pesquisa da Josi nos traz muitos fragmentos, de imagens, de histórias, de lugares, de práticas, de fazeres, de embarcações, de caminhos que vão se tornando redes. Os pequenos pedaços de território, de vidas e de trabalho vão ganhando em significado e sentido na colcha que vai se formando.

Nesse momento lembro do poeta sul-mato-grossense Manoel de Barros (2013) *“Tudo aquilo que nos leva a coisa nenhuma e que você não pode vender no mercado como, por exemplo, o coração verde dos pássaros, serve para poesia.”* Nada pode ser desprezado pelo pensamento, apenas precisamos ter a habilidade de construir modos de *“olhar”* para as coisas, deixando que as categorias e as ideias façam o trabalho hermenêutico de tradução.

O Hermes, que está na raiz etimológica da hermenêutica, era um personagem mítico que levava as notícias de Zeus para os outros deuses e humanos, mas toda notícia trazia uma interpretação. Assim, a hermenêutica foi entendida como uma notícia que ao ser interpretada traz consigo o *“mal-entendido”* (Schleiermacher, 1999). De certo modo, desenvolvemos no LAHPSA esse papel do Hermes, de levar as notícias que encontramos no campo, nos locais de trabalho, nas barrancas dos rios, nas várzeas, nas comunidades ribeirinhas, indígenas, quilombolas, nos flutuantes, nas UBS, nas Unidades Básicas de Saúde Fluvial, nos mais diferentes espaços-tempo. Evidentemente que toda interpretação traz consigo o limite da própria interpretação (mal-entendido), mas não deixa de ser uma *“notícia”*, uma informação, um conhecimento, uma produção sobre os lugares e as pessoas.

Temos a pretensão dos limites da nossa compreensão e podermos fazer bom uso das interpretações para as mudanças que desejamos para uma condição de vida que seja integral e plena para todas as pessoas, em qualquer situação, lugar e condição. Assim, primamos pelo não desperdício da experiência, como nos diz Boaventura de Sousa Santos (2000), de que mesmo não podendo “*comprar no mercado*” a informação, podemos torná-la importante para os usuários e trabalhadores da saúde nos mais distintos territórios da Amazônia.

O conhecimento precisa ser emancipatório: “*um conhecimento prudente para uma vida decente, que supere, tanto o preconceito conservador, como o prodígio incompreensível*” (Santos, 2000, p. 248). Por outro lado, o autor diz que todo conhecimento emancipatório é autoconhecimento. Assim, todos passamos por uma experiência de emancipação ao buscar um conhecimento-emancipação para os outros. Os sujeitos do conhecimento estão por todos os lados, em todas as fases, assim como os autores e pesquisadores, desconstruindo a ideia clássica da relação sujeito-objeto, pois todos produzem conhecimento.

Para isso, precisamos ter uma postura epistemológica que nos aproxime do outro ou que considere o outro como um sujeito do conhecimento proposto, pois como diz Paulo Freire, todo mundo sabe alguma coisa e ignora tantas outras coisas. Nesse caso, o método é o do encontro, que se utiliza de instrumentos que são provisórios assim como as interpretações. Assim, a postura é de permanente aprendizagem e de construção de um conhecimento sempre provisório, mas com o interesse de produzir mudanças e superar os preconceitos.

O LAHPSA é um laboratório que anda com as demandas que vêm das pessoas, dos grupos, dos trabalhadores, dos gestores, dos movimentos, das agências de fomento e das necessidades que afetam o mundo, como é o caso dessa pandemia. Muitas pessoas passaram por esse caminho, deixando as suas marcas e suas palavras nas produções. O Laboratório não é formado por bancadas, paredes, equipamentos e insumos, mas é formado por pessoas, lugares, e, principalmente, por encontros, muitos encontros que se tornam inéditos viáveis.

Somos como o juteiro que colhe as fibras na água, fibras que vão gerar produtos, que vão percorrer o mundo. Somos povo das águas, que se move no território líquido da Amazônia ribeirinha. Vamos “*derramando*” os conhecimentos e as experiências, sejam pequenas ou grandes, com aqueles que caminham lado a lado, construindo mundos possíveis para uma sociedade mais justa e igualitária.

## A banca como encontro das ideias

A presente obra é fruto da dissertação da Josiane de Souza Medeiros, que foi sugerida pela banca a publicação na modalidade Teses e Dissertações da Editora da Rede Unida. Assim, orientador, aluna e os membros da banca foram convidados a participar da produção a partir das considerações apontadas no momento da defesa.



## Referências

- Benjamin, W. (1994). **Magia e Técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. 7 ed. São Paulo: Brasiliense.
- Collins, P.H. Epistemologia feminista negra. In: Bernardino-Costa, J.; Maldonado-Torres, N.; Grosfoguel (Orgs.). **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.
- Maldonado-Torres, N. **Análítica da colonialidade e da decolonialidade: algumas dimensões básicas**. In: Bernardino-Costa, J.; Maldonado-Torres, N.; Grosfoguel (Orgs.). **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.
- Merhy, E. E., & Cerqueira, P. (2014). **Apresentação. In Pesquisadores In-mundo**. Porto Alegre: Rede Unida.
- Moebus, R. L. N., Merhy, E. E., & Silva, E. (2016). **“O Usuário cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha?” In Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes**. Hexis.
- Nietzsche, F. (2001). **A Gaia Ciência. Trad. Paulo César de Souza**. São Paulo: Companhia das Letras.
- Santos, B. D. S. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. São Paulo: Boitempo, 2007.
- Santos, B.S. (2019). **O fim do imperativo Cognitivo**. Belo Horizonte: Autêntica.
- Santos, B.S. (2000). **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez.
- Schleiermacher, F. D. H. (1999). **Hermenêutica**. Petrópolis: Vozes.
- Solón, P. **Bem viver. In: Alternativas sistêmicas: Bem viver, decrescimento, comuns, ecofeminismo, direitos da Mãe Terra e desglobalização**. São Paulo: Elefante, 2019.
- Viveiros de Castro, Eduardo. **O nativo relativo**. *Mana*, Abr 2002, vol.8, no.1.
- Walsh, C. (2009). **Interculturalidad, Estado, sociedad. Luchas (de)coloniales de nuestra época**. Universidad Andina Simon Bolivar. Ecuador.





# A dissertação

## A dissertação

---



# Caminhos da população ribeirinha: produção de redes vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do Estado do Amazonas

02

*Josiane de Souza Medeiros*

**Figura 1:** Lancha de transporte da equipe de saúde.



Fonte: Fabiana Mânica Martins, 2019.

## Primeiras enunciações do nosso caminhar

*Para os navegantes com desejo de vento,  
a memória é um ponto de partida.*

**Eduardo Galeano**



Nos movimentos de construção e desconstrução desta dissertação, permitam-me, já esclareço de antemão se tratar de um texto inacabado, que jamais estará pronto, pois, assim como um rizoma, estará sempre em aberto, sujeito a novas problematizações. Dessa maneira, o que se segue são algumas linhas, pistas por onde caminhei COM muita gente.

Este estudo tem como tema o acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência e, devido a isso, faz-se importante traçar algumas linhas enunciativas. Peço licença ao leitor para tentar enunciar algumas questões relacionadas à proposta de estudo. Para isso, gostaria de situar esta pesquisa como produto de uma construção de vida pessoal e profissional que se iniciou em uma comunidade ribeirinha no município de Anamá no Amazonas, onde nasci. Partindo da compreensão de que a pesquisa qualitativa versa mais sobre o pesquisador do que sobre o tema de interesse, a escolha pelas redes vivas em saúde no acesso às urgências e emergências pela população ribeirinha me in-mundizaram<sup>1</sup>.

Desde o ventre da minha mãe, as urgências da vida no território ribeirinho de Anamá me fizeram e me fazem banzeirar<sup>2</sup> constantemente, levando-me a reconhecer-me como ribeirinha que sou. Esse reconhecimento vem dos modos como construí minha vida em relação aos rios e suas águas. Minha mãe grávida de mim trabalhava com meu pai como regatão<sup>3</sup>. Dentro de um pequeno barco, iam vendendo produtos entre os beiradões<sup>4</sup> de Anamá, Caapiranga e Manacapuru, municípios limítrofes no Amazonas.

Nasci dentro de uma casa flutuante<sup>5</sup>, e foi de parto realizado pela minha avó, parteira de ofício com quase 200 partos feitos. Passei parte da minha infância indo nas viagens com meus pais, situação essa que contribuiu para que eu aprendesse a nadar muito cedo, como a maioria das crianças ribeirinhas. Além disso, do meu nascimento até meus 20 anos, a base da minha casa foi literalmente as águas, já que até essa idade sempre morei em casa flutuante, que me permitiu, nesse período, levar uma vida nômade, pois meus pais constantemente mudavam nossa casa flutuante de lugar, de acordo com a dinâmica dos ciclos dos rios. Precisei aprender a dirigir canoa rabeta<sup>6</sup> para acessar a escola e os serviços de saúde e, posteriormente, fiz uso das lanchas Ajato para acessar a Universidade. Assim, meus caminhos e acessos a esses serviços se deram e se fizeram pelos rios.

Em relação à minha vida acadêmica, considero que a maior parte dos 5 anos

1 - *In-mundo* é o termo usado para informar que o pesquisador não assumirá uma postura neutra no percurso da pesquisa, pelo contrário, ele se mistura, se emaranha e se afeta (ABRAHÃO *et al.*, 2014).

2 - Banzeiro é um termo amazônico para descrever o movimento das águas dos rios provocado pelas embarcações e pelo movimento natural das águas.

3 - Pequeno comerciante que navega pelos rios, lagos, igarapés e igapós amazônicos vendendo ou trocando os mais variados produtos.

4 - Designação dada aos locais na margem dos rios onde residem os ribeirinhos

5 - Casas de madeira, construídas sobre troncos de árvores capazes de torná-las flutuantes sobre as águas.

6 - A rabeta é um motor de 5,5 HP que utiliza uma hélice presa em um ferro longo, muito utilizada nos rios da Amazônia. Ver mais detalhes nas páginas 112-116.

de formação em Psicologia foi performada por uma estética do conhecimento sustentado pelos modos operantes de ordem biomédica, hospitalocêntrica, medicalizante, individualizante e curativista, concentrando-se em disciplinas que em quase nada dialogavam com o contexto de vida dos povos da Amazônia, nem para um fazer voltado para o coletivo e para as políticas públicas e para o SUS.

Contudo, busquei por um conhecimento que instaurasse em mim linhas de fuga contra essas disciplinas de saber que nos tentam capturar a todo momento. Minha primeira experiência de trabalho como psicóloga foi atuando com a população ribeirinha no serviço denominado Equipe Volante, que se assemelha às Estratégias de Saúde da Família Ribeirinha, contudo, voltado para os serviços da Assistência Social.

Morando e trabalhando em Anamá, nos finais de semana ia a Manaus pelos rios fazer especialização em Políticas Públicas de Atenção à Família. O trabalho de conclusão de curso desta especialização discutiu as percepções, afetividades e significados de famílias que vivenciam o fenômeno da cheia em Anamá.

Com essa breve enunciação da minha história de vida mediada pelos rios, quero mostrar que todo o processo de construção deste estudo, dos primeiros Seminários de apresentação do projeto até essa escrita, está atravessado pela minha história, meu lugar de fala como ribeirinha e nesse processo me *in-mundizei* o tempo todo, indo ao encontro à temática deste estudo, que tem como protagonista a população ribeirinha.

Diante do atual cenário político, sanitário e social pelo qual o Brasil passa, o tema acesso aos serviços de urgência e emergência assume um lugar importante no debate sobre os direitos à saúde. Embora a saúde seja um direito universal a ser garantido pelo Estado, conforme preconiza a Constituição Federal de 1988, mesmo reconhecendo os enormes avanços, o acesso ao SUS ainda apresenta desafios significativos na superação da desigualdade e da exclusão de grupos populacionais, como por exemplo, as populações ribeirinhas.

Tanto a literatura nacional quanto a internacional têm se dedicado a estudar o acesso aos serviços de saúde. No Brasil, atualmente, esse tema assume ainda mais relevância, tendo em vista o cenário econômico, político e social em que o país se encontra, contribuindo para o aumento das barreiras ao acesso aos serviços de saúde (Assis & Jesus, 2012).

Ao analisarem os determinantes e desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde, (Travassos & Castro, 2012) destacam que o simples fato da existência de determinado serviço de saúde não garante por si o acesso, pois barreiras de diversas ordens como geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, culturais caracterizam a oferta dos serviços facilitando ou obstruindo o acesso dos usuários. Além disso, as autoras afirmam que o fator mais importante para que as

pessoas usam os serviços de saúde são as suas necessidades. Contudo, justamente as pessoas que mais necessitam são aquelas que estão nos grupos sociais menos privilegiados e que apresentam menos chances de acessar os serviços.

De modo geral, o acesso aos serviços de saúde e a equidade estão profundamente relacionados à capacidade dos sistemas de saúde se organizarem de modo a responder adequadamente às necessidades dos cidadãos. Nesse sentido, garantir a universalidade e integralidade de assistência à saúde no cenário desigual e continental do nosso país tem se apresentado como desafio constante na implementação do SUS (Sousa et al., 2017).

Na tentativa de diminuir essas iniquidades e as fragmentações das políticas de saúde, o Brasil, nos anos 2000, começou a priorizar a organização da assistência em saúde a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS) com o objetivo de assegurar ao usuário um conjunto de ações e serviços integrados, de qualidade com efetividade e eficácia. Essa maneira de organizar os serviços de saúde tem na Atenção Básica (AB) sua principal estratégia. Além da AB, com a organização das RAS surgem as redes temáticas como as de atenção à saúde mental, a rede de assistência obstétrica e neonatal, a rede às doenças crônicas e a rede às urgências e emergências, esta última objeto deste estudo (Jorge et al., 2014; Magalhães Júnior, 2014).

Em relação à Rede de Urgência e Emergência (RUE), os estudos mostram-se recentes, tomando maior destaque no cenário dos anos 2000, quando se nota uma predominância desses em relação aos sistemas de classificação de risco. A preocupação com a política pública de urgência e emergência no Brasil ganhou destaque a partir da reorganização com a formulação de portarias específicas desses serviços na última décadas.

A RUE foi instituída pela Portaria nº 1.600 de 2011 com a finalidade de ampliar o acesso e acolhimento aos casos agudos demandados pelos serviços de saúde, tendo igualmente a AB como articuladora (Brasil, 2011a). A RUE tem se mostrado como um dos principais desafios do SUS e estudá-la merece destaque, visto que sua ausência ou inadequações podem custar a vida das pessoas.

A necessidade de se ter uma RUE resolutive ganha relevância frente às características epidemiológicas do Brasil, que apresenta atualmente crescimento de mortes por causas externas, com destaques para as violências e traumas, como também nas doenças crônicas não transmissíveis, tais quais a morte por Infarto Agudo de Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC), que se configuram como graves problemas de saúde a exigir cada vez mais uma RUE organizada e eficiente para atender essas demandas (Jorge et al., 2014; Lima et al., 2018; Padilha et al., 2018).

A base territorial constitui-se em um dos princípios organizativo-assistenciais para funcionamento das RAS e, no caso desta pesquisa, nosso território é o amazônico, muito caracterizado pelas suas especificidades tais como a baixa densidade

demográfica, longas distâncias, enorme diversidade étnico-cultural e uma extensa rede hidrográfica. Apesar de ocupar 60% do território brasileiro e haver 17 milhões de pessoas morando nesse território, essas especificidades sempre representaram um enorme desafio em termos de integração política, social e sanitária para o país, incluindo a saúde (Kadri & Schweickardt, 2016).

Uma característica importante do território amazônico para esse estudo é que o acesso às famílias e comunidades ribeirinhas, na maioria dos casos, só é possível por meio do transporte fluvial, sendo muito raro o acesso por outras vias, como a terrestre, por existirem poucas estradas e rodovias. Além disso, ainda há outras determinações naturais, como o sistema de cheia e vazante dos rios, que modificam a paisagem e implicam no modo como essas populações acessam os serviços de saúde em diferentes épocas do ano.

Diante de toda essa complexidade e potência que o território amazônico nos apresenta, a nossa proposta é pensar esse território como espaço sociopolítico de presença e não como lugar de vazios e ausências e como locais de potência, de inovações e de estratégias para produção do cuidado, seja nas redes formais como nas não-formais, sendo estas últimas enunciadas como redes vivas nesta pesquisa. Desse modo, tal pressuposto nos motiva a compreender os modos de vida da população ribeirinha em um território específico, suas estratégias, suas redes de relações produzidas em busca de cuidado, nos permitindo a discussão sobre o fortalecimento das políticas públicas em territórios distintos (Schweickardt *et al.*, 2016a).

É importante destacarmos que esta pesquisa faz parte da construção de uma pesquisa mais abrangente denominada **O acesso da população ribeirinha à rede de urgência e emergência no Estado do Amazonas**, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), Programa de Pesquisa em Saúde para o SUS (PPSUS), que tem como objetivo analisar o acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência no Estado do Amazonas tendo em vista o fortalecimento do SUS através da inclusão e da continuidade dessa população aos serviços de saúde. O projeto teve o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) no número do CAEE 99460918.3.0000.5020. O Termo de Anuência foi devidamente assinado pelos gestores do município de Tefé e pelos usuários.

A partir da revisão de literatura sobre a temática do acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência na Amazônia, surgiram os seguintes questionamentos que nortearam este estudo: Quais as características e fluxos dos serviços da Rede de Urgência e Emergência no território de Tefé/AM? Como a população ribeirinha percorre os caminhos entre esses serviços nos diferentes períodos dos ciclos dos rios (enchente, cheia, vazante e seca)? Quais redes vivas são produzidas pelos usuários no acesso aos serviços da Rede de Urgência e Emergência?



Vale lembrar que o Art. 196 da Constituição Federal de 1988 assegura que as pessoas têm direito ao acesso universal e igualitário à saúde, não importando se elas moram em um lugar “distante” dos aglomerados urbanos, como por exemplo, na margem de um lago, em um igarapé ou igapó<sup>7</sup>, e visto que elas continuam em território brasileiro, dispõem dos mesmos direitos. No entanto, a literatura sobre a saúde das populações rurais e ribeirinhas na Amazônia aponta que existem grandes desigualdades no acesso, atendimento e acompanhamento em relação à saúde dessas populações (Silveira & Pinheiro, 2014; Gama *et al.*, 2018; Pessoa *et al.*, 2018).

Destaca-se que esse território é vivo, as pessoas agem sobre ele, trabalhando, produzindo, recriando, e igualmente adoecem, acidentam-se, sofrem psicologicamente, mulheres apresentam gravidez de risco, sofrem acidentes de animais peçonhentos. Diante das limitações do Estado frente à saúde dessas pessoas, principalmente no que se refere aos serviços de urgência e emergência, tentar compreender que outras maneiras essas populações encontram para produzir saúde faz-se urgente, importante e necessário. Basta refletirmos e tomarmos como exemplo um trabalhador ribeirinho que sofre um acidente de trabalho por queda de árvore: O que acontece com ele e sua família? Quais os caminhos que percorre? Onde busca os primeiros cuidados? Encontra-os na rede formal de serviços, nas suas redes vivas ou em ambas?

Desde 2013, as pesquisas nacionais relacionadas às redes vivas em saúde ganharam maiores evidências a partir dos trabalhos de um grupo de pesquisadores coordenados pelo médico e sanitarista Emerson Merhy. Na região amazônica, o LAHPSA tem desenvolvido pesquisas referentes às redes vivas no contexto indígena, quilombola, ribeirinho, de fronteira e na área urbana. No entanto, há necessidade de realizar estudos referentes à produção de redes vivas em saúde relacionadas às urgências e emergências, especialmente no cenário amazônico. Diante dos motivos expostos, esta pesquisa contribui para a discussão e reflexão sobre como se tem produzido cuidado em saúde para as populações ribeirinhas.

O objetivo geral que norteou o estudo foi compreender a produção de redes vivas no acesso da população ribeirinha aos serviços de Urgência e Emergência no Município de Tefé/AM. E foram estabelecidos como objetivos específicos: descrever os fluxos da população ribeirinha aos serviços de Urgência e Emergência no município de Tefé; analisar o acesso da população em relação às características do território; e cartografar a produção de redes vivas na perspectiva do usuário para o acesso aos serviços de Urgência e Emergência.

A relevância desta pesquisa se faz na medida em que se considera que o estudo das produções de redes vivas pela população ribeirinha ao acessar os serviços

---

7- Área da Floresta Amazônica que permanece alagada mesmo durante a seca dos rios.

da RUE pode revelar elementos importantes para a produção do cuidado em saúde no território amazônico, onde historicamente os serviços de saúde não foram implantados ou tardaram a chegar, sob justificativa das barreiras e determinismos geográficos.

## Acesso aos serviços da saúde: uma categoria multidimensional

**Figura 2:** UBSF de Tefé realizando atendimento na área ribeirinha.



Fonte: Josiane Medeiros, 2020.

*Temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.*

**Boaventura de Sousa Santos**

Na medida em que este estudo se refere ao acesso aos serviços da RUE pela população ribeirinha e suas redes vivas, faz-se necessário a discussão acerca dessa categoria central para esta pesquisa. Desde a década de 1970, a Reforma Sanitária defendeu a garantia da saúde como direito universal, direito este ratificado na Constituição Federal de 1988 e nos princípios do SUS, por meio da Lei nº 8080

de 1990. Dessa maneira, atualmente o SUS é o sistema organizador desse direito universal à saúde, e a sua efetivação se dá por meio do acesso da população a estes serviços. Precisamos reconhecer as conquistas e avanços incontestáveis do SUS desde sua implantação nos anos 1990, contudo, ainda existe uma parte expressiva da população brasileira que convive com a desigualdade e exclusão aos serviços de saúde do SUS.

Em relação à Atenção Básica (AB), entre as principais barreiras ao acesso dos usuários a este nível de atenção estão o subdimensionamento e subfinanciamento, grandes números de usuários vinculados a uma única equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e escassez de médico com a formação em Saúde da Família e Comunidade. Essas questões se somam com a dificuldade de fixação e provimento desses profissionais nas regiões de difícil acesso e em áreas rurais. Isso traz prejuízos no acompanhamento permanente e integral para os grupos específicos como hipertensos, crianças em puericultura, grávidas e a burocratização dos serviços traduzidos em rigidez nos horários, agendamentos, fichas de espera. (Tesser *et al.*, 2018).

Trazendo para o contexto da Região Norte, as barreiras acima mencionadas somam-se às de acesso geográfico e concentração das ESF em áreas urbanas, pois, mesmo existindo equipes encarregadas de atender às populações rurais e ribeirinhas, estas tendem a atuar mais nos espaços urbanos, por conta das dificuldades relacionadas à chegada dos usuários aos serviços, ao agendamento e disponibilidade de transporte (Garnelo *et al.*, 2018). Desse modo, existe ainda uma forte organização dos serviços de saúde sem respeitar as singularidades de populações específicas, produzindo desigualdades e iniquidades no acesso aos serviços de saúde, principalmente em relação às populações ribeirinhas.

Diante do exposto acima e da importância do acesso como ratificador e garantidor dos princípios do SUS, é importante compreendermos algumas discussões teóricas sobre essa categoria. Inicialmente, cabe destacar que não há um consenso entre os autores ao abordar o conceito de acesso, com variações e modulações de autor para autor ao longo do tempo. Sendo assim, o conceito de acesso assume características complexas e multidimensionais. Ressalta-se que não é a intenção neste estudo abordar todas as discussões e autores que tratam do acesso, mas sim apresentar uma breve discussão a partir de alguns autores mais empregados no Brasil, que servirão para análises posteriores.

Um dos autores que têm contribuído para a discussão sobre o acesso é Donabedian (1973), que desenvolveu o conceito de acesso como sinônimo de acessibilidade aos serviços de saúde. Para esse autor, a acessibilidade se refere à capacidade que um sistema de atenção à saúde tem de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. O autor faz menção a dois tipos de acessibilidade: a primeira diz respeito ao que chama de acessibilidade sócio-organizacional, que envolve os aspectos relacionados à oferta de serviços; a segunda denominou

de acessibilidade geográfica, que tem a ver com o espaço, distância, tempo, locomoção, custo da viagem, transporte, entre outros.

Ainda na literatura internacional, temos o conceito de acesso proposto por Andersen (1995), que prefere o termo acesso em vez de acessibilidade. Para este autor, o acesso é considerado como um elemento do sistema de atenção à saúde e diz respeito às entradas nos serviços e à continuidade da atenção, ou seja, abrange a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados posteriores.

Na concepção de Andersen, o acesso aos serviços de saúde é influenciado por fatores contextuais externos e pelas especificidades de cada sistema de saúde. Esses fatores são intermediados pelos fatores individuais como: fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidades de saúde (Travassos & Castro, 2012).

Os fatores predisponentes são aqueles que existem antes do surgimento do problema de saúde e predispõe o sujeito como mais ou menos propenso a buscar serviços de saúde, sendo caracterizados como fatores sociodemográficos (gênero, idade, escolaridade), culturais, preferências e valores pessoais. Os fatores capacitantes são os meios pelos quais as pessoas conseguem os cuidados de saúde (instalações, equipamentos, profissionais da saúde, renda, meio de locomoção, tempo). E, por último, as necessidades de saúde são as condições de saúde percebidas pelos próprios sujeitos, bem como aquelas diagnosticadas pelos profissionais de saúde (Travassos & Castro, 2012).

No Brasil, um conceito de acesso frequentemente utilizado é o de Unglert, (1990), que apresenta algumas dimensões do acesso: **geográfico**, que trata do planejamento adequado da localização dos serviços de saúde; **econômica**, ao se referir à eliminação de obstáculos decorrentes do sistema de pagamento e contribuição pelos usuários; **cultural**, ao adequar as normas técnicas dos serviços de saúde aos costumes da população de um determinado território; e funcional, por meio de serviços oportunos e adequados às necessidades dos usuários.

Em contrapartida, Starfield (2002) faz uma diferenciação entre **acesso** e **acessibilidade**, dizendo que acessibilidade está relacionada às características da oferta dos serviços, como por exemplo, a possibilidade de acesso das pessoas aos serviços. Já o acesso é a maneira como os usuários percebem a acessibilidade. Ambos apresentam significados complementares.

Segundo Travassos e Martins (2004), o acesso é o responsável por intermediar a relação entre a procura e a entrada das pessoas nos serviços de saúde. Assim, o acesso está relacionado às características dessa oferta, às quais facilitam ou dificultam a sua utilização por determinada população e manifestam a capacidade da oferta de produzir serviços e de atender às necessidades de saúde das pessoas.

Giovanella e Fleury (1995) trazem a discussão que se aproxima da compreensão



de acesso a ser trabalhada neste estudo. As autoras compreendem acesso como uma construção social frente às necessidades de saúde de uma determinada população que se encontra em um território específico, apontando para uma discussão teórica embasada nos conceitos da saúde coletiva. Enquanto construção e produção social, o acesso é atravessado por múltiplas dimensões.

Para Giovanella e Fleury (1995), o acesso e as condições de acessibilidade assumem quatro dimensões explicativas: política, econômica, técnica e simbólica. A dimensão política envolve a pactuação entre os entes federados e participação social; a dimensão econômica-social refere-se aos investimentos públicos para superação das barreiras geográficas, sociais, culturais e físicas; a dimensão técnica engloba as questões de organização de fluxo, porta de entrada, acolhimento, vínculo e relação equipe de saúde-usuário; a dimensão simbólica está relacionada às questões do processo saúde-doença, como cultura, , crenças, valores, subjetividades.

Além dessas quatro dimensões, Giovanella e Fleury (1995) reconhecem mais cinco dimensões específicas e integrantes do conceito de acesso, como: disponibilidade, acessibilidade, capacidade financeira, adequação funcional, e aceitabilidade. A **disponibilidade** refere-se à relação entre o tipo e a quantidade de serviços disponíveis diante das necessidades reconhecidas pelos usuários. A **acessibilidade** refere-se à relação entre disposição e distância dos serviços de saúde distribuídos em determinado território e os locais de moradia das pessoas, implicando em maior ou menor deslocamento e custos. Já a **capacidade financeira** trata da relação entre custo e oferta dos serviços disponibilizados. A **adequação funcional** diz respeito às estratégias e mecanismos de organização por parte dos serviços e a capacidade e habilidade dos usuários se acomodarem àquilo que lhe é disponibilizado. E, por último, temos a aceitabilidade, entendida como o reconhecimento ou não por parte dos usuários em relação aos serviços que lhe são ofertados, repercutindo no interesse e adesão destes serviços.

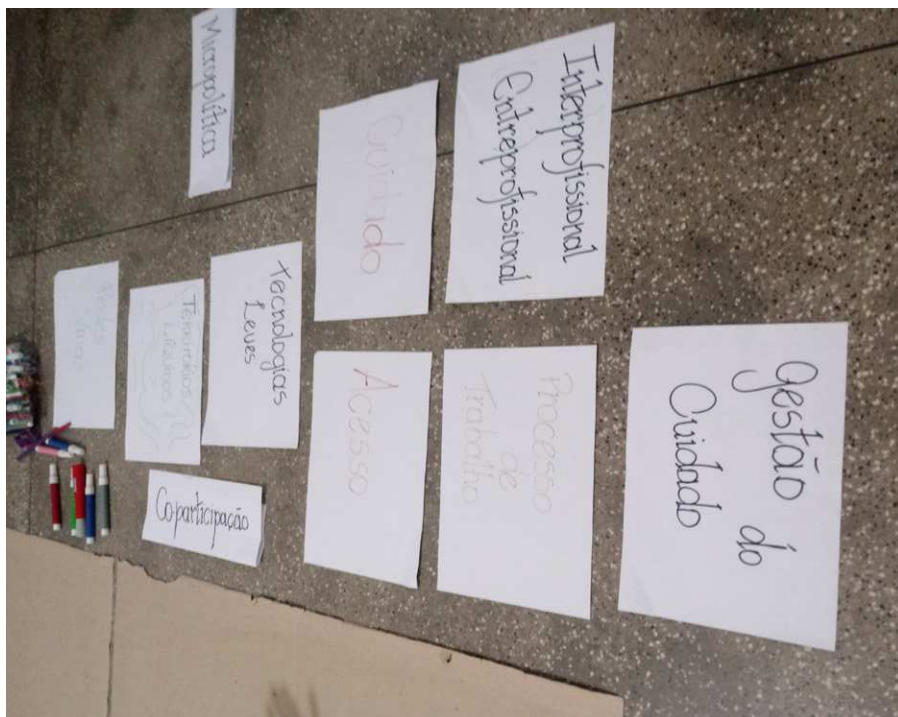
Desse modo, conforme Barbiani *et al.*, (2014), a proposta de acesso das autoras está situada em um contexto mais amplo, na medida em que é constituído socioculturalmente, configurando as necessidades em saúde e suas dimensões percebidas por aqueles que usam e o oferecem os serviços.

A partir dessas questões em torno do acesso, percebe-se que, além da multiplicidade de formas e abordagens da categoria acesso, o mesmo apresenta-se com múltiplas dimensões que assumem características de oferta que podem aumentar ou diminuir as possibilidades de as pessoas utilizarem determinado serviço de saúde. Alguns autores enfatizam mais o acesso como acessibilidade, outros preferem o termo acesso propriamente dito. Há aqueles que fazem a diferenciação entre uso e acesso. No entanto, esses conceitos convergem em relação ao fato de o acesso envolver sempre a relação entre o usuário, suas necessidades de saúde e os serviços de saúde, indicando o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas adquirem cuidados em saúde. Dessa maneira, o

acesso neste estudo será abordado a partir das ideias de Giovanella e Fleury (1995), por destacarem que o estudo do acesso se constitui como uma das melhores maneiras de compreendermos como o direito à saúde expressa-se concretamente no cotidiano das pessoas.

## Redes de Atenção à Saúde (RAS): um acontecimento em ato

**Figura 3:** As conexões do cuidado em rede.



Fonte: Fabiana Mânica Martins, 2019.

*Toda sociedade atual se organiza em redes.*

**Castells**

Propomos, nesta seção, uma breve discussão acerca das Redes de Atenção à Saúde (RAS), de modo a compreender alguns marcos significativos que contribuíram direta ou indiretamente para o cenário atual das RAS no Brasil. Dessa forma, abordaremos como as RAS surgiram em nível internacional e nacional, como se organizam e têm se constituído atualmente como política pública na saúde brasileira.

A noção de RAS é relativamente nova, tendo surgido primeiramente nos Estados Unidos, nos anos 1990, a partir de experiências de sistemas integrados de saúde, expandindo-se no decurso histórico para Europa, Canadá e chegando por último a alguns países em desenvolvimento (Mendes, 2011). Este autor, ao analisar estudos feitos nos Estados Unidos, principalmente na década de 1990, afirma que o novo modelo de sistema de serviços integrados em saúde surgiu na perspectiva de superar os sistemas vigentes que se mostravam extremamente fragmentados. Os sistemas mais integrados tendem a apresentar aspectos similares como a integração de processos e serviços, a estrutura de governança, o trabalho multidisciplinar, a coordenação do cuidado pela AB, a integração clínica e os sistemas integrados de informação e alinhamento financeiro.

O Canadá propôs modificações em seu sistema de saúde, passando a adotar o sistema integrado em saúde, que incorporou aspectos como o estabelecimento de uma população para cobertura, pagamento por capitação, ou seja, pagamento em função da população abrangida, implantação de estabelecimentos com médicos de família funcionando como porta de entrada, ampliação das informações em saúde e planejamento a partir das necessidades apontadas pela população (Mendes, 2011).

Em relação aos países da América Latina, a implementação das RAS ainda é inicial, sendo o Chile o país com maior experiência na área, em que as RAS já são oficialmente consideradas uma política pública (Mendes, 2011). A chegada tardia das RAS na América Latina deve-se à herança de modelos de atenção que priorizavam a redução do Estado, marcadamente seletivos, tanto em relação aos serviços quanto aos usuários e altamente segmentados com profundas iniquidades sociais (Giovannella & Almeida, 2017).

No cenário brasileiro, as discussões sobre RAS são recentes, ganhando visibilidade na década de 2000. A literatura sobre as políticas públicas de saúde no Brasil destaca que, antes da criação do SUS em 1990, a política de saúde era definida por duas vertentes. Uma voltada para o controle de doenças específicas e de epidemias e a outra direcionada para a assistência médica individual apenas para os trabalhadores de carteira assinada de base previdenciária (Paim, 2009).

Nesse período, o sistema de saúde brasileiro era marcado por enorme exclusão da maior parte da população, centralizado na doença em detrimento à saúde, de cunho hospitalocêntrico e biomédico. A saúde era compreendida como um favor, marcada fortemente pelo assistencialismo aos pobres, de caráter fragmentado, com pouca efetividade do modelo de atenção e fechado à participação social e privatista (Escorel, 2012; Machado *et al.*, 2017; Paim, 2009).

Magalhães Júnior (2014) destaca que a existência dessas duas vertentes mencionadas não apresentava nenhuma lógica regional, de organização, clareza de fluxos e planejamento, logo, não havia sinais do conceito de redes integradas de

atenção à saúde. Com a criação e implantação do SUS nos anos 1990, criou-se um contexto favorável para se iniciar as discussões sobre as RAS, tendo em vista que o SUS estabeleceu como diretrizes a universalização do acesso, a descentralização, regionalização e integração de redes assistenciais.

Mendes (2011) pontua algumas experiências que antecederam a implantação das RAS no Brasil, como a constituição de sistemas microrregionais de saúde no Ceará com o propósito de diminuir as fragilidades decorrentes principalmente da fragmentação estabelecida pela municipalização. Em Vitória, houve iniciativa de um sistema integrado na região de São Pedro. O autor ainda comenta sobre o desenvolvimento de uma rede temática voltada para a atenção à saúde da mulher e da criança em Curitiba.

Nos anos 2000, houve uma expansão de experiências com as RAS por vários estados brasileiros, principalmente os das regiões Sul e Sudeste. Essa tendência nacional e internacional em busca de gerir a saúde em rede tem se justificado como um caminho viável diante das mudanças que vêm se dando nos sistemas de atenção à saúde, como por exemplo, a globalização econômica, estratégia de lidar com as dimensões territorial, transição demográfica, predomínio das doenças crônicas e a busca pela integralidade no cuidado à saúde (Albuquerque & Viana, 2015; Silva, 2011).

Atualmente, a política de saúde brasileira tem sido influenciada fortemente pelos fundamentos das RAS. Mas, afinal, o que são as RAS? A literatura nacional aponta várias redações. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS, define as RAS como sendo “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, p. 4).

Para Silva, as RAS configuram:

*Uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral aos usuários e promoção da saúde (Silva, 2013, p.81).*

Uma das propostas de RAS que mais tem influenciado a política de saúde brasileira, a partir dos anos 2000, é a construída por Mendes (2011), que a define como:

*Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos*



*comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (Mendes, 2011, p. 82).*

Embora os conceitos de RAS recebam diversas redações, alguns de seus elementos devem estar sempre presentes. Os serviços disponíveis nas RAS constituem-se por relações mais horizontalizadas, operando de maneira compartilhada e interdependente. Existe troca frequente de recursos. O conjunto de serviços que constituem os níveis de atenção primário, secundário e terciário dá-se de maneira poliárquica, em contraponto à hierarquização. A AB fortalecida coordena o cuidado com outros pontos da rede (Magalhães Junior, 2014).

Desse modo, surgem os elementos centrais que constituem as RAS: a população pela qual a rede se responsabiliza, gerando valor à mesma (a população é a razão das RAS existirem); a estrutura operacional que é formada pelos nós das redes e suas ligações (essa estrutura operacional é constituída pelo centro de comunicação que corresponde à AB, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio, logístico e de governança); e o modelo de atenção à saúde (Mendes, 2011).

Silva (2011) chama a atenção para o fato de que os níveis de atenção em saúde que se propõem a funcionar em rede não devem ser no modelo piramidal, que geralmente coloca os serviços da AB na base da pirâmide e os demais em ordem crescente de complexidade da base para o topo da pirâmide. Para o autor, os serviços de saúde precisam interagir entre si em diferentes fluxos, buscando relações horizontalizadas, com elevada interdependência. Além disso, destaca um princípio importante a ser adotado nos sistemas em redes, que é o do usuário centrado, ou seja, as linhas de cuidado devem levar em conta sua singularidade e necessidades.

No texto *“Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada”*, Cecílio (1997) já chamava a atenção para o fato de não pensarmos o sistema de saúde de maneira fechada e acabada, seguindo a estrutura piramidal. O autor defende a ideia de não hierarquização dos serviços de saúde com alguns mais importantes do que outros, mas sim explorar a circularidade desses serviços como alternativa, sem perder de vista os usuários com suas necessidades reais e concretas, o que o faz procurar os serviços do SUS.

Ao abordarmos as RAS no cenário Amazônico com base nos conceitos acima, notou-se uma escassez de produção sobre o modelo de RAS a partir da sua formalização em 2010 como política pública. Sentimos a falta de trabalhos que retratem como estão atualmente as RAS na região, se foram de fato implantadas ou não, quais têm sido os principais desafios encontrados ou estratégias pensadas

para seu funcionamento. Existem alguns trabalhos com enfoque no processo de regionalização especificamente, como por exemplo, o de Casanova *et al.*, (2017). Essa escassez de produção sobre a RAS na Amazônia aponta para o fato de que talvez as RAS necessitem incorporar outros modelos e formatos de redes que atendam as especificidades da região.

Ao analisarem as políticas públicas de saúde na Amazônia, Schweickardt e Martins (2017) destacam que, nas décadas de 1960 e 1970, houve grande fluxo migratório para a região, desencadeado pelos grandes projetos de infraestrutura socioeconômica como a Zona Franca de Manaus (ZFM), a construção de rodovias e hidrelétricas e projetos voltados para reforma agrária. Esse processo migratório ocasionou diversos problemas na oferta de serviços de saúde, pois esta não acompanhou o ritmo dos grandes projetos em responder às demandas que vieram com eles. No caso do Amazonas, essa situação se intensificou com a implantação da ZFM, que sempre esteve pautada na expansão industrial e comércio, com pouco investimento no setor da saúde. É sabido que esses grandes projetos de desenvolvimento regional não se traduziram necessariamente em melhorias dos serviços públicos, incluindo aqui a saúde.

Ainda conforme Schweickardt e Martins (2017), apenas nos anos 2000 ocorreu a implementação da AB no Amazonas. Antes disso, o modelo de atenção à saúde era marcado por algumas características como a centralização das ações nos hospitais, campanhas de erradicação de doenças, convênios das instituições do Estado com o sistema de Previdência Social e os serviços de saúde eram prestados por instituições que mantinham convênio com o Estado.

Albuquerque (2013), ao abordar o contexto amazônico, aponta alguns aspectos que dificultam a expansão dos serviços de saúde, do estabelecimento de fluxos entre os municípios e a própria regionalização preconizada pelos SUS. Entre os aspectos, destacam-se a descontinuação urbana, a baixa densidade populacional, pequeno dinamismo econômico na maioria dos municípios, grande extensão territorial, além do fato de que a região apresenta enorme diversidade socioeconômica e cultural da população (indígenas, populações ribeirinhas, migrantes), ocupação desigual com áreas mais antigas e outras recentes e extensa faixa de fronteira. Em termos de quadro de análise, todas essas características complexificam a universalização em saúde pelo SUS.

Infelizmente, nota-se que muitas vezes a complexidade específica da Amazônia descrita no parágrafo anterior acaba sendo usada para justificar a falta de investimentos nas políticas públicas em saúde para a região. As RAS têm apresentado crescentes benefícios e vantagem de se ter o sistema de saúde organizado em rede, em busca da universalidade, integralidade e equidade. Contudo, para as especificidades da Amazônia, outras configurações de redes que fogem do formato instituído oficialmente fazem-se necessárias frente às demandas concretas das populações locais, como as redes vivas que

abordaremos mais adiante.

## Redes de Urgência e Emergência em Saúde

Uma das características das RAS é poder ser organizada em temas de atenção, possibilitando a implantação de temas específicos em diferentes regiões, da integralidade na assistência em saúde. Magalhães Junior (2014) diz que esse formato de organização em tema é denominado de redes temáticas ou linhas de cuidados temáticos, como podemos citar a Rede de Atenção à Saúde Mental, a Rede de Assistência Obstétrica e Neonatal e a Rede de Atenção às Doenças Crônicas.

Traçando algumas das redes temáticas ou linhas de cuidados, podemos citar a Rede de Urgência e Emergência (RUE). Segundo Padilha et al. (2018), embora em 1998, por meio da Portaria nº 2.923, o governo federal tenha criado o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento em urgência e emergência, com foco na atuação hospitalar, foi apenas nos anos 2000 que as urgências e emergências no Brasil assumiram destaque com a implantação dos serviços pré-hospitalares, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Historicamente, as políticas voltadas para as Urgências e Emergências deram-se de maneira fragmentada. Entre os anos de 2003 e 2008, a ênfase estava voltada para o SAMU e, a partir de 2009, para as UPA. A implantação desses serviços aconteceu de forma desarticulada e, como consequência, em 2011 foi instituída a Portaria nº 1.600, que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), estabelecendo os pontos de atenção da rede e os incentivos a serem disponibilizados aos estados e municípios para a sua implementação em seus territórios (O'Dwyer et al., 2017a).

Atualmente, a literatura aponta que as urgências e emergências têm sido o tema mais discutido e desafiante para o SUS. Autores como Jorge et al. (2014); Lima et al. (2018) e Padilha et al. (2018) destacam que isso se deve principalmente devido às características epidemiológicas que o Brasil apresenta, tais como: crescimento de mortes por causas externas com destaques para as violências e traumas; as doenças crônicas não transmissíveis, como a morte por IAM e AVC, que se configuram como graves problemas de saúde, exigindo cada vez mais que a RUE se mostre organizada e eficiente para atender essas demandas.

De acordo com a Portaria nº 1.600, que organiza a RUE, esta rede tem como proposta articular e integrar todos os equipamentos de saúde constituídos por oito pontos de atenção: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências (CRMU); Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; assistência Hospitalar e Atenção Domiciliar,

*“objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna”* (Brasil, 2011a, p. 2). Trazemos a seguir os componentes Atenção Básica, Serviços de Atendimento Móvel e Hospitalar, por se fazerem presentes no município onde este estudo aconteceu.

Na organização da saúde em rede, a AB é compreendida como o centro de comunicação e lhe é atribuída o papel de ordenar a rede e coordenar o cuidado, tendo a ESF como estratégia prioritária para sua organização e expansão do acesso. Assim, a AB cotidianamente trabalha com um leque de ações que envolvem a promoção e proteção da saúde. Contudo, frequentemente se depara com casos que demandam atendimento imediato, como é o caso das urgências e emergências.

Nesse sentido, a AB constitui-se como um dos componentes da RUE que tem como objetivo *“a 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”* (Brasil, 2011a. p. 3).

Dessa forma, ao compor a RUE, a AB deve realizar os primeiros atendimentos ao usuário ao receber casos de urgências e emergências e, se for necessário, encaminhá-lo para outros pontos da RAS. As análises dos estudos referentes à AB como componente da RUE apontam dificuldades e potencialidades nas tentativas de cumprir o que está idealizado nas recomendações e normativas oficiais.

De todos os aspectos que potencializam a AB como integrada à RUE, a literatura aponta a proximidade das residências dos usuários com as UBS, vínculos com a ESF que atua em seu bairro ou comunidade. A ESF, por fazer parte do cotidiano e da vida das pessoas, tem a vantagem de já acompanhar e conhecer aquele usuário que, diante de uma urgência, venha procurar a UBS (Cassettari & Mello, 2017; Freitas et al., 2020; Soares et al., 2014). Esses aspectos contribuem fortemente para que os usuários busquem a AB como porta de entrada principal para atenção às urgências e emergências.

Além disso, Hermida et al. (2016) destacam um dos aspectos que, a nosso ver, é um dos mais importantes, que é o fato da AB como principal porta de entrada no SUS, em muitas realidades no Brasil, ser a única acessível para os usuários em situação de urgência e emergência, atribuindo a ela enorme relevância e responsabilidade nestes territórios.

No que se refere às dificuldades encontradas para a AB oferecer os primeiros cuidados em urgência e emergência, e Freitas et al. (2020); Hermida et al. (2016) e Soares et al. (2014) destacam a falta de capacitação profissional

para os atendimentos de urgências. Na maioria das vezes, isso contribui para que o profissional encaminhe sem ao menos avaliar e estabilizar o usuário. O quadro em questão envolve a insuficiência de recursos estruturais como sala para observação, profissionais de saúde, tendo em vista que muitas equipes atuam de maneira incompleta, bem como materiais e insumos como cilindro de oxigênio, maleta de urgência e emergência e até mesmo medicação. Somase a essa realidade o fato de muitos trabalhadores da AB não reconhecerem os casos de urgências e emergências como sendo parte da AB, apresentando desconhecimento dos aspectos legais das Políticas de Saúde brasileira e utilizando o encaminhamento como única possibilidade.

Como componente pré-hospitalar da RUE, o SAMU 192 e suas CRMU têm como finalidade oferecer atendimento precoce ao usuário que tenha sofrido agravo em sua saúde, podendo ser de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, dentre outras que estejam proporcionando sofrimento, sequelas ou a morte. Para isso, o SAMU precisa garantir atendimento e transporte para um serviço de saúde integrado ao SUS (Brasil, 2011a).

De acordo com Villela *et al.* (2020), esse serviço conta com dois componentes: componente regulador (Central Médica de Regulação) e o componente assistencial (equipe de ambulâncias). É considerado um serviço pré-hospitalar justamente por prestar atendimento aos usuários fora do ambiente hospitalar, como residências, ambiente de trabalho e vias públicas, na tentativa de manutenção da vida e minimização de sequelas.

O acesso ao SAMU inicia-se mediante ligação para o número 192, que pode ser feita diretamente pela própria população ou por um outro serviço de saúde que já tenha oferecido os primeiros cuidados ao usuário, mas entende que este ainda precisa de cuidados que a unidade inicial não dispõe (Almeida *et al.*, 2016).

Quando a Central Médica de Regulação recebe uma solicitação de atendimento e entende a necessidade de envio da equipe de ambulância, essa pode ser de dois tipos: Unidade de Suporte Básico, que dispõe de técnico de enfermagem na equipe; Unidade de Suporte Avançado, que corresponde a uma ambulância com mais recursos tecnológicos e as presenças de um enfermeiro e um médico compondo a equipe. Além das ambulâncias, em função das características territoriais, podem compor a frota ainda as motolâncias, ambulanchas ou embarcações e o aeromédico, sendo este último composto por helicóptero ou avião (O'Dwyer *et al.*, 2017b).

O trabalho realizado por O'Dwyer *et al.* (2017b), que estudaram o processo de implantação do SAMU no Brasil, afirma que esse serviço foi o primeiro componente da RUE a ser implantado nos anos 2000. A partir de então, em um primeiro movimento, a expansão do SAMU iniciou-se fortemente nas capitais, expandindo-se regionalmente após 2008. Os autores apontam para o fato de que a implantação do SAMU ainda acontece de maneira desigual no nosso país, sendo



a Região Sul a que apresenta a cobertura maior que 80% em todos os estados, já as Regiões Norte e Nordeste as que apresentam menores coberturas. No caso da Região Norte, mesmo tendo dois estados (Acre e Roraima) que apresentam cobertura de 100% pelo SAMU, é também a que possui os únicos dois estados (Rondônia e Tocantins) com cobertura menor que 50%.

De um modo geral, as pesquisas que têm se dedicado a esse componente da RUE o apontam como sendo um serviço imprescindível para a atenção às urgências e emergências no SUS, contribuindo significativamente para diminuição no tempo de atendimento e internação hospitalar, bem como na redução de mortes, especialmente aquelas por causas externas e cardiovasculares (Almeida et al., 2016; O'Dwyer et al., 2017b; Villela et al., 2020).

Sobre a assistência hospitalar, esta é considerada a mais antiga no Brasil e sua regulamentação no SUS teve início a partir da Constituição Federal de 1988 e, ao longo desses 32 anos, diversas normativas legislaram acerca desse componente, mas foi a partir de 2010, com as diretrizes das RAS, que foi instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) por meio da Portaria nº 3.390 de 2013.

Dessa maneira, a assistência hospitalar surge nas normativas da RUE e PNHOSP como ponto de atenção à saúde nos casos de urgência e emergência “constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias”. A assistência hospitalar deve ser orientada de acordo com o perfil demográfico e epidemiológico do território, com acesso regulado e oferecendo atendimento referenciado e espontâneo à população (Brasil, 2011a; Brasil, 2013).

Todas essas normativas que reorganizaram a assistência hospitalar foram pensadas e instituídas para ampliar o acesso aos cuidados de urgência e emergência. Para Cecílio e Merhy (2003), em determinadas situações de maior complexidade ou gravidade, o hospital é referência na rede de atenção, especialmente quando a contrarreferência é realizada de maneira responsável, contribuindo para a integralidade do cuidado.

Embora a PNHOSP seja extremamente recente, O'Dwyer et al., (2017b) destacam que a rede hospitalar atual está envelhecida, constituída predominantemente pelos hospitais gerais, de pequeno a médio porte, realizando assistência dos casos graves, eletivos, crônicos, indistintamente. Os autores falam ainda sobre a insuficiência na distribuição dos leitos hospitalares, em que afirmam que os hospitais com menos de 50 leitos compõem a maioria (63,7%), os de 50 a 100 leitos 18,5%, e os hospitais que comportam mais de 100 leitos formam a minoria com 17,8%.

Por compreender a atenção hospitalar como importante para os cuidados em saúde, Borsato e Carvalho (2020) chamam a atenção para discussões de alguns

pontos deste componente da RUE. As autoras destacam que, na medida em que a assistência em saúde se torna mais complexa, amplia-se também a complexidade dos processos de gestão hospitalar, requerendo maior efetividade nos processos regulatórios, de gerenciamento de tecnologias, de recursos humanos e físicos. Além disso, ressaltam que existe uma preferência, por parte dos usuários, pelo modelo das tecnologias médicas, determinada historicamente, contribuindo para a hegemonia deste componente assistencial, tornando-o altamente oneroso e, como consequência, gerando maiores gastos na área da Saúde.

Estudos sobre o acesso à assistência hospitalar apontam muitos desafios para o cuidado integral à saúde. Nesse sentido, destacam-se: a escassez de leitos, dificultando a regulação pelo SAMU; a superlotação, muitas vezes ocasionada por limitações nos atendimentos em outros níveis de atenção; procura crescente de usuários com condições de saúde de menor urgência e que poderiam ser atendidos em outros níveis de atenção e; a AB contribuindo para sobrecarga da equipe e das capacidades instaladas nos hospitais. Essas questões implicam na descontinuidade do cuidado, já que o enfrentamento das situações de urgências e emergências e de suas causas não requer somente assistência imediata, mas atuação em outras dimensões, com ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (Borsato & Carvalho, 2020; Dubeux et al., 2013; Soares et al., 2015). Segundo Jorge et al. (2014), a política estabelece que a atenção às urgências e emergências precisa se dar em todos os níveis do SUS, desde as unidades básicas, passando pelas atenções pré-hospitalar (SAMU e UPA), hospitalar e domiciliar.

Em relação ao contexto amazônico, os serviços de média e alta complexidade estão concentrados nas duas maiores capitais: Manaus e Belém. No Amazonas, maior estado do país, os serviços de urgência e emergência estão concentrados em um único município, Manaus, sua capital, onde se encontram 53,3% dos leitos de internação, 100% dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 94,7% das urgências e emergências do Estado, 76,1% dos profissionais médicos e 100% dos aparelhos de Tomografia e Ressonância Magnética. Essa realidade faz com que os usuários se desloquem frequentemente para Manaus até mesmo para realização de exames simples e consultas com especialistas que não estão disponíveis nos pequenos municípios (Sousa et al., 2017). Esses dados revelam um cenário extremamente fragmentado e desigual entre os municípios do Amazonas no que se refere à RUE, mostrando-se um enorme desafio para sua implementação.

As RAS, com suas redes temáticas, entre elas a RUE, têm se constituído atualmente no Brasil como uma das estratégias de atenção à saúde e produção de cuidado a uma determinada população. Contudo, diante da complexidade do território amazônico, a proposta das RAS não tem sido suficiente para garantir o cuidado integral de seus usuários. Nesse sentido, faz-se necessário compreender outras maneiras de produção de cuidado em saúde, o que estamos denominando neste estudo de Redes Vivas em saúde. Desse modo, partimos da compreensão de que a produção do cuidado se dá em redes, não somente as instituídas, formais, mas redes vivas com potência criativa.

## Tecendo redes vivas em saúde

**Figura 4:** Nos teçumes das redes vivas.



Fonte: Fabiana Mânica Martins, 2019.

*Há somente redes aninhadas dentro de outras redes.*

### **F. Capra**

Na seção anterior, apresentamos um breve histórico das RAS e da RUE como linha de cuidado prioritária no SUS, incluindo as políticas mais recentes sobre a gestão da saúde em redes, principalmente a partir dos anos 2000. Nesta seção, trataremos das Redes Vivas como categoria analisadora da produção do cuidado em saúde nos territórios, destacando sua importância e suas conexões no cotidiano das pessoas. Além disso, abordaremos alguns conceitos que atravessam a noção de Redes Vivas, como nomadismo, produção do cuidado, trabalho vivo em ato, rizomas, micropolítica do cuidado, tecnologias em saúde e multiplicidades de redes.

O termo rede está intrínseco ao modo de vida do ribeirinho, sejam as redes de fios de nylon produzidas para a pesca, como a da imagem que abre esta seção, sejam as redes utilizadas para o descanso produzidas em fios de algodão, fibras naturais ou materiais sintéticos. Ao falarmos de redes vivas neste trabalho, não

estamos nos referindo a esses dois tipos de redes mencionados, embora as redes vivas apresentem algumas similaridades com estas, como o fato de, por serem empregadas como tecnologias leves, pois seus tecunmes assumem diversos sentidos e conexões. Assim como uma rede de pesca, as redes vivas podem ser ampliadas e reduzidas constantemente a partir de seus nós ou pontos de conexões sem perder sua finalidade, como veremos a seguir.

Quando nos referimos a redes vivas em saúde, estamos necessariamente falando da produção do cuidado para além do instituído formalmente. Pensar as redes vivas em saúde no território amazônico, onde historicamente os serviços de saúde estruturaram-se com pouco diálogo e identificação com a realidade deste território, assume uma importância maior neste estudo por tratar do acesso das populações ribeirinhas aos serviços da RUE. Mas, afinal, o que são redes vivas em saúde? Como elas podem produzir o cuidado em um território marcado pelo discurso da ausência?

O conceito de Redes Vivas foi influenciado pela noção de Rizoma usada pelos filósofos franceses Deleuze e Guattari (2011a), no primeiro volume do livro *Mil Platôs*. Embora tenha tomado o termo da Botânica, os autores passaram a usá-lo com sentido diferente e desenvolveram os princípios de um rizoma: princípios de conexão e heterogeneidade; Princípio de multiplicidade; princípio de ruptura assignificante e princípio da cartografia e decalcomania.

1º e 2º - Princípios de conexão e heterogeneidade: Diferentemente de uma árvore que tem suas raízes fixas a um ponto, o rizoma tem seus pontos conectados a qualquer outro e assim deve ser; 3º - Princípio de multiplicidade: “é preciso fazer o múltiplo, não acrescentando sempre uma dimensão superior, mas, ao contrário, da maneira simples, com força de sobriedade, no nível das dimensões de que se dispõe, sempre  $n-1$ . Somente assim que o uno faz parte do múltiplo, estando sempre subtraído dele” (Deleuze & Guattari, 2011a, p. 21).

A noção de multiplicidade é trabalhada pelos autores no sentido de que a variável ‘n’ carrega uma multiplicidade, onde a todo instante podem ser subtraídas singularidades que continuam em conexão com diferentes pontos; 4º - Princípio de ruptura assignificante: o rizoma tem a capacidade de ser “rompido, quebrado, em um lugar qualquer, e, também, retoma segundo uma ou outra de suas linhas e segundo outras linhas” (Deleuze & Guattari, 2011a, p. 25). 5º e 6º - Princípio da cartografia e decalcomania: “um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo” (Deleuze & Guattari, 2011a, p. 29). Segundo esse princípio, uma das características mais importantes do rizoma é se portar como um mapa que está sempre aberto, com múltiplas entradas (Deleuze & Guattari, 2011<sup>a</sup>). Nesse sentido, Franco e Merhy (2013), ao falarem sobre a ideia de rizoma trabalhado por Deleuze e Guattari, dizem que:

*Significa um movimento em fluxo horizontal e circular ao*

*mesmo tempo, ligando o múltiplo, heterogêneo em dimensão micropolítica de construção de um mapa, que está sempre aberto, permitindo diversas entradas e ao se romper em determinado ponto, se refaz encontrando novos fluxos que permitem seu crescimento, fazendo novas conexões no processo. Aparece, portanto, como movimento dinâmico, que opera em conexão entre diversos planos de existência e intensidades (Franco & Merhy, 2013, p. 152).*

As discussões acerca da produção do cuidado construído com redes vivas tomaram evidência com a “Pesquisa Rede Nacional de Avaliação Compartilhada (RAC): avalia quem pede, quem usa, quem faz”, realizada a partir de demanda do Ministério da Saúde, surgindo da necessidade de avaliação da implantação das políticas de Redes Temáticas em Saúde, tendo como principal objeto a produção do cuidado nos serviços de saúde (Merhy, 2013). A referida pesquisa tinha como prerrogativa a produção do conhecimento de maneira nômade e ambulante, construída em atos, nos encontros e na relação com os outros sujeitos e seus modos de vida. Assim, foram produzidas, inventadas e reinventadas ferramentas epistemo/metodológicas como usuário(a)-guia, pesquisa interferência e redes vivas, entre outros operadores conceituais e metodológicos (Lima & Merhy, 2016).

Nesse sentido, quando Merhy et al. (2016) se referem às redes vivas em saúde o fazem dizendo:

*as redes vivas são 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 um ordenamento lógico das redes analógicas, como um hipertexto [...] Neste sentido, é um processo vivo, inclusive porque a própria conexão entre as redes - hipertextuais (digitais), existenciais e institucionais, que ocorrem sem que tenhamos controle absoluto sobre elas - não deixa de ser uma questão para as apostas em um território de cuidado específico [...] Outra discussão que se soma a esta é a ideia de que os usuários são redes vivas de si próprios; estão o tempo inteiro produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e partilhando cuidados. (Merhy et al., p. 35).*

Passemos a analisar alguns pontos dessa rede que a configuram como sendo viva. O primeiro refere-se ao usuário que, como destacam Merhy et al. (2016), comumente dentro das redes de cuidado formais, é tido como alguém desprovido de saber, de conhecimento, experiências e muitas vezes é convocado a deixar sua história de vida para o lado de fora dos serviços de saúde. Na proposta das redes vivas, pelo contrário, o usuário é tomado como protagonista, gestor e guia



de sua própria história e dos seus processos de produção de cuidado.

Dessa forma, Silva et al. (2016a) acrescentam que cada usuário em seu processo de produção do cuidado demanda construções que, devido à sua história, modos de vida e subjetividade, constantemente se constroem nos encontros. Em razão dessas multiplicidades existentes no usuário, estes tecem suas redes vivas com as mais variadas conexões que vazam para além do que foi estabelecido formalmente.

Por ser redes vivas em si mesmo, o usuário-guia se faz nômade. A ideia de nomadismo pela perspectiva de Deleuze e Guattari (1997a) remete ao movimento, vida ambulante, uma vagabundagem de bando e nomadismo de corpo, “o nômade aparece ali, na terra, sempre que se forma um espaço liso que corrói e tende a crescer em todas as direções”, (p. 44). Dessa forma, o usuário-guia, em seus movimentos nômades, vai abrindo novas redes de cuidado que são produzidas e inventadas para fora dos sistemas de saúde. Muitas vezes essas redes são utilizadas para enfrentamento de barreiras produzidas pelo próprio sistema formal de saúde (Merhy & Cerqueira, 2014).

Sampaio et al. (2016), em sintonia com Merhy, falam da produção do cuidado para além do instituído pelas redes formais, dizendo que as redes vivas revelam suas potencialidades, agenciam, produzem fluxos e conexões que não se restringem à rigidez, rotinas, formulários, protocolos, relatórios, pelo contrário, as redes vivas se constroem e desconstroem a todo momento, por isso são vivas. 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” (Merhy et al., 2016, p. 35).

Partindo desse pressuposto de que as redes vivas são conexões diversas, Araújo e Schweickardt (2018) dizem que todos nós assumimos um elo de uma complexa rede de relações vivas, múltiplas que podem ser as redes familiares, de vizinhança, de amizade, espiritual, de trabalho, da saúde, dos movimentos sociais e tantas outras que participamos. São nos encontros com essas redes vivas e nos territórios existenciais que a vida acontece.

Outro aspecto das redes vivas é sua capacidade de agir na dimensão micropolítica. Franco (2013) argumenta em torno dos cuidados em saúde na dimensão micropolítica, “que é entendida como o agir cotidiano do sujeito, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra” (p. 226), que vai se configurando pelas relações, conexões e fluxos criados por esse sujeito em contato com outros agentes sociais na produção da realidade, revelando-se altamente produtiva, dinâmica, rica, não estruturada, aberta a várias possibilidades inventivas, diferentemente do que acontece no agir em uma dimensão macropolítica, com organização excessivamente normatizada, burocrática, pouco aberta à flexibilidade e à criatividade, apresentando assim baixa potência.

As redes vivas pedem ainda o uso de tecnologias leves. Merhy (2014), ao abordar as tecnologias em saúde, diz que o entendimento desta é mais amplo do que a associação a equipamentos e máquinas, como geralmente ocorre. O autor acrescenta que as tecnologias envolvem certos saberes constituintes para a produção e ação humanas. Dessa maneira, afirma que as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser leves, leves-dura e duras.

As tecnologias leves são sustentadas pelas relações produtoras de vínculos, automatização dos sujeitos, acolhimento, gestão como maneira de gerir os processos de trabalho, ou seja, seu caráter relacional coloca seus atores (usuários, trabalhadores, gestores) implicados com a produção do cuidado. As tecnologias leve-duras estão ancoradas em saberes bem estruturados, como a clínica médica, psicanalítica, epidemiológica, etc. Assim, a parte dura seria o conhecimento técnico e a dimensão leve diz respeito à maneira singular como cada profissional desenvolve e aplica seus conhecimentos para produzir o cuidado. Já as tecnologias duras estão relacionadas aos equipamentos tecnológicos como as máquinas, as tecnologias inscritas nos instrumentos, nas normas e nas estruturas organizacionais (Merhy, 2014).

As tecnologias em saúde mencionadas acima estão relacionadas intrinsecamente com as ideias de trabalho vivo e trabalho morto discutidas por Merhy (2014), ao falar sobre o mundo do trabalho. Na perspectiva do trabalho morto, o agir em saúde efetiva-se nos instrumentos e é definido como morto porque já se aplicou um trabalho progresso para sua fabricação, condicionado a um processo de trabalho marcado por procedimentos dependentes das tecnologias duras. Por outro lado, temos o trabalho vivo em ato, marcado fortemente pelo trabalho criador, inventivo, extremamente rico e dinâmico, não-estruturado e com enorme potência de gerir os processos de trabalho de maneira acolhedora, simétrica e produtora de vínculos, características das tecnologias leves.

Seguimos com a proposta de olhar as redes vivas em saúde, tendo por base o ribeirinho e seu território amazônico. O grande desafio para a implantação equitativa e igualitária da política de atenção em saúde considera o cenário amazônico e suas especificidades, de forma a garantir a atenção à população ribeirinha. Em se tratando desse território específico, faz-se necessário pensar o fazer saúde que vá além das normativas e prescrições das políticas de saúde, principalmente em relação à RUE que, como o próprio nome diz, requer alta resolutividade em curto período de tempo, aspectos que, na realidade do território amazônico, assumem outras dimensões, pois resolutividade e tempo, por exemplo, são intrínsecos aos ciclos da natureza. Diante desse cenário, ao discutirmos o acesso da população ribeirinha, precisamos ter em mente que esse acesso será atravessado pelas redes vivas dos usuários e trabalhadores sem que tenhamos controle sobre elas.

## Território e saúde: saúde no território líquido

**Figura 5:** UBSF ancorada no Lago de Tefé.



Fonte: Josiane Medeiros, 2020.

*O centro do mundo está em todo o lugar.  
O mundo é o que se vê de onde está.*

**Milton Santos**

O território como categoria de análise na saúde coletiva, mais especificamente nas RAS, assume ideia central e norteadora da atenção à saúde de determinada população. A relação entre a produção do cuidado e o território no qual acontece esse cuidado é também uma questão central para esta pesquisa. Dessa maneira, faremos uma breve incursão pensando o território a partir de Milton Santos, Deleuze e Guattari, além de abordar a categoria de território líquido que está sendo desenvolvido pelo grupo de pesquisa do LAHPSA.

É sabido que não existe produção de saúde fora de um território e desde as experiências iniciais no campo da Medicina Social já se pensava o território como espaço para se organizar as ações e serviços de saúde para uma determinada população. Atualmente, nas políticas públicas de saúde no Brasil, a AB toma em seus fundamentos e diretrizes o território como organizador de suas ações e

serviços. Nessa maneira de fazer saúde, as equipes se planejam para buscar atender a um público-alvo ao qual estão agregadas geograficamente, limitando uma área de abrangência e a população sob sua responsabilidade. Nessa proposta, o território é visto como o espaço geográfico onde os usuários moram, um território administrativo, uma área de abrangência a ser coberta por determinado serviço (Silva *et al.*, 2016b).

É importante destacarmos que o termo território carrega consigo múltiplos sentidos, tendo em vista que essa categoria, além da Geografia, vem sendo empregada e discutida em vários campos do conhecimento, como a Filosofia, Biologia, Antropologia, Sociologia, Psicologia e Ciências Sociais. Fernandes (2009) nos lembra que essa multiplicidade de sentido que a palavra território carrega é baseada conforme as intencionalidades dos sujeitos e das áreas do conhecimento, bem como os diferentes sentidos e modos de vida que os mesmos vivenciam nos territórios.

Na nossa existência, convivemos com os mais variados tipos de territórios produtores e produzidos por relações sociais igualmente diferentes que cotidianamente estão em disputa (Fernandes, 2009). Para este estudo, elegemos como autores centrais Milton Santos e Deleuze e Guattari para nos conduzirem nesse diálogo sobre o território.

Ao falar da importância de Milton Santos, Lima e Yasui (2014) ressaltam as contribuições que esse geógrafo tem dado recentemente nas discussões que reorientaram as concepções de território e saúde, especialmente no âmbito da saúde coletiva. O território nos trabalhos de Milton Santos é uma categoria central. Assim, ao se referir ao território diz:

*O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população. Um faz o outro (Santos, 2003, p. 96-97).*

O território, na perspectiva desse geógrafo, que tanto tem contribuído para o campo da saúde, só tem sentido a partir de seu uso. “É o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto da análise social” (Santos, 2006a, p. 16). O autor acrescenta que o território são formas, mas “o território usado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado” (idem, p.16). Nesse sentido, as ideias de território valorizam os modos como os grupos sociais organizam seus espaços, imprimindo significados às suas práticas sociais e simbólicas compartilhadas coletivamente (Schweickardt *et al.*, 2016a).

Outro ponto importante para essa discussão sobre o uso do território são as categorias analíticas de fixos e fluxos desenvolvidas por (Santos 2003, 2006b). De acordo com esse autor, os fixos apresentam dimensões econômicas, políticas, sociais, culturais, religiosas, simbólicas etc. São os elementos fixados em cada lugar, sejam eles naturais (rios, montanhas, florestas) ou criado (casas de negócios, pontos de serviços, ruas, centros de saúde, escolas, centros de lazer), que possibilitam ações que alteram o próprio lugar onde acontece o trabalho. Os fluxos são entendidos como sendo resultado direto que atravessam, cortam ou se instalam nos fixos, transformando as suas significações e os seus valores, ao mesmo tempo em que também se transformam. Cotidianamente, a vida acontece em torno dos fixos e fluxos que se influenciam mutuamente e se combinam caracterizando o modo de vida de cada sociedade.

Pensando as RAS a partir dessas categorias discutidas por Milton Santos, compreende-se que cada fixo está interligado a uma rede de interação que lhe dá sentido de existência. Fluxos são os movimentos. A circulação de valores entre os fixos é, portanto, resultado da ação humana. A cada fixo diversos fluxos associam-se, como uma rede na qual a cada nó (fixo) conectam-se várias linhas (fluxos). Na busca por entender como o SUS e mais detalhadamente os serviços de urgência e emergência organizam-se em um território, consideramos que os fluxos estabelecidos têm influência no como uma determinada população tem acesso ao serviço. Neste estudo, a compreensão sobre o como se dá o fluxo das pessoas no território e como estas acessam o serviço de saúde (fixos) apresenta-se como uma questão central.

De modo geral, a perspectiva de território para Milton Santos vai além da visão tradicional que compreende o território como estático apenas com seus aspectos naturais, compreende-o de modo dinâmico, vivo, tendo sentido a partir de seu uso, sua morada, repleto de relações sociais e revelando seu papel como elemento essencial à vida das pessoas.

Já Deleuze e Guattari trazem outra abordagem acerca do território, apreendendo-o não apenas a partir de aspectos utilitários e funcionais, mas privilegiando os sentidos e modos de expressão, como expõe Felix Guattari no livro *Micropolítica: Cartografias do Desejo*:

*A noção de território aqui é entendida num sentido muito amplo, que ultrapassa o uso que fazem dele a etologia e a etnologia. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio da qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e*



*nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos (Rolnik & Guattari, 1996, p. 323).*

Desse modo, buscamos analisar alguns pontos desse conceito e como podemos relacioná-lo à saúde. Na proposta de Deleuze e Guattari (1997b), a formação do território é explicada pela sua expressividade e não pela funcionalidade. Nas palavras dos autores, *“há território a partir do momento em que componentes de meios param de ser direcionais para se tornarem dimensionais, quando eles param de ser funcionais para se tornarem expressivos”* (p. 105). E continua, *“há território a partir do momento em que há expressividade do ritmo”* (p. 105). A expressividade que explica os territórios existenciais nos ajuda a pensar nas quatro dimensões desse território, a saber: agenciamentos maquínicos de corpos, os agenciamentos coletivos de enunciação, a desterritorialização e a reterritorialização. Para esses dois filósofos, tudo pode ser agenciado, desterritorializado e reterritorializado.

Na obra *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, Deleuze e Guattari (2011b) falam sobre os agenciamentos no território. Por agenciamentos, os autores falam de movimentos mais amplos do que aqueles estruturados e hierarquizados. Os agenciamentos comportam componentes heterogêneos de diversas dimensões: biológica, social, simbólica, imaginária.

Júnior et al. (2016), ao se referirem ao agenciamento proposto por Deleuze e Guattari, dizem que aquilo que somos e pensamos está sendo produzido por agenciamentos, pois tudo pode ser agenciado e agenciar é fazer acontecer um movimento. Nesse sentido, para Deleuze e Guattari, a construção dos territórios se dá por agenciamentos que são de dois tipos: agenciamentos maquínicos de corpos e os agenciamentos coletivos de enunciação. Os agenciamentos maquínicos de corpos referem-se às relações e misturas entre os diferentes corpos (animais, humanos e cósmicos) em uma sociedade. Assim, Deleuze e Guattari, ao falarem sobre esse tipo de agenciamento, dizem:

*Em seu aspecto material ou maquínico, um agenciamento não nos parece remeter a uma produção de bens, mas a um estado preciso de mistura de corpos em uma sociedade, compreendendo todas as atrações e repulsões, as simpatias e as antipatias, as alterações, as alianças, as penetrações e expansões que afetam os corpos de todos os tipos, uns em relação aos outros (Deleuze e Guattari, 2011b, p. 33).*

Na mesma obra, os autores tratam também do agenciamento coletivo de enunciação, expondo que estes se referem aos enunciados, a um sistema de signos compartilhados, ou seja, esse agenciamento *“não diz respeito a um sujeito pois a sua produção só pode se efetivar no próprio socius”* (Haesbaert & Bruce, 2002, p. 7). Conforme Deleuze e Guattari (2011b), esses dois agenciamentos não podem ser reduzidos um ao outro, ou serem vistos de maneira dicotômica, pelo contrário,

há uma relação entre ambos, um percorrendo o outro, um intervindo no outro em um movimento recíproco e não hierárquico.

Para Deleuze e Guattari (1997b), o território é pensado como uma construção provisória que se dá sempre em relação a processos de desterritorialização e reterritorialização, pois como tudo pode ser agenciado, pode também ser desterritorializado e reterritorializado. O primeiro é o movimento de abandono do território. O segundo trata do movimento de construção do território. Segundo Deleuze (1989), *“o território só vale em relação a um movimento através do qual dele se sai”*. (p. 4). E continua: *“não há território sem um vetor de saída do território, e não há saída do território, ou seja, desterritorialização, sem, ao mesmo tempo, um esforço para se reterritorializar em outra parte”* (p. 4). Esses movimentos se dão de maneira inseparável e concomitante, pois, se existe a desterritorialização, teremos também a reterritorialização. Esses processos são fundamentais para compreender as práticas humanas.

Pensando esses conceitos de Deleuze e Guattari no território da saúde, podemos dizer que organizar a oferta do cuidado apenas a partir de área de abrangência produz agenciamentos sobre os corpos individuais (agenciamentos maquínicos) e agenciamentos coletivos (agenciamentos de enunciação), que permitem aos sujeitos identificarem-se ou serem identificados porque pertencem (ou não) a um território específico. Assim, Silva et al., (2016) chamam a atenção dizendo que essa forma de organização dos serviços por área de abrangência pode produzir mais exclusão, por apresentar descontinuidade no cuidado sob a alegação de que o usuário não faz parte daquela área de abrangência ou porque determinada área não tem cobertura ou porque o usuário vive mudando de área.

Desse modo, Deleuze e Guattari, a partir dos movimentos de desterritorialização e reterritorialização, nos apresentam outra proposta de tomada de território como um espaço de existência onde está imbricado a noção de territórios vivos, lugares em construção criados e recriados pelos sujeitos, sempre em relação por onde quer que caminhe.

No campo da saúde coletiva, o território é uma categoria central para organização de políticas públicas em saúde, implicando em pensar constantemente a partir desse território, agregando-o com novos sentidos. Desse modo, um grupo de pesquisadores do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD), Fiocruz Amazônia, vem se dedicando a pensar novos sentidos para o território de saúde na Amazônia e em suas pesquisas qualificaram seus territórios de estudo como território líquido.

Lima et al., (2016), ao abordarem o território líquido, afirmam que este é uma categoria em construção que compreende os rios não como fixos, mas sim como fluxos unindo as pessoas a seus espaços, construindo “conjunto das relações simbólicas do povo que vive em um espaço determinado e que mantém suas

tradições culturais em um lugar específico” (p. 288). A expressão líquido precisa ser compreendida como algo concreto que faz parte do dia a dia das populações ribeirinhas.

O líquido, nesse território, é diferente daquele desenvolvido por Zygmunt Bauman, que aborda a sociedade líquida para caracterizar sua fluidez, velocidade, hibridismo e imaterialidade comuns das sociedades modernas. O líquido, no território amazônico, refere-se ao físico, ao movimento e à energia produzida pelos ciclos das águas. Essa maleabilidade líquida pode ser representada pelo banzeiro, remansos, rebojos pelos rios que secam e enchem. Assim, “o território amazônico é um lugar vivo, dinâmico, regido pelo tempo diferente, singular e único e pelos ritmos dos banzeiros dos rios” (Schweickardt et al, 2016a, p. 129). Portanto, só é possível pensar a produção de cuidado em saúde no território amazônico pelo viés de um território vivo e líquido, pensando esse cuidado a partir do fluxo de seus rios que, ao contrário da estrada, não permanece fixo, mas sim dinâmico.

## População ribeirinha

**Figura 6:** O menino e a pipa: vida em movimento sobre as águas.



Fonte: Josiane Medeiros, 2020.

*É o Amazonas e o seu ciclo das águas. Tempo das “primeiras águas”, quando o rio dá sinal de que tem vontade de crescer. Tempo de enchente, tempo de vazante. É o regime de águas condicionando e transformando a vida do homem amazônico ao longo das etapas do ano [...] Na sua casa, na sua comida, no seu trabalho de cada dia.*

**Thiago de Mello**

Tendo em vista que este estudo se desenvolveu em um município que anualmente convive com os ciclos das águas na Amazônia, consideramos essa característica como fator que influencia diretamente no dinamismo do território deste município e de seus moradores. Além disso, tendo como um dos objetivos analisar o acesso em saúde da população em relação às características deste território, faz-se necessário uma contextualização acerca da terra de várzea, explanando algumas características físicas e sociais, assim como a vivência das pessoas que usam esse território.

Como já citado nesta pesquisa, o território só tem sentido quando é usado por uma determinada população. O território de várzea característico da Amazônia brasileira, segundo Witkoski (2007), constitui-se de modo heterogêneo e complexo. Dependendo da atividade econômica da região e dos tipos de ocupações e seus modos de organização, as várzeas apresentam um mosaico entre terra, floresta, água e pessoas, formando uma paisagem humanizada.

Na região Amazônica predomina principalmente dois tipos de ecossistemas: as terras de várzeas, que são planícies inundáveis durante a enchente e a terras firme, que são áreas mais elevadas que não são inundadas pelo rio. Esses dois tipos de ecossistemas (várzea e terra firme) são formados por diferentes ambientes (meios, paisagens, habitat e vegetações) que conferem à região amazônica uma mistura de paisagens heterogêneas (Lima, 2005). Essa heterogeneidade paisagística repercute na diversidade ecológica, social e histórica da Amazônia.

Pereira (2007) afirma que no decorrer do ano a várzea permanece de 4 a 5 meses inundada. A não regularidade entre os regimes fluvial e pluvial faz com que a várzea apresente quatro estações climáticas: a enchente (subida das águas), a cheia (nível máximo das águas), a vazante (descida das águas) e a seca (nível mais baixo das águas). Kadri e Schweickardt (2016) destacam que a posição geográfica se configura em um aspecto importante no ciclo dos rios, já que no alto rio a cheia começa mais cedo e no baixo rio termina mais tarde. Dessa maneira, as referências alto, médio e baixo rio tornam-se importantes no território amazônico, incluindo a organização da Saúde por calhas de rios, pois temos Alto, Médio e Baixo Solimões, que formam microrregiões.

Nesse território, vivem grupos humanos que, assim como a várzea, formam um complexo sistema desenvolvendo os mais diversos comportamentos. Estudos sobre a Amazônia, como os de Pereira (2007); Porro (1995); Scherer (2004)

ressaltam que a várzea sempre foi alvo de grandes concentrações humanas desde períodos pré-coloniais até os dias atuais. Essa concentração deve-se ao fato de a várzea apresentar a maior faixa contínua de solos férteis da Amazônia. Essa característica, associada à proximidade dos rios, que servem como canal de transporte dos lagos abundantes em peixes, favoreceu historicamente as práticas de pesca e agricultura e, conseqüentemente, para maior concentração de pessoas habitando as margens dos rios. Nesse sentido, cabe compreendermos quem são os ribeirinhos? Como são seus modos de vida e como constroem suas relações com este território? Como tem se dado a atenção a saúde para essas populações?

Os ribeirinhos da Amazônia revelam uma mistura de diferentes grupos sociais (indígenas, quilombolas, nordestinos e migrantes de outras regiões) provenientes de um processo de miscigenação e migração, com este último intensificando-se a partir da segunda metade do século XX. Sem respeitar as especificidades da Amazônia, o governo no período militar financiou projetos intervencionistas como a criação de rodovias, fazendas agropecuárias, exploração mineral, entre outros, com o argumento de que se fazia necessário ‘povoar’ esse lugar, promovendo, dessa forma, uma expressiva migração para essa região (Lira et al., 2014; Schweickardt & Martins, 2017).

O termo ribeirinho, conforme aparece no minidicionário Aurélio, refere-se à pessoa “que anda ou vive nas margens de rios ou ribeiras” (Ferreira, 2001, p. 608). Essa definição limitada aponta para uma configuração apenas geográfica do ribeirinho. No entanto, o ribeirinho a ser abordado neste estudo é considerado uma categoria de análise sociocultural e, como tal, o diferencia de qualquer pessoa que simplesmente more na margem de um rio e igarapé, como por exemplo, dos moradores urbanos de cidades como Manaus e Belém.

Um conceito da categoria ribeirinho que vai ao encontro dos objetivos dessa pesquisa é o concebido por Rente Neto e Furtado, que dizem:

*O termo ribeirinho, contudo, busca identificar um perfil sociocultural de grupos caboclos que se estabeleceram às margens dos rios, num espaço dinâmico que articula as relações de sociabilidade e culturais dentro das particularidades desse espaço, onde a marca dessa configuração pode ser vista nos comportamentos, na maneira de viver, em sua alimentação, nas crenças, em sua religiosidade etc., específicos daquele espaço. Não se trata de uma tipologia do caboclo amazônico, uma vez que não se destaca como uma variante deste, mas sim de uma expressão cultural que envolve particularidades imanentes a essa definição (Rente Neto & Furtado, 2015, p. 160).*

Assim, os autores afirmam que conceituá-lo de outra maneira seria o mesmo que identificá-lo apenas enquanto um habitante do meio rural da Amazônia. Ressalta-



se que o ribeirinho nessa concepção apresenta diversos aspectos singulares que vão muito além de simplesmente morar à beira de um rio, como acontece nos centros urbanos.

A partir de tais argumentos, podemos estabelecer análises do conceito, referindo-o ao modo de vida do ribeirinho e sua relação com o rio. Autores como Loureiro (2015); Rente Neto & Furtado (2015); Ribeiro (2012) e Scherer (2004) complementam dizendo que a população ribeirinha tem seu modo de vida atrelado aos rios, constituindo, assim, o principal fio condutor do seu cotidiano. Essa ligação com os rios está representada em atividades como a pesca, caça, organização do trabalho, as festividades e os conhecimentos tradicionais.

Em suas práticas cotidianas, o ribeirinho faz uso de algum tipo de transporte fluvial, tais como: canoa, casco, canoa rabeta, voadeira<sup>8</sup> ou barco com motor de centro. Essas modelagens de transportes são atreladas às questões sociais e econômicas dessas populações, pois possuir um barco requer mais recursos do que ter uma canoa, além de precisarem respeitar as especificidades de cada ciclo dos rios. Assim, o modo de vida da população ribeirinha mostra-se dinâmico e condicionado aos ciclos dos rios (enchente, cheia, vazante e seca). Nesse sentido, o conceito de ribeirinho deve estar ligado ao caráter de sua relação construída com o rio, sendo esse meio natural o principal definidor dos aportes sociais e culturais dessa categoria (Rente Neto & Furtado, 2015).

Silva e Fraxe (2014) destacam que os ribeirinhos são oriundos de famílias nucleares ou extensas e geralmente estão distribuídos em famílias dispersas ou organizados em comunidades ao longo dos rios, lago, paranás<sup>9</sup> e igarapés, tendo herdado muitas práticas culturais e costumes indígenas que, ao longo do tempo, vêm sendo utilizados em seus conhecimentos com a natureza.

O modo de vida do ribeirinho e de outros grupos considerados vulneráveis vem sofrendo fortes impactos decorrentes do contexto de reestruturação adotada pelo Brasil nas últimas décadas. Pessoa et al. (2018) destacam principalmente a centralidade de produção da economia voltada para as commodities de exportação, o modelo neoextrativista do agronegócio com o uso intensivo de agrotóxicos, a construção de barragens e hidrelétricas na Amazônia. Segundo os autores, todas essas mudanças contribuem fortemente para diversos conflitos pela terra e água entre o Estado, o capital e as populações do campo, da floresta e das águas, proporcionando o aumento da violência e destruição do ambiente onde essas populações habitam, gerando riscos à saúde.

Em relação à saúde da população ribeirinha, buscamos resgatar o princípio da

**8** - Voadeiras são pequenas lanchas rápidas feitas de alumínio adaptadas para os rios amazônicos.

**9** - Braço de rio separado por ilhas, com saída pela montante e pelo jusante no mesmo rio.

universalidade do SUS, que diz que todos os brasileiros devem ter acesso igualitário aos serviços de saúde, sem qualquer barreira geográfica, econômica, social e cultural. Apesar da ampliação dos atendimentos e ações do SUS, no que tange às populações do campo, da floresta e das águas, incluindo os ribeirinhos, o direito à saúde mostra-se muito desigual em relação às médias e grandes cidades do Brasil. De acordo com Pessoa et al., (2018), estas populações concentram altos índices de pobreza, analfabetismo, falta de acesso ao saneamento básico e dificuldades no acesso aos serviços de saúde em todos os níveis, relacionados com as iniquidades na distribuição de renda no Brasil.

Silveira e Pinheiro (2014), ao analisarem a má distribuição de médicos entre áreas rurais e urbanas e entre capitais e interior no Brasil, afirmam que, no caso do Estado do Amazonas, revela-se extrema desigualdade social, pois o interior desse Estado possui apenas 0,2 médico por 1.000 habitantes, e a diferença entre capitais e interior é uma das maiores do Brasil, havendo seis vezes mais médicos por habitantes na capital em relação ao interior. Esses resultados evidenciam um cenário de maior vulnerabilidade para a população ribeirinha, mostrando importantes limitações no acesso ao atendimento médico. Os autores acrescentam que esse cenário desigual contribuiu para maior mobilidade por meio do tratamento fora de domicílio, artifício utilizado por todos os municípios do Amazonas em busca de atendimento especializado na capital.

Estudo feito por Gama et al. (2018), que teve como objetivo apresentar as características socioeconômicas, demográficas e de saúde dos ribeirinhos de Coari/AM, Município que fica na mesma Mesorregião de Tefé, que é o cenário desta pesquisa, mostrou que o principal problema de saúde autorrelatado foi dor em geral (45,2%). Entre as dores, destacaram-se dor de cabeça (56,6%), costas (32,2%), musculares (4%), articulações (3,6%) e abdominais (3,6%). Além disso, o estudo demonstrou limitações no acesso entre as comunidades ribeirinhas e a sede do município, limitações essas atreladas à realidade socioeconômica. Nesse aspecto, uma das maiores dificuldades foi a de adquirir combustível utilizado nos seus meios de transportes, geralmente rabetas e motor de centro.

Desse modo, como já dito anteriormente, a integralidade da atenção à saúde no território amazônico é um desafio a ser enfrentado, uma vez que apresenta características que comprometem os princípios da universalidade e equidade no acesso e na utilização dos serviços. Contudo, na tentativa de diminuir as desigualdades relacionadas à saúde da população ribeirinha e urbana, o governo federal, na atual década, tem promovido alguns mecanismos e estratégias nesse caminho.

Um desses mecanismos foi a incorporação de modelagens tecnoassistenciais na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como por exemplo, a Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR), que está ligada a uma Unidade fixa, mas seu acesso às comunidades dá-se por via fluvial e a Equipe de Saúde da Família Fluvial (ESFF), que desenvolve suas atividades nas Unidades Básicas Fluviais (UBSF) móveis, além

de incluir critérios diferenciados com vistas à implantação, ao financiamento e à manutenção destas equipes (Brasil, 2017).

Tendo a AB como ordenadora do sistema de saúde brasileiro e, com esses novos arranjos incluídos legalmente no SUS, pesquisadores na Amazônia Legal têm desenvolvido estudos que destacam a importância dessas modelagens que levam em consideração as especificidades da Amazônia e de seus povos.

No Amazonas, destacamos alguns estudos desenvolvidos pelo LAHPSA, como o realizado por Kadri e Schweickardt (2016), denominado “O território que corta os rios: a atenção básica no município de barreirinha, estado do Amazonas”, que teve como proposta descrever os desafios e arranjos organizativos que a realidade amazônica impõe ao processo de trabalho em saúde, especialmente na AB, trazendo algumas reflexões de um possível olhar sobre a realidade. Já Lima et al., (2016) no estudo “Saúde sobre as águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial”, abordaram a produção do cuidado em saúde na calha do Rio Madeira, no município de Borba, bem como os processos de trabalho realizados pela equipe embarcada na UBSF. O trabalho de Kadri et al (2019) “Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil”, buscou descrever o processo de planejamento e execução das atividades dessa UBSF e a gestão do cuidado diferenciado nesse novo modelo de atenção à saúde preconizado pela PNAB.

Outra estratégia lançada na década de 2000 foi a aprovação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). Pessoa et al. (2018) esclarecem que a PNSIPCFA foi resultado das mobilizações dos movimentos sociais, que fizeram com que o Ministério da Saúde publicasse a Portaria N° 2.866, em dezembro de 2011, instituindo a referida Política. Em 2011, a Portaria recebeu o nome de Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta e as discussões em torno da terminologia Campo e Floresta continuaram tendo em vista que o Movimento de Pescadoras e Pescadores não se reconheciam nas categorias campo e floresta, afinal, vivem das águas e se identificavam como populações das águas. Assim, em 2014 é lançada a Portaria N° 2.311 acrescida da terminologia água na Política para atender os anseios das populações das águas (Brasil, 2011b, 2014).

As discussões em torno da terminologia populações do campo, floresta e água vêm da luta contra a invisibilidade dessas populações na área da Saúde. Esses termos carregam consigo a pluralidade de práticas culturais e os modos de vida que precisam ser compreendidos, respeitados e diferenciados nos processos de fazer saúde para essas populações. Desse modo, a PNSIPCFA considera o modo de vida e as relações sociais desses grupos populacionais predominantemente com o campo, a floresta, os meios aquáticos e o extrativismo. Dentro desses grupos populacionais temos:

*O populações do campo, da floresta e das águas: povos*

*e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais; dentre outros (Brasil, 2014, p. 1-2).*

Autores como Pessoa *et al.* (2018); Silva (2015) destacam alguns avanços para as populações do campo, floresta e água após os sete anos de publicação da Portaria Nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Os avanços apontam para a ampliação da PNAB, no que se refere ao aumento de recursos financeiros repassados na modalidade fundo a fundo, destacando uma maior equidade na forma de financiamento entre os municípios; Programa Mais Médico (PMM); transferência de recursos para implantação de Centros de Referências em Saúde do Trabalhador Rural, com o objetivo de desenvolver em saúde voltadas para as populações do campo, da floresta e das águas; a criação em alguns estados de Comitês Estaduais de Promoção das Políticas de Equidade que atuem no monitoramento da PNSIPCF; criação do Observatório Nacional da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, que tem como objetivo o envolvimento de trabalhadores, pesquisadores e movimentos sociais engajados com a temática.

As populações do campo, da floresta e das águas vêm podendo contar, principalmente a partir dos anos 2000, com a Telessaúde, que foi incorporada no SUS em 2009 por meio do Programa Telessaúde Brasil Redes. Esse programa é organizado em núcleos de telessaúde que contam com instituições formadoras, centros de pesquisas e serviços de saúde que fazem a gestão de teleconsultas, telediagnósticos e segunda opinião formativa, além de um leque de ações voltadas para educação em saúde. Nesse sentido, a telessaúde está relacionada às atividades em saúde realizadas à distância por meio de Tecnologias de Informações e Comunicações (Lopes & Heimann, 2016).

Entre as estratégias lançadas pelo governo federal em busca de equidade para as populações do campo, da floresta e das águas, destacamos o Programa Mais Médicos (PMM), que representa um amplo pacto para a melhoria da atenção à saúde no SUS, o qual prevê chamada de médicos para atuarem no interior do Brasil e em regiões distantes dos grandes centros urbanos, onde há escassez e ausência desses profissionais. O PMM contempla ainda o investimento em infraestrutura e equipamentos nas Unidades de Saúde. Nesse sentido, o referido Programa teve forte visibilidade, especialmente entre os anos de 2013 a 2018, quando o PMM teve a cooperação internacional com o governo cubano, além da ampliação e descentralização dos cursos de medicina e o investimento na ampliação e reforma de Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Pereira & Pacheco, 2017).

Pesquisas como as de Pereira e Pacheco (2017); Schweickardt et al. (2016b) sobre o PMM na Amazônia revelam os impactos positivos nas RAS, especialmente na AB. Estes estudos dizem que o PMM fortaleceu a Atenção Básica com a ampliação das equipes de saúde e o acesso da população, diminuição nas internações de condições de saúde evitáveis pela AB, aumento da cobertura da ESF e da oferta de serviços mais próximos das pessoas e redução das desigualdades regionais no acesso à saúde.

Não é a intenção deste estudo aprofundar-se em cada uma dessas estratégias, programas e políticas descritas acima, mas destacamos que os mesmos ainda não sendo suficientes para reparar anos de invisibilidade e desigualdade para as populações do campo, da floresta e das águas, compreendendo os ribeirinhos, revelam um começo em busca de políticas e estratégias em saúde que estejam mais próximas das necessidades dessas populações mais vulneráveis, tais como os ribeirinhos da Amazônia com sua enorme diversidade e adversidade territorial.

## Caminhos metodológicos da pesquisa

**Figura 7:** Atendimento da equipe de saúde no território.



Fonte: Josiane Medeiros, 2020.

*Por isso é que agora vou assim no meu caminho. Publicamente andando. Não, não tenho caminho novo. O que tenho de novo é o jeito de caminhar. Aprendi (o que o caminho me*



*ensinou) a caminhar cantando como convém a mim e aos  
vão comigo. Pois já não vou mais sozinho.*

**Thiago de Mello**

Neste capítulo, apresentamos os caminhos metodológicos que percorremos com a população ribeirinha e suas redes em saúde. Procuramos descrever e sentir esses caminhos, uma vez que entendemos que cada passo dessa caminhada compõe os fios destas redes e sua apresentação é essencial para melhor compreensão dessa pesquisa e como diz no poema acima, agora eu não vou mais sozinha, vou com o usuário-guia e suas redes.

Esta pesquisa caracteriza-se como sendo compreensiva, a partir de uma abordagem qualitativa sobre a produção de redes vivas no acesso da população ribeirinha à RUE no Amazonas, por considerar que os fenômenos humanos e sociais nem sempre podem ser quantificáveis. Embora se tenham questões específicas a serem compreendidas, não pretendemos aqui responder questões prévias ou testar hipóteses.

A pesquisa qualitativa busca compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, trabalhando com a vivência, a experiência, as emoções, o cotidiano, o universo de significados, motivos e aspirações, questões muito particulares de cada realidade. Compreende o sujeito não somente como alguém que age, mas que pensa e interpreta sua realidade partilhada e vivida com os outros sujeitos (Minayo, 2012).

González Rey (2002) acrescenta que esse tipo de pesquisa se configura como um processo constante de produção do conhecimento, em que as questões a serem investigadas apenas representam um primeiro momento diante do que se pretende pesquisar. Embora pretendamos inicialmente analisar as redes vivas no acesso da população ribeirinha à RUE no Amazonas, o autor nos lembra que muitos dos processos que representam o problema a ser pesquisado somente se revelam no decorrer do estudo, visto que são inacessíveis e imprevisíveis ao pesquisador no início da investigação.

Por apresentar um forte dinamismo, González Rey (2002) destaca que a pesquisa qualitativa não tem como finalidade produzir resultados finais a serem tidos como referências universais, mas orienta-se à produção de novos olhares para o processo de construção de conhecimentos. Além disso, neste tipo de estudo, o pesquisador mostra-se em constante relação com os sujeitos da pesquisa e com a complexidade das questões que vão surgindo durante o estudo, logo, não cabe aqui nenhum tipo de neutralidade.

Dessa maneira, neste estudo atuamos como pesquisador in-mundo, que para Abrahão et al. (2014) "emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros" (p.157-158). Compreendemos que a pesquisa qualitativa vai ao encontro do que

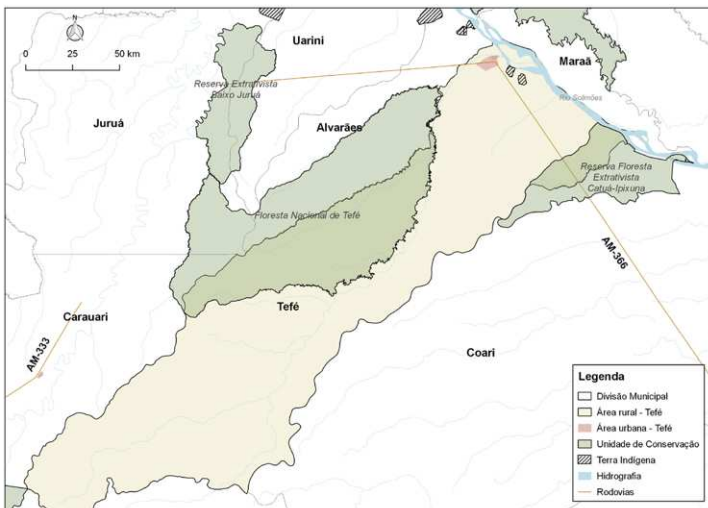
buscamos com este estudo, pois nos guiou pelos caminhos de um território líquido e pelas redes de relações e interrelações.

O cenário desta pesquisa foi o Município de Tefé, localizado à margem do Lago de Tefé, distante de Manaus 523 km em linha reta e 633 km por via fluvial, no Estado do Amazonas. Pertencente à Mesorregião do Estado do Amazonas. Configura-se como o vigésimo quarto Município em extensão territorial, ocupando uma área de 23.692, 223 Km<sup>2</sup>, com uma população de 60.154 habitantes, sendo o sexto mais populoso do Amazonas (IBGE, 2018).

Tefé faz fronteira com os Municípios de Coari, Tapauá, Alvarães, Carauari e Marabá, todos do mesmo Estado. A sede do Município de Tefé conta com 17 bairros e, na área rural, apresenta extensa rede hidrográfica e territorial, onde estão distribuídas 131 Comunidades (Secretaria Municipal de Saúde [SEMSA], 2018).

O deslocamento até o município de Tefé pode ser feito dos seguintes modos: barcos de grande porte, lanchas rápidas, também conhecidas popularmente como "Ajato" e via aérea. Os barcos de grande porte, conhecidos como recreio, são um dos principais meios de transporte na região amazônica e dependendo do porte da embarcação levam em média 48 horas de viagem no percurso Manaus-Tefé. O Ajato, por ser mais rápido, leva aproximadamente 13 horas de viagem nesse mesmo trajeto. E uma terceira alternativa para chegar a Tefé é de avião, com o tempo de viagem médio de 45 minutos. Na figura 8, podemos acompanhar o território de Tefé e seus limites geográficos.

**Figura 8:** Mapa do Município de Tefé - AM



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas - SUSAM.

A seleção de Tefé, como cenário da pesquisa, foi por conveniência e por se tratar do Município de referência na Região de Saúde do Médio Solimões, no Amazonas. Também porque há um termo de cooperação entre o município e o LAHPSA/FIOCRUZ, bem como pelo histórico de pesquisas no município, além de ser o campo do projeto maior. Tefé faz parte da região de saúde denominada Triângulo, sendo a referência para outros cinco municípios: Alvarães, Uarini, Marã, Japurá e Juruá. As distâncias para esses municípios variam entre 30 minutos a 2 dias de barco de linha. A figura 9 mostra a Região de Saúde do Triângulo.

**Figura 9:** Mapa da Região de Saúde do Triângulo (Médio Rio Solimões).



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Tefé - SEMSA.

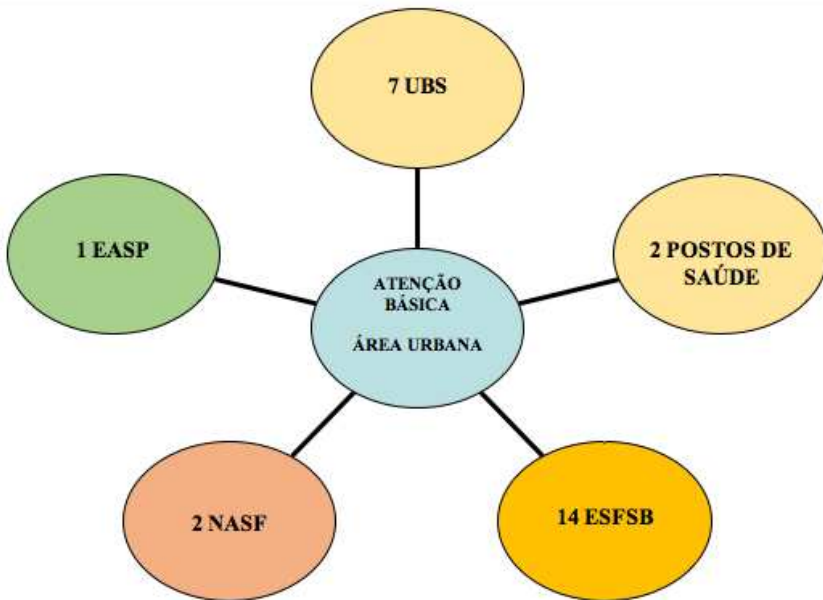
Ao consultarmos o Plano Municipal de Saúde, vigência 2018-2021 e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), identificamos que a Rede de Atenção à Saúde de Tefé compreende a Atenção Básica, Atenção Especializada, Urgências e Emergências, Central de Regulação e Assistência Farmacêutica (SEMSA, 2018; Brasil, 2019).

Em relação à AB, Tefé dispõe de UBS, Centros e Postos de Saúde, Unidades de Apoio, embarcações, Estratégias Saúde da Família com Saúde Bucal (ESFSB), Estratégias Ampliada Saúde da Família Ribeirinha com Saúde Bucal (ESFRSB), Estratégia Ampliada Saúde da Família Fluvial com Saúde Bucal (ESFFSB) e Núcleos

Ampliados Saúde da Família (NASF). Os usuários podem contar com médicos clínicos gerais, incluindo os do Programa Mais Médicos: odontólogos, enfermeiros, assistente social, fisioterapeuta, educador físico, psicólogo, nutricionista, agentes comunitários de saúde e microscopistas. (SEMSA, 2018; Brasil, 2019).

A área urbana é constituída pelo centro da sede do município, os bairros do Abial, Colônia Ventura, Deus é Fiel e Conjunto Castanheira, que são separados dela por dois cursos d'água: o Lago de Tefé e o Igarapé do Xidarini. A AB é composta por 7 UBS, 2 Postos de Saúde, contando com 14 ESFSB, 3 NASF (2 equipes atuam exclusivamente na área urbana e 1 equipe atua na área urbana e rural) e 1 Equipe de Atenção Saúde Prisional (EASP) (Moreira et al., 2019), como podemos observar na figura 10.

**Figura 10:** Componentes da Atenção Básica na área urbana de Tefé.



Fonte: Elaborada pela autora com base no CNES, julho de 2019 e Plano Municipal de Saúde 2018-2021 de Tefé, 2019.

A área ribeirinha dispõe de 2 UBS, sendo 1 UBSF, 1 Posto de Saúde e 17 Unidades de Apoio com 21 embarcações de pequeno porte. Nesses estabelecimentos de saúde estão vinculadas 05 ESFSB, destas 04 são equipes de ESFR e uma equipe ESFF, 1 NASF para atender 11.418 pessoas cadastradas que se encontram em uma

extensa rede hidrográfica e territorial, distribuídas em localidades e comunidades (Moreira et al., 2019). Na figura 11, podemos visualizar melhor a composição da AB na área ribeirinha.

**Figura 11:** Componentes da Atenção Básica na área ribeirinha de Tefé.



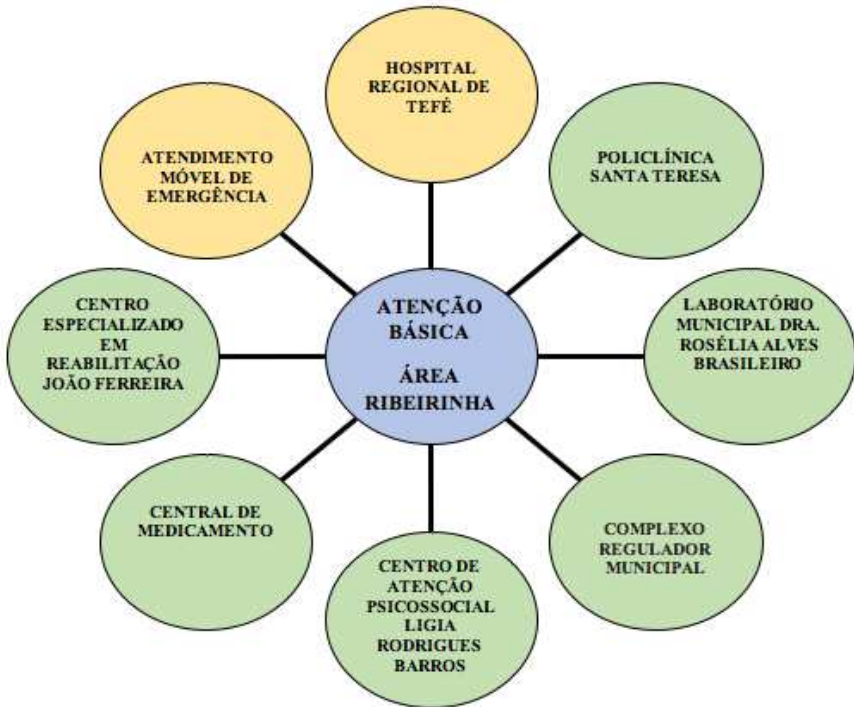
Figura Fonte: Elaborada pela autora com base no CNES, julho de 2019 e Plano Municipal de Saúde 2018-2021 de Tefé.

A Vigilância em Saúde é composta pela Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental (Controle de Zoonoses, Malária, Dengue), Gerência de Endemias, Centro de Referência Saúde do Trabalhador, Central de Regulação e Assistência (CEREG) e pelas Coordenações dos Programas IST/AIDS, Hepatites Virais, Tuberculose e Hanseníase.

A Rede de cuidado da Média Complexidade e as Urgências e Emergências compreendem o Hospital Regional de Tefé (HRT), Banco de Sangue, Policlínica, Laboratório de Análises Clínicas, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Reabilitação, Atendimento Móvel de Urgência (AME), Complexo Regulador

Municipal, Central de Medicamento, Farmácia Central de Tefé e Telessaúde, conforme a figura 12.

**Figura 12:** Serviços de saúde que compõem a Média Complexidade de Tefé.



Fonte: Elaborada pela autora com base no CNES, julho de 2019 e Plano Municipal de Saúde 2018-2021 de Tefé.

A construção desta pesquisa deu-se a partir de muitas mãos e teve como sujeitos os gestores da saúde (secretária, coordenador e diretora) e trabalhadores (ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, cozinheiras) que atuam na Atenção Básica ou em algum serviço relacionado às urgências e emergências do município de Tefé e um usuário do SUS que aqui é chamado de usuário-guia, sua mãe, dois de seus irmãos, sua cunhada, bem como suas redes de cuidado.

Os critérios de participação desse usuário-guia foram ser maior de 18 anos, morador da área ribeirinha de Tefé e ter acessado os serviços de urgência e emergência no período mínimo de 2 anos, e como critérios de exclusão foram não ser indígena, residente fora de Tefé ou na sede do município. Para os profissionais,



os critérios de inclusão foram serem trabalhadores do SUS e estarem atuando em Tefé no período mínimo de 1 ano. Não participaram profissionais que estavam gozando de licença ou afastamento do cargo no período da pesquisa de campo.

## As ferramentas de abordagem da pesquisa

Compreender a produção de redes vivas e fluxos no acesso da população ribeirinha aos serviços de Urgência e Emergência no Município de Tefé/AM requer a utilização de método que possibilite apreender a dinamicidade e complexidade do que pretendíamos investigar. Para isso, utilizamos como técnica a construção de Mapas falantes e a metodologia do Usuário-Guia, uma vez que ambos deslocam o outro da posição de objeto para a de cofabricante do conhecimento.

A proposta dos mapas falantes foi representar graficamente por meios de desenhos a realidade dos territórios. A utilização dessa técnica é indicada quando se deseja a participação da população nas problematizações e situações que a envolvem, daí a necessidade de os mapas serem produzidos coletivamente. Depois dos mapas falantes desenhados, eles foram fixados em um lugar visível para os demais participantes, a fim de serem apresentados pelos seus autores. Nesse momento de apresentação os participantes podem perguntar e fazer comentários a partir do mapa que está sendo apresentado, com a intenção de se aprofundar nas reflexões acerca das problemáticas (Toledo & Pelicioni, 2009).

Para Pessoa et al., (2013), ao se trabalhar com os mapas falantes na área da Saúde, estes possibilitam identificar as necessidades de saúde centradas na comunidade, com suas determinações sociais, intersetoriais, a percepção de coletivos e a dinamicidade do território. Os autores afirmam que “este mapeamento consiste num processo reflexivo e crítico, que incorpora as dimensões socioafetivas, simbólicas, culturais, como também as transformações territoriais e do modo de vida” (p. 2256). Assim, a ideia dos mapas falantes vem da compreensão de território como espaço do cotidiano, vivo, pulsante e dinâmico, onde as pessoas andam a vida.

Primeiramente, destacamos que neste processo de produção de saber, colocamos o usuário como protagonista e, devido a isso, escolhemos a ferramenta do usuário-guia para perseguirmos outros pontos de vista e vistos do ponto para os encontros e acontecimentos constituintes da produção de cuidado em saúde (Moebus et al., 2016).

A ferramenta do usuário-guia surgiu a partir das pesquisas em história social da cultura pela historiadora Ermínia Silva no ano de 2007, particularmente em sua pesquisa com o circo-teatro. As pessoas que fazem parte de circos apresentam vivências nômades e, em função disso, a autora procurou desenvolver uma ferramenta que permitisse mapear essas vivências, os lugares, os modos de vida, instituições, saberes e práticas na construção da memória e conexões dessas pessoas (Silva, 2007). A autora preocupou-se em mapear uma memória não

institucional sobre o cuidado produzido, mas a produção do cuidado fora das redes formais de saúde (Merhy & Cerqueira, 2014; Silva, 2007).

Nesse sentido, o usuário-guia apresenta algumas características importantes para compreendermos como se dá o emprego dessa ferramenta neste estudo:

*O usuário guia, que já nominamos antes, tem as características de um caso traçador do cuidado institucionalizado e não institucionalizado, escolhido a partir do conjunto de usuários inseridos nas estações de cuidado que existem na rede de saúde [...] Essa escolha foi pautada pelo critério central de ser um caso de alta complexidade para a rede de cuidado, que tem como consequência o fato de ser um grande utilizador das redes em oferta; ao mesmo tempo, que um produtor de intensas necessidades intensivas de cuidado que o remetem para uma dinâmica e forte demandante de conexões para ser cuidado (Moebus et al., 2016. p. 45).*

Antes da imersão no campo, a fim de conhecer aspectos do território da pesquisa como dimensão territorial, populacional, suas fronteiras geográficas, dados epidemiológicos, caracterização dos serviços de saúde foram consultados o Plano Municipal de Saúde de Tefé, o Relatório de Gestão em Saúde, o E-SUS e o CNES deste município.

Aviabilização da imersão no campo deu-se com a comunicação e negociação prévia com os gestores da SEMSA Tefé, no caso a secretária de saúde e a coordenadora da Atenção Básica e com os profissionais de saúde, principalmente os que atuam nas ESFR. Cabe pontuar que a gestora da saúde em Tefé já havia assinado carta de anuência e a equipe de saúde já estava ciente da submissão da pesquisa ao Comitê de Ética, com as devidas precauções e respaldos éticos garantidos pelo Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). A coleta das informações de campo ocorreu no período de junho a dezembro de 2019 e durante esse período foram realizadas 3 viagens a Tefé.

A primeira viagem deu-se na companhia de outros pesquisadores do LAHPSA, acontecendo no período de 4 a 6 de junho de 2019 e o deslocamento até o município foi de avião. Esse primeiro contato presencial com o campo teve como objetivos conhecer um pouco a dinâmica do território de Tefé, como as formas de acesso ao município, tempo de viagem, organização dos serviços de transportes e, principalmente, de saúde, conversar com os gestores e trabalhadores de saúde. Por termos nos deslocado de avião, não foi possível, nessa primeira viagem, ter um contato mais próximo com o território ribeirinho. Além disso, optamos por ficar apenas na cidade de Tefé, mas foi possível notar, ao caminhar pela cidade, que os rios estavam cheios, inclusive o Lago de Tefé, que banha a cidade e na ocasião invadiu algumas ruas.

Aproveitamos esses três dias para conhecer a estrutura física da SEMSA, seu organograma, alguns estabelecimentos de saúde e realizamos encontros com a secretária de saúde, coordenadora da AB e trabalhadores de saúde, inclusive tivemos contato com profissionais que atuam nas ESFR. Nesses encontros, apresentamos e esclarecemos sobre a proposta da pesquisa e na ocasião convidamos a participarem do estudo, dinamizando a pesquisa e construindo coletivamente os mapas falantes e a metodologia do usuário-guia. Além disso, pactuamos a data do nosso retorno a Tefé.

Nossa segunda viagem ao campo foi realizada de 16 de setembro a 1 de outubro de 2019. Partindo do princípio de que um dos critérios de inclusão do usuário-guia é ser morador da área ribeirinha, e um dos objetivos da pesquisa é analisar o acesso da população ribeirinha nesse território, decidimos fazer o percurso de Manaus a Tefé de barco. Não sabíamos exatamente se os barcos de grande porte como o que viajamos eram utilizados para remoção de usuário em situação de urgência e emergência. Assim, fazer o percurso de barco no período em que os rios estavam secando nos proporcionou vivências, questionamentos, informações que favoreceram a compreensão de como os barcos são importantes na atenção à saúde da população ribeirinha.

O percurso de Manaus a Tefé no barco Vencedor VIII foi de 40 horas, pois saímos na segunda às 16 horas e chegamos na manhã de quarta às 9 horas. O percurso de ida é mais demorado, já que o barco viaja no sentido subindo o rio, ou seja, contra a correnteza do Rio Solimões. Já instalados em Tefé, nos encontramos com a coordenadora da Atenção Básica, que viabilizou nosso encontro com os trabalhadores das equipes da ESFR e ESRF para a construção dos mapas falantes e escolha dos usuários ou casos-guias. A escolha dessas equipes deu-se por conveniência pelo fato de serem as responsáveis por atender à população ribeirinha, obedecendo os critérios de conhecer os serviços de urgência e emergência.

O encontro aconteceu na sala de Educação Permanente em Saúde (EPS) no prédio da SEMSA e participaram trabalhadores das equipes que atendem nas áreas ribeirinhas 11, 14, 19 e 21, sem representante da área 10, pois um dos enfermeiros estava de férias e o outro encontrava-se em viagem para respectiva área. Da área 11 participou 1 enfermeira, das áreas 14 e 19 participaram 2 enfermeiros de cada e da área 21 participaram 2 enfermeiros e 1 médico, somando ao todo 8 trabalhadores de saúde.

Um desses momentos foi quando dialogamos sobre a metodologia dos mapas falantes, destacando sua importância, objetivos, uso, potência e seu processo de construção. Na ocasião, dialogamos sobre as informações que poderiam ser colocadas nos mapas, como comunidades ou casas em que se realizam os

---

**10** - Labirintos de canais que se comunicam, se ramificam, se conectam, se cruzam num emaranhado fluvial, podendo ligar um lago a outro lago, um furo a outro furo, ou a um afluente.

atendimentos, identificação da infraestrutura de serviços (saúde, educação, saneamento, igrejas), distâncias percorridas (caminhando, rabetá, motor), referências importantes como furos<sup>10</sup>, lago, cachoeira, área indígena, diferenças entre período de cheia e seca, pessoas de destaque como benzedeira, parteira, rezador e curandeiro, além das plantas medicinais, áreas de atuação econômica (roça, extrativismo, garimpo), tempo de acesso para os atendimentos no hospital do município ou outras localidades.

Assim, no final do encontro saímos com um roteiro com as informações que consideramos importantes para pesquisa a fim de nortear a construção dos mapas falantes (Apêndice C). Além disso, os trabalhadores ali presentes sugeriram que os mapas falantes fossem produzidos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das cinco áreas ribeirinhas, tendo em vista que atuam e moram nas comunidades.

Os representantes da área 21 sugeriram que fizéssemos um encontro com a equipe que atua nesta área para utilizarmos a metodologia dos mapas falantes como se fosse um “teste piloto” já utilizando o roteiro elaborado. A sugestão dessa equipe foi motivada porque neste mesmo dia pela tarde toda equipe que atua na área 21, inclusive os ACS, estariam reunidos para participarem de uma atividade da SEMSA. Para as demais áreas foi pactuado que os trabalhadores ali presentes iriam se reunir com os ACS para falar da metodologia dos mapas falantes e convidá-los para construir os mapas e participarem da pesquisa, entregarem as cartolinas e roteiros para os ACS e combinarem que os mapas seriam apresentados na nossa próxima viagem a Tefé.

Como sugerido pelos trabalhadores, pelo período da tarde nos reunimos com a equipe da ESFF que atende a área 21 para a produção dos mapas falantes com os objetivos de compreender os fluxos da população ribeirinha aos serviços de Urgência e Emergência no Município de Tefé e analisar o acesso da população em relação às características do território. Participaram do encontro os enfermeiros, os técnicos de enfermagem, os técnicos de saúde bucal, o médico e os agentes comunitários de saúde.

Assim, como fizemos no encontro pela manhã com os representantes das ESFR, apresentamos novamente os objetivos desta pesquisa, a metodologia dos mapas falantes e o roteiro com as possíveis informações interessantes para constarem nos mapas. Para auxiliar na compreensão da metodologia, mostramos alguns mapas construídos por parteiras em outra pesquisa realizada pelo LAHPSA.

Após aceitarem participar, entregamos cartolinas e canetas coloridas aos técnicos e ACS e solicitamos que, a partir de suas experiências de trabalho com os usuários do SUS em área ribeirinha, desenhassem o mapa com os fluxos percorridos pela população ribeirinha da área 21 quando demandam atendimentos de urgências e emergências, destacando as informações contidas no roteiro. Devido ao tempo, os mapas não foram produzidos individualmente, de modo que os participantes se

dividiram por Unidade de Apoio e construíram 4 mapas falantes.

Depois de desenharem os mapas, foi solicitado aos trabalhadores de saúde que apresentassem e fizessem um relato sobre o seu mapa. Nesse momento, os demais participantes faziam perguntas, tiravam dúvidas, comparavam os mapas, traziam exemplos de vivências relacionadas às urgências e emergências. Essa vivência foi extremamente importante para considerarmos alguns pontos na construção dos próximos mapas, como o fato do desenho ficar mais legível na cartolina branca e ser feito com pincéis coloridos, a importância de se ter legendas, a importância de levarem as cartolinas para casa e fazerem os mapas estando no próprio território.

No período de 27 de novembro a 5 de dezembro de 2019 aconteceu nossa terceira viagem ao campo, período em que os rios da região estão extremamente secos. Pelo fato de já termos a informação de que muitas remoções de urgências e emergências são feitas nas lanchas Ajato decidimos fazer nosso deslocamento nesse tipo de embarcação.

O Ajato é uma lancha rápida que se popularizou na região Amazônica a partir dos anos 2000, por ser constituída para receber motor potente, tornando as viagens mais rápidas que os barcos tradicionais, levando aproximadamente 13h de Manaus a Tefé. Viajar nas lanchas revelou-nos outras informações importantes para compreendermos como se dá o processo de remoção dos usuários, a começar pela maneira de embarque, pois precisamos chegar na balsa de onde os Ajatos saem com uma hora de antecedência para fazermos o check in, pesarmos as bagagens e passarmos pela vistoria da Polícia Federal. Após todos esses procedimentos, a lancha pôde seguir viagem.

A data dessa terceira viagem foi pactuada com a gestão e com as ESFR para conciliar com o período em que os ACS vêm para a cidade de Tefé receber seus salários e se encontrar com os demais trabalhadores da equipe para fins de planejamento das atividades, ou seja, nos últimos dias do mês e primeiros dias do mês seguinte. Os motivos da viagem foram encontrar com as quatro ESFR e com a ESFF, para que os ACS apresentassem seus mapas falantes, bem como acompanhar o usuário-guia e suas redes.

Nos dias 28 e 29 de novembro nos encontramos com as ESFR que atuam nas áreas 10, 11 e 19 e com a ESFF que atua na área 21, e no dia 3 de dezembro nos encontramos com a ESFR que atende na área 14. Nesses encontros, os ACS trouxeram seus mapas falantes e os apresentaram. Os mapas falantes foram fixados na parede e cada ACS era convidado a apresentar seu mapa, onde narrava seus desenhos, o que ele representava, identificando os elementos do roteiro, compartilhando suas vivências e os fluxos que fazem diante de situações de urgência e emergência. Os demais participantes podiam fazer perguntas, comentários sobre o mapa e o que estava sendo narrado. Ao todo foram produzidos 42 mapas falantes.

## Caminhos que levaram ao usuário-guia

Os caminhos percorridos que levaram à construção do usuário-guia são múltiplos, complexos e dinâmicos. Para facilitar na compreensão de como se deu a busca do usuário-guia desta pesquisa, descreveremos a seguir os passos de nossa caminhada.

**Primeiro passo** - A busca pelo usuário-guia aconteceu na segunda viagem ao campo, quando nos encontramos com os trabalhadores das ESFR e ESFF. Como já relatado, este encontro foi marcado por diversos momentos e um deles foi dedicado à discussão da metodologia do usuário-guia. Neste momento, conversamos sobre a ferramenta do usuário-guia, quais as suas características, a participação das equipes ribeirinhas na indicação e escolha do usuário-guia, bem como fizemos o convite para participarem da pesquisa. Todos os profissionais concordaram em contribuir com a pesquisa.

**Segundo passo** - Depois de apresentarmos a metodologia do usuário-guia e com o aceite dos trabalhadores em participarem conosco, foi solicitado destes que sinalizassem a partir de suas experiências e vivências como trabalhadores da saúde ribeirinha aproximadamente cinco usuário-guias. Os casos deveriam envolver usuários moradores de áreas ribeirinhas que fossem considerados como casos complexos para a rede de cuidado, que tivessem sido grandes utilizadores dos serviços de saúde, que afetaram a equipe e demandaram diversos pontos de cuidado. Foi ressaltado que essa complexidade não se esgotava em seus quadros clínicos, mas que exigisse maior atenção das equipes e exigisse diversas abordagens de cuidado e que, frequentemente, tivesse mobilizado e inquietado as equipes de saúde.

Para a condução das indicações dos caso-guias, utilizamos de entrevistas semiestruturadas com questões analisadoras para a pesquisa, relacionadas aos serviços de urgência e emergência, tais como: Nas vivências de trabalho de vocês na área ribeirinha já cuidaram de usuários que tenham acessado os serviços de urgência e emergências? Que vocês consideram ser casos complexos para a rede de cuidado? Que tenham sido usuários desafiadores no sentido de ter acessado diferentes pontos de cuidados da rede? Que tenham mobilizado e afetado a equipe? Que essa complexidade não se esgota em seus quadros clínicos, mas que tenha demandado maior atenção das equipes e requerido diversas abordagens de cuidado? Gostaria que vocês comentassem sobre a história destes usuários. Como eles chegaram até vocês e como se desenvolveram os seus casos, bem como a relação com vocês? Essas vivências com esses casos relatados aconteceram no período da cheia ou da seca? Vocês perceberam se esses usuários buscavam outras formas de cuidado em saúde além dos serviços formais? Quais as características dos cuidadores desses usuários? Como se deram e se dão os arranjos e composição da equipe?



**Terceiro passo** - Os trabalhadores de cada equipe narraram seus casos complexos em suas respectivas áreas de saúde. Primeiro, os enfermeiros da equipe da ESFR que atua na área 14 começaram a narrar o caso de um homem de 46 anos que convivia com pênfigo bolhoso e diabetes. Era pescador e agricultor, morava com a mãe de 61 anos em uma comunidade ribeirinha. Seu quadro clínico afetou drasticamente sua vida, pois não andava e nem podia ficar exposto ao sol.

Devido ao pênfigo<sup>11</sup>, seu corpo era coberto por feridas e bolhas que não cicatrizavam, ocasionando forte odor e, conseqüentemente, uma carga de estigma. O caso mobilizou intensamente toda a equipe de ESFR e demandou diversos pontos de cuidados tanto em Tefé quanto em outros municípios, como Uarini e Manaus. Há três anos vem usando intensamente os serviços de saúde, principalmente os de urgência e emergência, inclusive com longas internações: quatro meses no HRT e quatro na Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT - HVD)<sup>12</sup> em Manaus, além de ter mobilizado outros pontos de cuidado como Assistência Social e Associação de Pescadores. Os trabalhadores relataram em suas falas tratar-se de um caso complexo, difícil, devido ao pênfigo não ter cura e a família não dedicar tanto cuidados com ele.

Embora não estivesse presente nenhum trabalhador da área 10, o médico, que naquele momento da pesquisa trabalhava na área 21, trouxe um caso da época em que atendia na área 10. Tratava-se de um homem de quarenta e poucos anos, que na fala do médico era tido como um dos usuários que mais lhe dava trabalho, e que não adería ao tratamento, complicado, com muitas dificuldades, convivia com a diabetes e precisava fazer uso de insulina, tendo sido encaminhado por diversas vezes a especialistas.

Este usuário diariamente procurava atendimento fora do horário convencional da UBS do Distrito de Caiambé, pois, na maioria das vezes, procurava a UBS à noite para fazer glicemia capilar, sendo que o recomendado é que se faça pela manhã em jejum. Fazia uso de bengala e por várias vezes precisou ficar em observação na UBS devido a diabetes, mas não precisou ser removido para o HRT. Além do quadro clínico, é um usuário que apresentava vulnerabilidades socioeconômicas, com pouco apoio da família, pois morava sozinho e precisava de cuidados diários de terceiros. Só recentemente passou a morar com uma filha, tendo ficado mais debilitado depois que a esposa se separou dele.

Em seguida, foi narrado o caso da área 19, que se tratava de um menino de 5 anos que apresentava uma lesão umbilical não cicatrizável desde quando caiu o coto umbilical na primeira semana de vida. Desde então, a família amarrava uma faixa

**11** - Os pênfigos compreendem um grupo de doenças autoimunes que se manifestam pelo surgimento de bolhas na pele. Ver mais detalhes nas páginas 147-158.

**12** - A FMT - HVD é conhecido regionalmente como Tropical, é um Centro de saúde considerado como referência mundial para o tratamento de doenças tropicais.

de tecido por cima da lesão, que já estava deformando a cintura da criança.

Em 2018, o menino apresentou um quadro de vômito e diarreia e precisou ficar internado no HRT. Na ocasião, o médico viu a lesão e iria fazer a cirurgia para corrigir, mas o pai não autorizou, pois ficou com medo de a criança falecer na respectiva situação. Como consequência, a criança passou a conviver com isolamento social, já que os pais a proibem de correr com medo de ela cair e lesionar mais ainda o umbigo, além de a criança não frequentar a escola, passando a maior parte do tempo dentro de casa. Ao tomar conhecimento do caso pela ACS, a enfermeira ficou sensibilizada e ao mesmo tempo revoltada, dando início à mobilização da rede de atenção de Tefé para que a criança fosse atendida pelo pediatra, para verificar a possibilidade de se fazer a cirurgia.

Por último, foram narrados dois casos da área 11. Primeiro, de uma mulher que tinha lúpus<sup>13</sup> e que apresentava crises frequentes decorrentes de algum transtorno mental desconhecido pela equipe. Havia sido encaminhada diversas vezes para fazer acompanhamento na cidade de Tefé, mas não vinha porque não tinha onde ficar, não tinha família na cidade e era praticamente sozinha. Apresentava dificuldade em caminhar e precisava de alguma pessoa para segurá-la. Passou por atendimento com a assistente social.

O segundo caso era de uma gestante que apresentava uma gravidez de alto risco em decorrência de um quadro de neoplasia. Sentia dores frequentes e sangramento, mas quando vinha para Tefé os médicos diziam que não podiam fazer procedimentos em relação à neoplasia, pois corria o risco de perder o bebê. Em decorrência de seu quadro delicado, a equipe de saúde queria que ela ficasse todo o período da gravidez na cidade de Tefé, mas acabava voltando para a sua comunidade onde trabalhava como professora, pois alegava ter medo de perder o emprego e não ter como sustentar os outros 3 filhos. Este caso, segundo a fala da enfermeira, sensibilizou-a e a afetou muito.

**Quarto passo** - Após narrarem os casos, foi solicitado aos trabalhadores que escolhessem, dentre os casos narrados, aquele que considerassem mais complexo. Ressalta-se que o caso da área 19 foi descartado por não atender o critério de inclusão de ter mais de 18 anos, já que se tratava de uma criança de cinco anos. Assim, os trabalhadores escolheram o caso da área 14 sobre o homem com pênfigo bolhoso, por ter demandado intensamente os cuidados tanto na AB quanto na RUE. O caso demandou uma mobilização da gestão da AB e direção do HRT, a equipe da área 14 mobilizou-se intensamente e foi “brigar” por um atendimento diferenciado para ele e, por ter tido várias remoções utilizando os mais variados tipos de transportes tanto na cheia quanto na seca dos rios, o caso da área 14 foi

---

**13** - O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença considerada autoimune crônica, rara, multissistêmica, que se apresenta de forma heterogênea quanto às suas manifestações clínicas e sorológicas.

escolhido como possível usuário-guia para a pesquisa.

**Quinto passo** - A partir da sinalização do usuário-guia pelos trabalhadores de saúde, fomos ao encontro dele. Já sabíamos que ele estava internado no HRT, então fizemos contato com a direção do Hospital, compartilhamos com ela a metodologia do usuário-guia e a indicação do usuário-guia e ela fez toda mediação com os enfermeiros que estavam de plantão para nos receber e nos levar até ele.

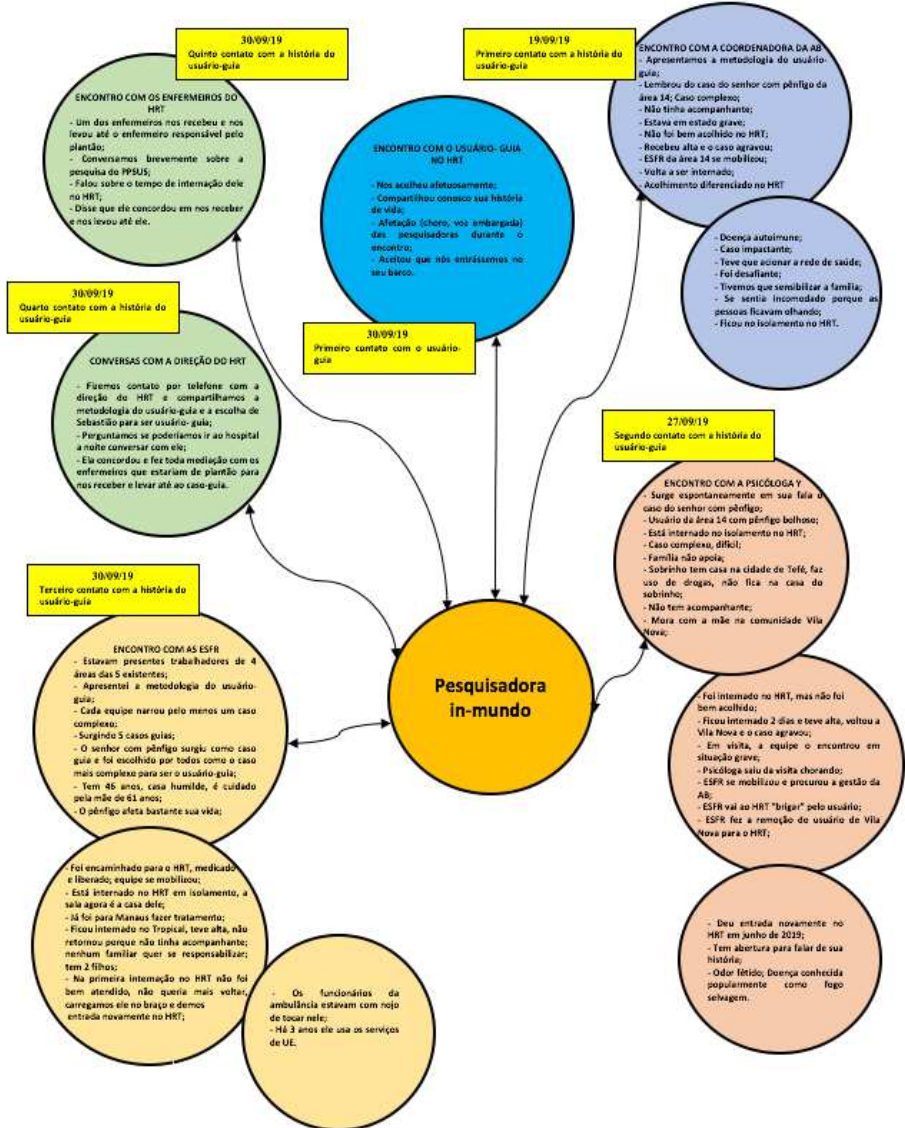
**Sexto passo** - No último dia da nossa segunda viagem a Tefé nos encontramos com o senhor sinalizado como caso-guia. Nosso encontro foi à noite no HRT, ele nos recebeu afetuosamente e compartilhou conosco sua história de vida. Na ocasião, esclarecemos sobre a pesquisa e o convidamos para participar como sujeito da pesquisa e este nos respondeu: *“É, eu vou entrar nesse barco com vocês”*.

**Sétimo passo** - Com o aceite, o caso-guia passou a ser chamado no nosso estudo de usuário-guia Pescador. Na nossa terceira viagem nos encontramos mais duas vezes com o usuário-guia e este nos foi sinalizando suas redes vivas produtoras de cuidados. Poder “dar a mão” para o Pescador e deixar ele nos conduzir pelos seus caminhos nômades foi revelador para analisarmos e compreendermos as potências, dificuldades, limites e desafios vivenciados cotidianamente, bem como sua produção de cuidado e suas redes vivas de conexões.

**Oitavo passo** - Acompanhamento das redes vivas sinalizadas tanto pelo próprio usuário-guia quanto pelos trabalhadores de saúde. Nos encontramos com a mãe, irmãos, cunhada do Pescador, bem como os trabalhadores que ele nos sinalizou como tendo sido importantes em sua caminhada. Realizamos visita à comunidade ribeirinha onde o usuário-guia morava e ao bairro Colônia Ventura, onde passou a morar após sua última internação.

Com a escolha do usuário-guia e ao entendermos a flexibilidade e multiplicidade que esta metodologia nos revela, não foi necessário, a priori, definir quais as técnicas de coleta, pois estas surgiram com a imersão no campo. Dessa forma, foram fontes da pesquisa as entrevistas realizadas com o próprio usuário-guia, seus familiares, os profissionais de saúde, as observações, diário de campo, os mapas falantes, registro fotográfico, bem como em fontes secundárias como a agenda de anotações do próprio usuário-guia, seus prontuários, exames, fichas de internações e outros documentos dos serviços. A figura 13 ajuda a compreender como se deu nosso percurso em busca do usuário-guia que foi o sujeito principal desta pesquisa.

**Figura 13:** Os caminhos em busca do usuário-guia.



Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

Para compreensão do território de existência do usuário-guia, foi realizada a leitura dos documentos fornecidos pela SEMSA e pelos sistemas de informações em

saúde, tais como os Relatórios de Cadastro Domiciliar e Territorial, o Relatório de Cadastro Individual e os Relatórios de viagens das ESFR e ESFF. A leitura desses documentos foi complementada por visita *in loco* em algumas Comunidades Ribeirinhas, incluindo a que o usuário-guia e parte de sua família moravam. Também se realizou o acompanhamento do processo de trabalho dos profissionais da ESFR e ESFF, bem como foram observados os mapas falantes construídos pelos ACS das áreas ribeirinhas e os registros fotográficos. As informações, situações, vivências e observações eram registradas no diário de campo.

Os procedimentos de análise dos mapas falantes incluíram inicialmente a identificação dos autores, as comunidades ou microáreas que os mapas representavam e o mês em que eles foram produzidos. Em outro momento, os mapas falantes foram escaneados pela ferramenta *CamScanner*, por meio de aparelho de celular. Feito isso, os mapas foram organizados digitalmente em pastas de acordo com as respectivas cinco áreas ribeirinhas. Após essa organização, o acervo foi composto por 42 mapas falantes, sendo 3 produzidos pela área 10, 11 pela área 11, 9 pela área 14, 7 pela área 19 e 12 pela área 21.

Como descrito anteriormente, cada um desses mapas foi apresentado e narrado pelos seus autores e tendo sido gravadas estas atividades. Desse modo, realizamos as transcrições dos áudios de cada mapa na íntegra, registradas no programa Word e organizadas em pastas por área ribeirinha. Em relação às entrevistas semiestruturadas realizadas e gravadas com o usuário-guia, seus familiares e trabalhadores de saúde, estas também tiveram seus áudios transcritos, considerando todos os aspectos discutidos durante as entrevistas.

A partir das transcrições dos mapas e entrevistas, optou-se pela leitura guiada pelos pressupostos da Análise do Discurso (AD), que consistem na compreensão de como os objetos simbólicos produzem sentido. Essa compreensão busca explicitar a produção de significação presente no texto que permita identificar outros sentidos que se encontram nas falas-textos (Orlandi, 2008). As pessoas carregam em suas falas ideologias e a proposta da AD é justamente compreender nessas falas os discursos imbricados de ideologias, “é na formulação (de um discurso) que a linguagem ganha vida, que a memória se atualiza, que os sentidos se decidem, que o sujeito se mostra (ou se esconde)” (Orlandi, 2008, p. 9).

Nesse sentido, a análise precisa levar em consideração o contexto histórico-social em que é dito e a implicação deste em uma produção discursiva. Desse modo, interessa ao pesquisador considerar o conjunto de enunciações proferidas pelos sujeitos dentro de uma realidade sócio-histórica, pois como lembra Orlandi (2008, p. 15), “o discurso é assim, palavra em movimento, prática da linguagem: com o estudo do discurso observa-se o homem falando”.

Assim, a AD compreendeu a leitura do *corpus*, identificação dos fragmentos discursivos e agrupamento desses fragmentos discursivos. Primeiramente, foi feita uma leitura do Corpus, que são os dados coletados em seu estado bruto, aqui, no caso são as transcrições. Em um segundo momento identificou-se os fragmentos discursivos dessas transcrições. Por último, o agrupamento desses fragmentos para formações discursivas e escrita das análises (Silveira *et al.*, 2015; Souza, 2014).

Para os objetivos da descrição dos fluxos da população ribeirinha aos serviços de Urgência e Emergência no Município de Tefé e análise do acesso da população em relação às características do território emergiram as seguintes categorias analisadoras: Territórios de saúde ribeirinhos de Tefé; Fixos e fluxos do acesso em saúde nos territórios líquidos de Tefé; Embarcações como dimensão do acesso em saúde no território líquido de Tefé e Processo de trabalho e acesso em saúde no território ribeirinho.

O objetivo de cartografar a produção de redes vivas na perspectiva do usuário para o acesso aos serviços de urgência e emergência revelou os seguintes analisadores: usuário-guia como caso complexo; performances da experiência de ser/ter pênfugo; caminhos do usuário-guia e suas redes vivas. A partir destes analisadores, procuramos estabelecer uma relação de interrogação e conversação com as informações produzidas no sentido de ampliar e abrir novas problematizações a futuras investigações, bem como tecer alguns aprendizados. Na discussão, buscamos um diálogo com os referenciais teóricos trabalhados acima.

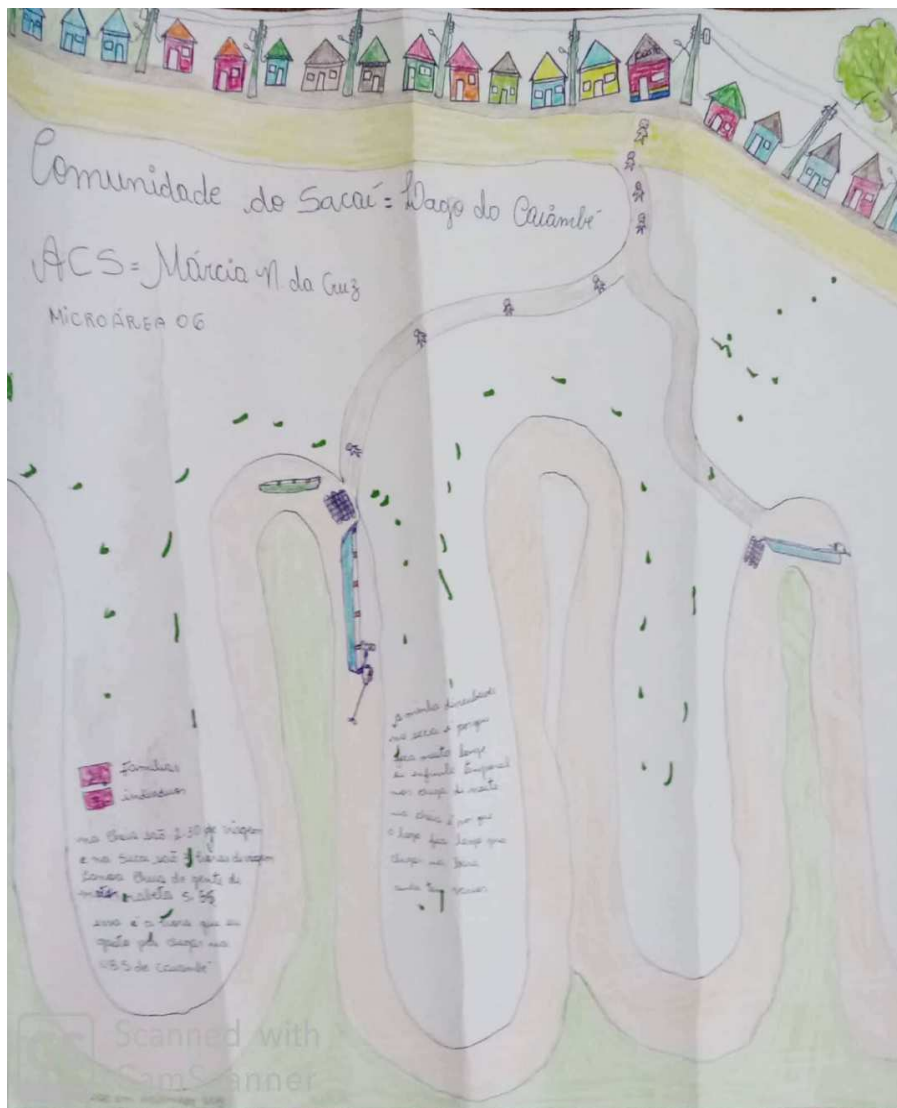
Os encontros com os trabalhadores de saúde para a construção dos mapas falantes foram gravados em áudio com a autorização dos participantes. As entrevistas também foram gravadas e apenas 1 dos participantes não autorizou a gravação do áudio e teve seu pedido respeitado. Para este, as anotações foram feitas no diário de campo no ato da entrevista. Todos os sujeitos da pesquisa tiveram seus nomes alterados na tentativa de preservar seu anonimato.

É importante destacarmos que em janeiro de 2020 o usuário-guia que aceitou participar conosco faleceu no decorrer da pesquisa. O seu falecimento nos afetou significativamente, pois construímos vínculos com ele e a cada encontro fomos nos tornando ponto de cuidado e conexões de suas redes vivas. Assim, mesmo com seu falecimento decidimos dar continuidade na pesquisa, tendo em vista que ele já havia aceitado e assinado o TCLE de participação na pesquisa. Além disso, entendemos que não houve comprometimento na coleta das informações. E o mais importante, sua história de vida, suas redes vivas e seu caminhar em busca de cuidado muito contribuiu para analisarmos o acesso na RUE em Tefé.



## Territórios de saúde e os fluxos da população ribeirinha: produção do cuidado sobre as águas

Figura 14: Mapa falante produzido pela Agente Comunitária de Saúde.



Fonte: Márcia Cruz, 2019..

*Quando eu visito essas daqui a primeira, segunda, aí vou embora parando de porto em porto, só não aqui porque até aqui é perto, eu vou por terra, agora pertencendo pra cá só por canoa.*

### ACS do território ribeirinho

Nesta seção apresentaremos as informações produzidas a partir de diferentes estratégias do trabalho de campo: documentos da SEMSA, sistemas de informações em saúde como o CNES, e e-SUS, acompanhamento dos processos de trabalho das ESFR e ESFF, entrevistas com os profissionais de saúde, mapas falantes construídos pelos ACS e suas narrativas, anotações do diário de campo e registros fotográficos.

## Territórios de saúde ribeirinho de Tefé: no remanso do cuidado que se materializa

A Amazônia é conhecida pela grande biodiversidade, mas também é detentora de enormes diversidade social, cultural, com diferentes povos que falam diferentes línguas e com cosmogonias e cosmologias variadas. A Amazônia também é alvo de conflitos, disputas, tensões relacionadas aos grandes interesses econômicos. Nesse sentido, Schweickardt et al. (2021) chamam a atenção que não temos somente uma única Amazônia, uniforme e homogênea, mas temos várias “amazônias”, sendo uma delas a Amazônia Ribeirinha.

A saúde ribeirinha de Tefé está dividida em cinco áreas: área 10, área 11, área 14, área 19 e área 21, com características próprias de cada território. Algumas áreas são formadas por enormes reservas e lagos de águas escuras, como no caso da área 11. Em outras, predominam as águas barrentas do imponente Rio Solimões, por exemplo, na área 10. Na área 19 existe uma maior presença da população indígena. A área 14 está próxima da sede municipal, com uma significativa população que vivem em casas flutuantes, que movimentam as suas casas de conforme o ciclo das águas. As áreas 10, 11, 14 e 21 tem acesso exclusivamente fluvial, e a área 19 tem um acesso misto de via fluvial e terrestre.

Algumas áreas e comunidades possuem energia do Programa Luz para Todos, e outras tem a energia produzida por motores de luz à diesel. Algumas comunidades apresentam maior acesso ao sinal telefônico, enquanto outras há total ausência de sinal. Há as que apresentam maiores dificuldades no período da seca, principalmente em relação ao acesso, e outras tem dificuldades no período da cheia, quando os comunitários têm suas casas alagadas pelas águas. Em uma, as redes vivas são mais intensas e com diversas conexões pelos saberes tradicionais, como as atuações das parteiras, dos consertadores de ossos, dos rezadores, das plantas.

A população de Tefé corresponde a 60.154 habitantes, sendo que 11.418

vivem no mosaico territorial ribeirinho, distribuídos em 131 Comunidades, que também são distintas entre si. Há um discurso genérico de que os ribeirinhos estão no lugar errado, pois construirão suas casas em áreas que alagam ou em locais “distantes”, longe de todos e de tudo. Este discurso culpabiliza as famílias ribeirinhas e justifica a ausência do Estado com políticas públicas.

Contudo, Kadri e Schweickardt (2016) reconhecem que a escolha do lugar onde viver, particularmente na Amazônia, não é determinada exclusivamente por critérios estabelecidos pela vigilância ambiental ou defesa civil, por exemplo. Essa escolha envolve histórias, relações afetivas e de pertencimentos com lugares que sempre conviveram com os movimentos das águas. Nogueira (2014) acrescenta que os lugares de morada na Amazônia são reconhecidos como parte da vida das pessoas e de grupos.

Em relação aos serviços e estabelecimentos de saúde nesses territórios, existem uma UBS no Distrito de Caiambé que funciona como referência para as áreas 10 e 11; uma UBS na estrada que acaba sendo referência para a área 19; uma UBS Fluvial que na maior parte do ano atua na área 21, mas que períodos de seca é usada por outras áreas.

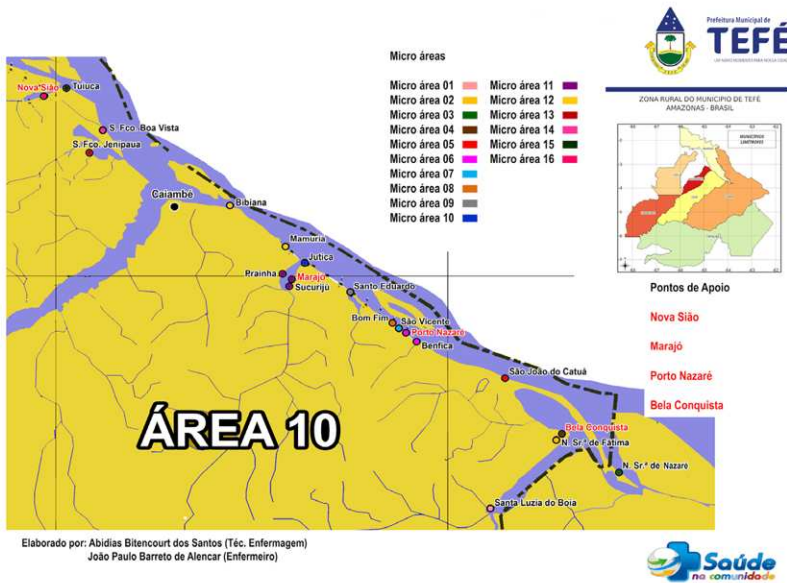
Além das UBS, desde 2018, existem 17 Unidade de Apoio, que são estabelecimentos de saúde nas comunidades mais distantes das UBS ou da sede do município. Em cada Unidade de Apoio ficam 2 técnicos de enfermagem, que se revezam em uma escala de 15 dias atuando na área. Para essas Unidades de Apoio e deslocamento das equipes de saúde existem 21 embarcações de pequeno porte que são lanchas com diferentes potências. As lanchas das Unidades de Apoio são cobertas e tem um motor de 40hp. Nestes estabelecimentos e territórios estão vinculadas 05 ESFSB, sendo 04 equipes ampliadas de ESFR e uma equipe de ESFF e um NASF.

Os novos modelos tecnoassistenciais (UBSF, ESFR, ESFF, Unidades de Apoio), que conversam com a realidade dos territórios ribeirinhos, estão previstos na PNAB, revisada por meio da Portaria N° 2436/2017. Essas equipes ampliadas precisam se organizar em circuito de viagem para garantir atendimento integral e contínuo às comunidades.

Em seguida, apresentamos as cinco áreas que compõem o território ribeirinho de Tefé. Para facilitar a compreensão e visualização recorreremos aos mapas produzidos pela SEMSA e seus trabalhadores, bem como imagens fotográficas produzidas durante a nossa imersão no território.

O território ribeirinho da área 10 de saúde é constituído por 20 comunidades distribuídas no Rio Solimões, Lago do Jutica e Lago do Catuá (Azevedo et al., 2019), como podemos observar na figura 15.

**Figura 15:** Mapa da área 10 com as microáreas de saúde e as comunidades distribuídas pelos Lagos do Catuá, Jutuca e Rio Solimões.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Tefé - SEMSA, 2019.

Vivem neste território 2.119 pessoas, formando 572 famílias. Segundo os relatórios de cadastro individual e domiciliar gerados pelo e-SUS, em setembro de 2019, esta população era formada por pessoas na faixa etária de 05 a 29 anos (1.198), predominando o sexo masculino com 1.126 homens. Das atividades ocupacionais mencionadas, destacam-se aquelas relacionadas com a pesca e agricultura, somando um total de 810 pessoas que se dedicam a essas atividades.

Sobre o nível de escolaridade, uma parcela significativa (885) não concluiu o ensino fundamental ou sequer frequentou a escola. Em relação às condições gerais de saúde, chama a atenção para o uso e consumo de drogas, sejam as lícitas, sejam as ilícitas, em que ao menos 482 pessoas declararam fazer uso, seguidos das doenças crônicas como a diabetes e hipertensão, com um total de 125 pessoas. Convém destacar que a área 10 teve o maior número de pessoas (91) que declararam fazer o uso das plantas medicinais.

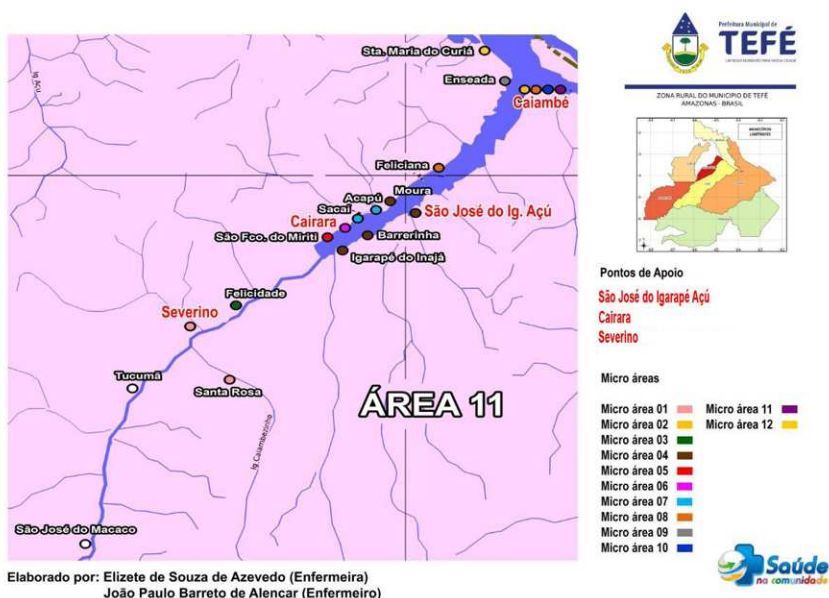
Em relação à situação do domicílio, a maioria (420) tem sua construção em madeira, com 443 possuindo algum sistema de energia elétrica e 302 domicílios disseram receber água encanada. No que se refere à forma de escoamento do banheiro ou sanitário, destacou-se o escoamento para fossa séptica (175), fossa rudimentar (117)

e céu aberto (101). Já sobre a renda dessas famílias, predominou a faixa de renda de 1/4 de salário-mínimo (75), meio salário-mínimo (143) e um salário-mínimo (185).

A área 10 é subdividida em 16 microáreas de saúde e a população conta com os serviços de uma equipe ampliada de Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha, quatro Unidades de Apoio e quatro lanchas de pequeno porte, tendo a UBS Rossini Barbosa Lima como referência, que fica localizada no Distrito de Caiambé em área ribeirinha.

O território da área 11 tem uma população de 2.832 habitantes. Nessa área está localizado o Distrito de Caiambé, onde se concentra a maior parte das famílias. Existe nesse território 738 famílias pertencentes a 17 (dezessete) comunidades ao longo do Rio Caiambé e o Lago de Caiambé.

**Figura 16:** Mapa da área 11 com as microáreas de saúde e as comunidades distribuídas pelos Rios Caiambé e Lago de Caiambé.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Tefé - SEMSA, 2019.

Como mostra a figura 16, o território é subdividido em 12 microáreas de saúde, dispõe de três Unidades de Apoio que ficam nas comunidades Severino, Cairara e São José do Igarapé Açú, com 4 lanchas cobertas e motor 40hp. Na área atua uma equipe ampliada de ESFR com multiprofissionais e os técnicos de enfermagem desta área atuam nas Unidades de Apoio. O diferencial deste território é a existência

da UBS Rossini Barbosa, que funciona com horário estendido.

Sobre o perfil populacional desta área, existe uma maioria do sexo masculino (1.471). A agricultura e a pesca é a principal ocupação, daqueles que mencionaram a ocupação. No que se refere à escolaridade, entre aqueles que declararam, a maioria chegou a frequentar a escola, mas sem a conclusão do ensino fundamental (1.092). Dos que informaram sobre suas condições gerais de saúde, destacamos novamente o uso de alguma droga, lícita ou ilícita (217), seguida de pessoas que convivem com a hipertensão arterial (38).

Na figura 17 temos o mapa do território ribeirinho que corresponde à área 14. O mapa foi construído por diferentes mãos dos trabalhadores da equipe de ESFR e foi apresentado em um de nossos encontros. Nele, vemos as 17 comunidades que estão localizadas na Ilha do Tarará, Costa de Tefé, Rio Solimões e Lago de Tefé. Chama a atenção a enorme área verde à direita do mapa, que representa a Ilha do Tarará, uma das maiores do Município. Podemos notar os paranás e furos que dão acesso do Rio Solimões ao Lago de Tefé.

**Figura 17:** Mapa da área 14 com as microáreas de saúde e as comunidades distribuídas na Ilha do Tarará, Costa de Tefé, Rio Solimões e Lago de Tefé.



Fonte: Equipe de Saúde da Família Ribeirinha que atua na área 14 de Tefé, 2019.

Destacamos no mapa as 13 microáreas de saúde, que são formadas por mais de uma Comunidade, devido à sua proximidade, como é o caso das comunidades São Francisco do Piranhãl com a São Francisco do Aratamã, que compõem a microárea 3. A comunidade de São Jorge e São Pedro formam a microárea 9. Porto Vale e Porto Valente constituem a microárea 10. Por fim, a Vila Basto e Vila Vale correspondem à microárea 12. Essas especificidades imprimem diferentes modelagens de atuação



para as equipes de saúde e no acesso dos usuários aos serviços, pois, embora sejam próximas, entre as comunidades existem rios, lagos, paranás e igarapés, que se modificam de acordo com o ciclo das águas.

O mapa (figura 17) mostra o território e as narrativas dos trabalhadores de saúde apresentam a dinâmica desse território: são seis escolas, 12 estabelecimentos religiosos, oito parteiras, três rezadores, seis presidentes de Comunidade e 11 pessoas com conhecimentos sobre as plantas medicinais. Neste território vivem 409 famílias, que se traduzem em 1.885 pessoas.

Em relação aos serviços e estabelecimentos de saúde, a população conta com a atuação de uma ESFR e um NASF (o mesmo que atende as outras áreas). A ESFR dispõe de 28 profissionais entre agente comunitário de saúde, técnicos de enfermagem e de saúde bucal, psicólogo, assistente social, odontólogo, enfermeiro e médico. Esta ESFR está vinculada à UBS Irmã Adonai, que fica localizada próximo ao porto e orla da cidade de Tefé. Contudo, a população deste território busca tanto os serviços da UBS Irmã Adonai quanto os da UBS Josefa Rodrigues das Chagas, localizada no Bairro Abial, que fica próximo às casas flutuantes. Existe ainda neste território ribeirinho 4 Unidades de Apoio que ficam nas Comunidades São Luiz do Macari, Santa Clara, Nossa do Perpétuo Socorro e Missão.

Para a compreensão dos fluxos do cuidado da área 14 é necessário o conhecimento do contexto que faz desta área um território flutuante em diversos sentidos. Essa flutuação se dá em primeiro lugar por ser a área 14 a mais próxima geograficamente da cidade de Tefé e para algumas comunidades dos municípios de Alvarães e Marã. Essa proximidade imprime um dinamismo diferenciado no modo de vida das pessoas que moram neste território, pois flutuam com mais facilidade entre a área ribeirinha e a cidade. Além disso, muitos têm casa na cidade, mas passam a semana trabalhando na agricultura e pesca em algumas das comunidades. Outros, dependendo da Comunidade, vão e voltam em uma periodicidade maior entre a cidade e a área ribeirinha. Kadri et al. (2019) nos lembram que essa flutuação da população se deve principalmente por conta de suas atividades extrativistas e pela busca de serviços que se concentram nas sedes dos municípios.

A flutuação também se dá no sentido de que próximo à Comunidade Boa Vista existe um furo que de fevereiro a agosto, período de cheia na região, dá passagem para os municípios de Alvarães e Marã. Assim, muitas pessoas destes dois municípios usam os diversos serviços que Tefé oferece, incluindo os de saúde, inclusive algumas famílias que moram em território de Alvarães são acompanhadas pela ESFR que atende na área 14.

Outro fato que revela as características flutuantes deste território refere-se às casas flutuantes que se movimentam literalmente no Lago de Tefé. O número de casas flutuantes é tão significativo que existe uma microárea de saúde exclusiva formada só por casas flutuantes, como podemos ver nas figuras 18 e 19.

**Figura 18:** Mapa pela perspectiva da Comunidade de casas flutuantes da área 14.



Fonte: Frans Rodrigues Moraes, 2019.

O mapa ilustrado na figura 18 foi produzido pelo ACS que atua exclusivamente na microárea das casas flutuantes e expressa sua perspectiva acerca do seu território. Desse modo, esta microárea assume características de uma comunidade flutuante, pois nela existem diversas oficinas e metalúrgicas que oferecem serviços exclusivos para o setor de transporte, como a fabricação de lanchas de alumínio, de canoas, de barcos, consertos de todos os tipos de máquinas das embarcações que trafegam neste território. Na figura 20, podemos ver uma dessas oficinas, onde se lê "Casa dos motores de rabetas". Atracada na oficina flutuante aparece uma família na canoa.

Outro aspecto que marca esta comunidade flutuante são os inúmeros frigoríficos que trabalham com a venda de peixe liso e pescado de grande porte. Tem ainda os pontões, que são postos de gasolina flutuante, pois neste território líquido, praticamente não se vai a lugar nenhum sem gasolina e diesel. Além destes, encontramos muitos comércios que vendem de tudo, tanto no varejo quanto no atacado. A imagem ilustrada nas figuras 21 e 22 mostra o pontão e o mercadinho flutuante, pontos importantes no cotidiano do ribeirinho.

Alguns flutuantes funcionam como hotel, destinados a hospedar pessoas que vêm das comunidades ribeirinhas ou dos outros municípios, com a diária variando entre 10 a 15 reais, ou ainda funcionam como depósito para guardar máquinas,

rabetas, gasolina, remos, salva-vidas e outros utensílios utilizados no cotidiano do ribeirinho. Encontramos ainda duas igrejas flutuantes que atendem as pessoas desta comunidade.

**Figura 19:** Casas flutuantes no Lago de Tefé.



Fonte: Josiane Medeiros, 2019.

**Figura 20:** Oficina casa flutuante para motores rabetas.



Fonte: Josiane Medeiros, 2019.

**Figura 21:** Pontão flutuante no Lago de Tefé.



Fonte: Josiane Medeiros, 2019.

**Figura 22:** Mercadinho flutuante no Lago de Tefé.



Fonte: Fabiana Mânica Martins, 2019.

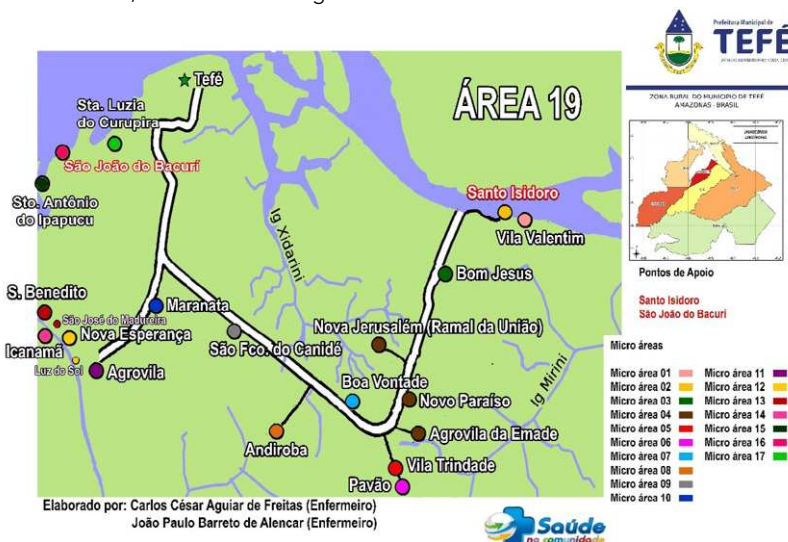
Neste território formado por casas flutuantes moram e circulam 502 pessoas que revelam igualmente características flutuantes, pois muitas famílias são formadas por pescadores que têm as casas flutuantes como morada, mas também como lugar de trabalho. Outras famílias

apresentam certo nomadismo, pois são de outros municípios, mas têm casas flutuantes onde passam temporadas em Tefé. Existem ainda neste território de comunidade flutuante 20 famílias indígenas dos povos Miranha, Pocama e Cuiucuiu, que são oriundos do município de Maraã, mas que acabaram literalmente levando suas casas flutuantes para o Lago de Tefé.

Além da flutuação da própria população, as suas casas igualmente se movimentam de acordo com os ciclos dos rios. No período da seca, as famílias movimentam suas casas flutuantes com auxílio de empurradores ou de barcos maiores para a parte mais funda do Lago e lá eles ficam ancorados com auxílio de poitas<sup>14</sup> para que não saiam do lugar. Já na cheia as casas tendem a ficar mais próximas umas das outras e da cidade de Tefé. No entanto, há famílias que dão a suas casas flutuantes aspectos anfíbios, já que na cheia elas flutuam na água e na seca elas ficam fixas na terra que surge no Lago.

Na sequência temos o território da área 19, sendo a única área em que o acesso se dá de maneira misto, ou seja, fluvial e terrestre. Existe neste território 15 comunidades, mas apenas 9 são consideradas ribeirinhas por não estarem ligada pela estrada, são elas: São João do Bacuri, São Benedito, Icanamã, Nova Esperança, Santa Luzia do Curupira, Santo Antônio do Ipapucu, São José do Madureira, Santo Isidório e Vila Valentim. Estas comunidades se encontram no Rio Solimões e Lago de Tefé, conforme figura 23.

**Figura 23:** Mapa da área 19 com as microáreas de saúde e as comunidades distribuídas na Estrada do Emade, Rio Solimões e Lago de Tefé



**14 -** Poitas são objetos pesados que funcionam como âncoras usadas embaixo das casas flutuantes para que estas fiquem fixas num lugar sobre as águas.



Das 5 áreas ribeirinhas, a área 19 é a mais populosa com 852 famílias e 3.276 pessoas, destas 1.111 vivem nas 9 comunidades. Um diferencial da ESFR refere-se ao fato de atuar em comunidades localizadas na estrada, rio e lago; esta equipe está vinculada à UBS Irmã Adonai na cidade de Tefé. Neste território há 3 Unidades de Apoio que ficam nas comunidades Santo Isidoro e São João do Bacuri, com 2 lanchas motor 40hp. Cabe destacar a importância da Comunidade São João do Bacuri como Unidade de Apoio, mas também como referência e ponto de estação para outras maneiras de produção do cuidado neste território.

São João do Bacuri funciona como Unidade de Apoio para as demais comunidades, onde ficam 2 técnicos de enfermagem revezando-se em uma escala quinzenal e uma lancha utilizada no deslocamento dos profissionais de saúde, bem como no transporte sanitário, além da atuação do ACS e microscopista que reside na comunidade. Uma ferramenta que a técnica de enfermagem consegue utilizar para agilizar o acesso aos serviços de saúde, principalmente quando envolve remoção de usuário para a cidade de Tefé, é o telefone rural, que funciona normalmente, pois com ele é possível chamar a ambulância ainda na comunidade para que na chegada ao porto de Tefé a mesma já esteja lá.

Além dos serviços formais em saúde, a comunidade conta com uma rede viva intensa que produz cuidado para quem mora em Bacuri bem como para as outras comunidades. Nela existem 3 parteiras que fazem parte da Associação das Parteiras de Tefé denominada Algodão Roxo. Essas parteiras são acionadas muitas vezes pelo próprio ACS, inclusive uma delas reside em uma parte da comunidade de difícil acesso no período da seca, mas o ACS mobiliza junto aos familiares da grávida para levá-la para fazer o parto. Uma das parteiras, além de partejar, tem um grande conhecimento sobre as plantas e sabe preparar uma variedade de chás. A comunidade tem uma diretoria como presidente da comunidade, vice e secretário. O presidente também é rezador e “pegador/consertador” de ossos.

Desse modo, as pessoas de outras comunidades recorrem aos cuidados do rezador, do consertador de ossos e da parteira, inclusive houve situações em que a grávida entrou em trabalho de parto em outra comunidade e o ACS teve que buscar a parteira da Comunidade de Bacuri para fazer o parto na comunidade da grávida. Assim, essas pessoas, nas palavras da enfermeira da ESFR, “são o hospital de Bacuri”.

Por último, apresentamos na figura 24 o mapa da área 21, que é a maior em extensão territorial, onde existem 20 comunidades e 10 localidades distribuídas no Rio Curumitá à esquerda em linha preta e Rio Tefé de azul no centro do mapa.





índices de pobreza, analfabetismo, falta de acesso ao saneamento básico e dificuldades no acesso aos serviços de saúde em todos os níveis relacionados com as iniquidades na distribuição de renda no Brasil. Basta lembrarmos que elas moram sob a maior Bacia Hidrográfica de água doce do mundo, mas os problemas de saneamento da água para consumo são recorrentes na realidade dessas populações, como bem demonstraram em seus estudos (Gama *et al.*, 2018; Portela, 2017)

Embora não seja suficiente, a incorporação dos modelos teçoassistenciais nas práticas do cuidado mais próximo aos ribeirinhos têm revelado estratégias valiosas para a ampliação do acesso, redução das desigualdades e iniquidades em saúde para as populações ribeirinhas com sua enorme diversidade e adversidade territorial, como veremos adiante.

## Fixos e fluxos do cuidado em saúde nos territórios líquidos de Tefé: o acesso em relação aos ciclos dos rios

*Na minha área tem um barranco gigante [...] as vezes acontece um acidente grave de noite, algum paciente passando mal, aí eu tenho por obrigação carregar o meu motor pra beira, e são 101 degraus pra descer e subir.*

### ACS do território ribeirinho

Resgatamos aqui as noções de fixos e fluxos para pensarmos essas categorias de Milton Santos no acesso em saúde nos territórios ribeirinhos. Os fixos são os elementos fixados em cada lugar, sejam eles naturais (floresta, lagos, rios, igarapés, igapós, furos, ressacas, montanhas) ou criado (comunidades ribeirinhas e as casas de seus moradores, pontos de serviços, ruas, centros de saúde, unidades de apoio, escolas, centros de lazer, os portos), que possibilitam ações que alteram o próprio lugar onde acontece o trabalho. Os fluxos são entendidos como sendo resultados diretos que atravessam, cortam ou se instalam nos fixos, transformando a sua significação e o seu valor, ao mesmo tempo em que também se transformam. Cotidianamente, a vida acontece em torno dos fixos e fluxos que se influenciam mutuamente e se combinam, caracterizando o modo de vida de cada sociedade (Santos 2003, 2006b).

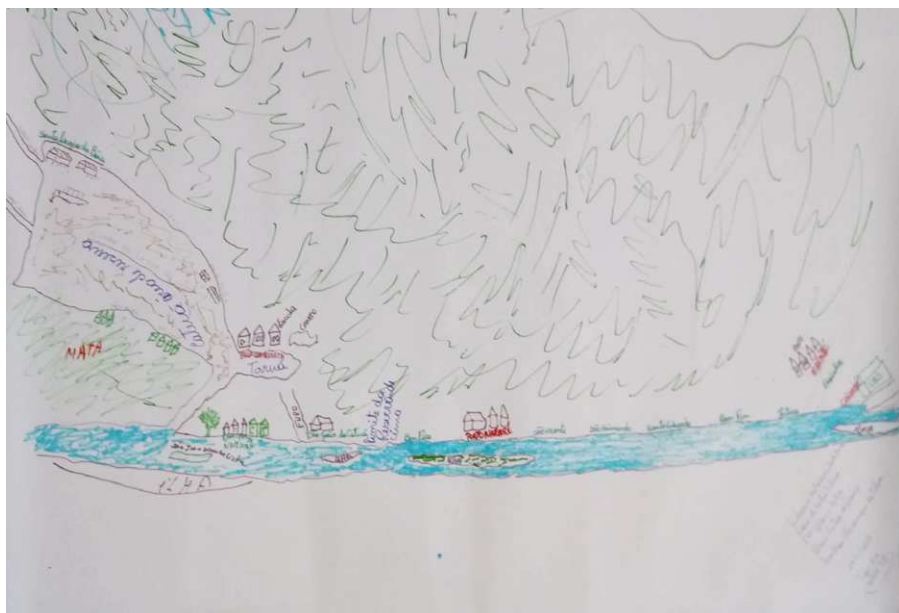
Em relação aos fixos e fluxos da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência, o que se revela é um intenso dinamismo, enorme complexidade decorrente de diversos aspectos singulares dos territórios ribeirinhos apresentados na seção anterior. As especificidades próprias desses territórios exigem o uso de diferentes tipos de embarcações de acordo com os ciclos dos rios, necessitando diversos arranjos da equipe de saúde que atua na área e dos ACS que vivem nas comunidades. Para compreendermos melhor a complexidade dos fluxos e fixos no acesso aos serviços de urgência e emergência apresentamos as vivências de usuários e trabalhadores de saúde no âmbito dos acontecimentos, em ato, em algumas das Comunidades.

Na área 10 temos a Comunidade Santa Luzia do Boia, que nesta área é a mais distante em relação à cidade de Tefé, correspondendo à microárea 1 de saúde, localizada em terra firme dentro do Lago do Catuá onde fica uma Reserva Ambiental. A Comunidade dispõe de agente comunitário de saúde, microscopista, líder comunitário, parteira e rezador. A infraestrutura é

composta por energia elétrica, sinal instável de telefone e uma lancha pequena com o motor de 30hp sem cobertura. A Unidade de Apoio mais próxima é a Comunidade Bela Conquista.

Os fixos e fluxos surgem no mapa-falante de parte da área 10 construído e narrado pelos ACS (Figura 25). À esquerda no mapa, canto superior, podemos notar Santa Luzia do Boia dentro do Lago do Catuá e as demais comunidades ao longo da calha do Solimões. No outro extremo do mapa está a UBS no Distrito de Caiambé, já no território da área 11. Os ACS representaram no mapa os fixos naturais como o enorme Lago do Catuá e ao seu redor a floresta, o furo que dá acesso do Lago ao Rio Solimões tendo suas águas representadas na cor azul, com destaque no decorrer do rio às ilhas e banco de areias. Os fixos construídos, como as comunidades e Unidades de Apoio, aparecem representados nos desenhos de casas ou o próprio nome da comunidade. A casa que representa a UBS recebe esta sigla em sua parede. Os fluxos como movimento que atravessa esses fixos neste território surgem nas narrativas dos ACS.

**Figura 25:** Mapa pela perspectiva da Comunidade Santa Luzia do Boia no território da área 10.



Fonte: Agentes Comunitários de Saúde que atuam na área 10, 2019.

Quando algum usuário de Santa Luzia do Boia demanda atendimento de urgência e emergência, normalmente a primeira pessoa a ser contactada é o ACS, assumindo o protagonismo do cuidado. O ACS precisa avaliar o melhor fluxo a se fazer pelos fixos, pois depende de fatores como a gravidade do caso, período do ciclo do rio, período que surge a urgência e emergência, o horário do dia ou noite, acesso ao sinal telefônico, disponibilidade de combustível na UBS de Caiambé que faz o transporte até a sede municipal. Embora a

Unidade de Apoio mais próxima seja a Comunidade Bela Conquista, em uma situação de urgência e emergência os usuários de Santa Luzia do Boia tendem a não ser levados para este fixo, tendo em vista que a lancha SOS de 40hp está em reparo por mais de um ano.

Pode haver dois fluxos a serem percorridos pelos usuários da Comunidade Santa Luzia do Boia: A família aciona o ACS, este organiza a logística do transporte, verifica quem vai como acompanhante do usuário para embarcar em uma lancha de pequeno porte com motor de 30hp conhecida popularmente como balieira. Saindo de Santa Luzia do Boia percorrem o Lago do Catuá, passam pelas comunidades que também ficam dentro do Lago, como Bela Conquista, e para adentrarem no Rio Solimões passam pelo Igarapé do Catuá, daí em diante percorrem o Rio Solimões passando por todas as comunidades que ficam na margem deste Rio pertencente à área 10, como N. Sr<sup>a</sup> de Nazaré, São João Evangelista, São João do Catuá, Benfica, Porto Nazaré, São Vicente, São Raimundo, Bom Fim, Santo Eduardo, Jutica até chegarem ao Distrito de Caiambé, onde fica a UBS de referência. Esse percurso feito na lancha de 30hp demora 4 horas, tanto faz na seca quanto na cheia, pois as águas do Solimões não secam o suficiente para dificultar o acesso. Ao chegar ao Caiambé, a equipe da UBS procede com os atendimentos cabíveis e o ACS recebe do Distrito a gasolina para poder retornar para sua Comunidade.

Outro fluxo possível é quando o caso requer cuidados que não podem ser oferecidos em Caiambé. A equipe faz a remoção em uma lancha com motor de 40hp para a cidade de Tefé que leva aproximadamente 45 minutos. Ao se aproximarem da cidade de Tefé, quando se tem sinal de celular, a equipe já liga para o HRT para enviarem a ambulância ao porto de Tefé. Se a ambulância demora a chegar, dependendo do caso, o usuário pode ser levado de mototáxi para o HRT.

O ACS narra seus fixos e fluxos junto com o usuário revelando como se dá a produção do cuidado em seu território:

*Lago do Catuá. Aqui tem outras comunidades também, São Lázaro que fica no município de Coari né, São José no município de Coari, tudo aqui é igarapé do Catuá, aqui do Boia mora muita gente que trabalha no plantio de roça e colheita da castanha. Aí a gente sai aqui ó, aí tem a Bela Conquista que fica no outro lado, que fica bem atrás do Catuá, é Solimões, mas é terra firme, pra cá tudo é mato [...] aqui a gente desce num igarapé e sai no Solimões [...] Isso aqui tudo é o Solimões, aqui a gente vem subindo, aqui N. S<sup>a</sup> da Nazaré, São João do Catuá, Benfica onde a colega aqui trabalha né, Porto Nazaré, São Vicente que é outra comunidade que ela também cobre. Aqui já peguemo outras comunidades até nós chegarmos na UBS que é o Caiambé. (ACS da área 10).*

A Comunidade São Francisco Jenipaua também fica na área 10 e é a mais próxima de Caiambé, no entanto, essa proximidade não se traduz necessariamente em fluxos mais rápidos para remoção, devido a especificidades de alguns fixos desta Comunidade, que fica localizada entre igarapés que se formam do Rio Solimões. Os usuários não contam com sinal de telefone e não existe a lancha SOS própria da comunidade. Em função da localização, os fluxos dos usuários são diferentes no período da seca e da cheia. Vemos na figura 26 o mapa falante da outra parte da área 10 onde fica a Comunidade de São Francisco de Jenipaua.

**Figuras 26:** Mapa pela perspectiva da Comunidade de São Francisco de Jenipaua do território da área 10.



Fonte: Agentes Comunitários de Saúde que atuam na área 10, 2019.

Diante de uma demanda de urgência e emergência, o ACS é acionado, porém, como este não dispõe de lancha, precisa emprestar uma canoa rabeta dos comunitários para fazer a remoção. Não se torna vantajoso levar para a Unidade de Apoio Nova Sião onde tem a lancha SOS 40hp, em razão desta Unidade estar localizada dentro do Lago Sião (representado no mapa pelo enorme círculo com as casas ao seu redor) e o percurso de Jenipaua até Nova Sião ser mais longo do que a Caiambé.

No período da cheia, os fluxos a serem percorridos tornam-se mais fáceis, pois o ACS sai de Jenipaua na canoa rabeta com motor de 13hp, passa pelos igarapés que nesse período encurtam o percurso e traz o usuário para Caiambé. Já no período de vazante dos rios, os furos e igarapés são de difícil acesso, obrigando os condutores a “varar” a canoa para se chegar ao rio, ou seja, descer da canoa e arrastá-la, processo que pode levar aproximadamente 25 minutos. Quando os rios ficam extremamente secos, nem a canoa rabeta dá acesso ao Rio Solimões, assim, diante de uma urgência ou emergência, o ACS, juntamente com os familiares e comunitários, atam uma rede em uma longa vara de madeira, acomodam o usuário e o carregam até a margem do Rio Solimões para utilizar a canoa rabeta para irem até ao Distrito de Caiambé. De lá, a equipe faz a gestão do caso para ver a necessidade de encaminhar para o HRT. A narrativa do ACS revela esses fluxos.

*Nem motor rabeta eu tenho. Tenho que emprestar dos vizinhos lá, dos comunitários pra mim levar paciente pro Caiambé e quando tá seco é difícil de a gente ir porque tem que varar a canoa pra chegar no rio né [...]. Não pro Caiambé fica mais... pra varar no rio dá uma meia hora na rabeta, não 25 minutos pro Caiambé dá, numa rabeta, num 13 né, mas por terra, por exemplo, acontece de uma emergência lá, a gente tem que carregar o paciente por terra pra beira do rio (ACS da área 10).*

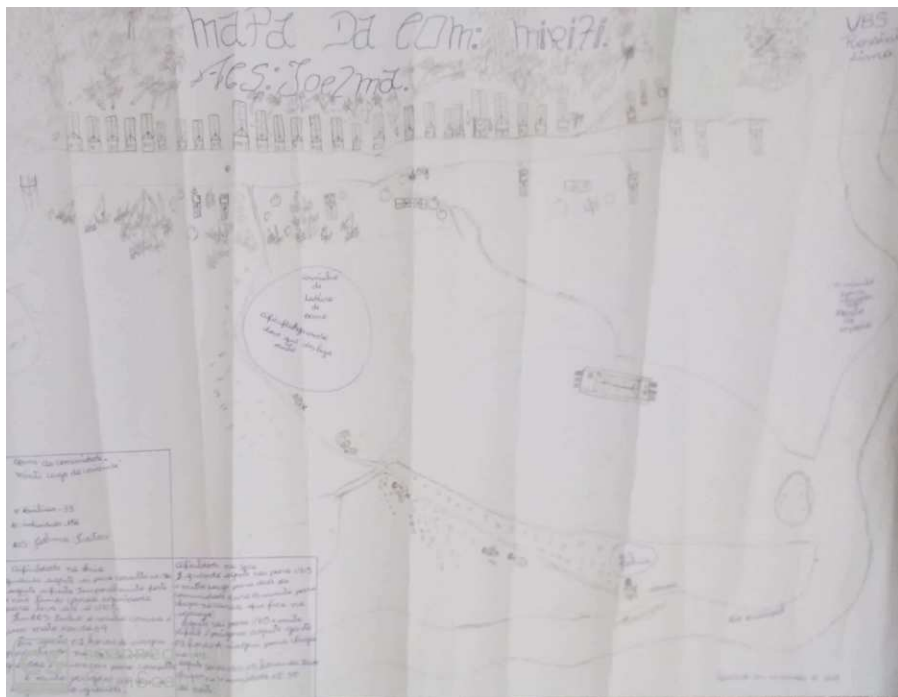
Dessa maneira, embora as duas comunidades pertençam a um único território de saúde, percebemos a partir de seus mapas falantes e narrativas as diferentes possibilidades de fluxos percorridos pelos trabalhadores de saúde e usuários frente à demanda de urgência e emergência, pelos lagos, igarapés, rios, o uso das diferentes embarcações que variam quanto à potência e estrutura, as paradas necessárias, as distâncias medidas em horas de viagem até chegar ao HRT.

Na área 11, no que se refere aos fixos e fluxos desta população em relação às urgências e emergências, destacamos um fixo neste território, que é o Distrito de Caiambé, para o qual geralmente todos os fluxos das comunidades passam e onde fica localizado outro importante fixo, que é a UBS. A seguir, apresentamos os fixos e fluxos de uma das Comunidades da área 11. Esta UBS, que funciona com horário estendido, em decorrência da proximidade das comunidades e Unidade de Apoio, torna-se concretamente um importante fixo de entrada para as urgências e emergências neste território.

A Comunidade Miriti fica localizada entre duas Unidades de Apoio, Severino e Cairara, ficando mais próxima do Cairara no interior do Lago de Caiambé, como podemos analisar no mapa falante da figura 27.



**Figura 27:** Mapa pela perspectiva da Comunidade Miriti no território da área 11.  
Fonte: Joelma Freitas da Silva, 2019.



Fonte: Joelma Freitas da Silva, 2019.

A Comunidade não dispõe de lancha SOS fornecida pela SEMSA, no entanto, existe a lancha na Unidade de Apoio do Cairara, que é referência para Miriti e outra Comunidade. Miriti tem como ACS uma mulher que mandou construir sua própria canoa de 9 metros de comprimento para poder atravessar os grandes Lagos deste território.

Os fluxos a serem percorridos pelos moradores de Miriti diante de situações de urgência e emergência diferenciam-se no período da seca e da cheia. A ACS acionada que organiza a logística e os fluxos da viagem. Como Miriti não tem uma lancha, a primeira coisa que a ACS faz é ver se alguém da família do usuário ou outro comunitário vai até a Unidade de Apoio do Cairara acionar o ACS, onde tem uma lancha com motor de 40hp. Normalmente, Miriti não tem sinal de telefone, tendo que realizar o percurso de canoa rabeta.

Enquanto aguarda a chegada da lancha, a ACS busca resolver outras questões da viagem, como por exemplo, quem da família vai como acompanhante. Quando a

lança chega, já está tudo organizado para seguirem viagem, na qual vai o usuário e seu acompanhante, o ACS da Unidade de Apoio que vai pilotando a lanca e a ACS da Comunidade Miriti. A lanca segue os fluxos pelo Lago de Caiambé até a UBS Rossini Lima. Na seca, esse percurso é feito em uma lanca com motor de 40hp, que leva aproximadamente 3 horas e na cheia o tempo de viagem é de 1 hora e meia.

Em Caiambé, o usuário é avaliado pela equipe da UBS e, caso demande cuidados mais especializados, é estabilizado e encaminhado para o HRT. A partir daí, a remoção é feita pelos técnicos de enfermagem ou dependendo da gravidade do caso vem o enfermeiro ou o médico. Na seca, esse percurso é feito em 1 hora e 40 minutos e na cheia em 45 minutos vindo para a cidade de Tefé.

Caso a UBS consiga solucionar sem precisar encaminhar para Tefé, o ACS aguarda o usuário ser atendido para trazê-lo de volta à sua Comunidade. Caso o Usuário siga para a cidade de Tefé, o ACS retorna para sua Comunidade. Em Caiambé, há sinal telefônico, embora apresente muita instabilidade. Quando está com sinal, a equipe já liga para o HRT enviar a ambulância para o porto. Os técnicos são orientados a acompanhar o usuário até o HRT para repassar as informações necessárias à equipe do Hospital. Caso o usuário não fique internado, o técnico aguarda os procedimentos da equipe e após o término já retornam na mesma lanca.

A ACS narra uma vivência que teve de urgência e emergência, revelando os caminhos que precisou percorrer com o usuário, que na ocasião era seu esposo.

*Tava lá no roçado derrubando aí o pau bateu e aconteceu o acidente, aí os meninos correram, tava na seca, aí meus filhos correram pro Cairara foram chamar o Pedro (ACS do Cairara), custou muito, aí o pessoal lá viram que ele tava sangrando muito e tava desmaiando, aí levaram que desse daqui até o rio, era seco, foi em outubro que aconteceu, aí quando a gente desceu e já ia passando no Cairara o Pedro vinha na lanca, aí embarcamos na lanca era mais ou menos uma hora, tava na seca e tava muito seco mesmo e era só mesmo lama e areia, a gente se encalhamos várias vezes, chegamos lá na UBS era 4 horas, aí de lá eles encaminharam a gente pra vir pra cá pro Regional (HRT) pra bater um raio-x na cabeça dele, lá (na UBS) eles só fizeram mesmo ver e já encaminharam, e costuraram lá também, aí aqui que bateram o raio-x e ficou aqui em observação (ACS da área 11). (Editado em função de alteração de nomes).*

Os fluxos na seca são diferenciados do período da cheia, pois o tempo de viagem é mais longo porque na cheia é possível passar por furos e igarapés, enquanto na seca, a embarcação necessita seguir nas voltas do rio, tendo o cuidado para não encalhar em bancos de areia, lama, blocos de capins que se soltam nesse

período. Na cheia, os fluxos são mais rápidos, no entanto, os lagos e rios ficam mais amplos e a travessia se torna perigosa no período das chuvas e tempestades, pois os banzeiros são muito fortes. Desse modo, uma canoa maior contribuiu para a estabilidade da embarcação nesse período.

No que se refere aos fixos e fluxos da população ribeirinha no território da área 19 acerca das urgências e emergências, descreveremos as Comunidades Icanamã e Santo Antônio do Ipapucu por apresentarem fluxos diferentes.

Na figura 28, o ACS representa a Comunidade Icanamã e as comunidades Nova Jerusalém e São Benedito por terem uma relação cotidiana com a primeira. Icanamã tem como ACS um jovem, conhece muito bem a dinâmica da comunidade por ter nascido e se criado na mesma, o que se refletiu no modo como produziu seu mapa.

**Figura 28:** Mapa pela perspectiva da Comunidade Icanamã do território da área 19.



Fonte: Marcos Moraes, 2019.

No mapa observamos no primeiro quadrado maior, na parte inferior do mapa, o desenho dos fixos da Comunidade Icanamã, sendo as casas representadas nos quadrinhos coloridos, com o nome dos moradores. Ao lado esquerdo, o ACS desenhou as quatro localidades que pertencem a Icanamã, que ficam separadas por igarapés. À frente, desenhou os fixos da Comunidade indígena Nova Jerusalém da etnia Kokama, pois as crianças de Icanãma estudam na escola de Nova Jerusalém. Além disso, no período da seca só se chega a Icanamã caminhando por dentro de Nova Jerusalém. Mais adiante, desenhou os fixos da Comunidade São Benedito, que é depois de Nova Jerusalém a mais próxima e que tem escola que oferece o ensino médio, onde os moradores de Icanamã se deslocam diariamente para estudar. Entre as comunidades desenhou as voltas do Lago de Tefé que dá acesso à cidade de Tefé.

Em Icanamã há energia elétrica do Programa Luz para Todos do Governo Federal, sendo que algumas famílias possuem telefone rural. A comunidade tem um ACS, um parteiro e duas parteiras, um rezador, um consertador de ossos e o presidente. A Comunidade não tem lancha própria para os atendimentos em saúde, sendo assim o ACS utiliza seu próprio transporte, uma canoa rabeta de 5.5hp.

Quando algum comunitário de Icanamã precisa de atendimentos de urgência e emergência no período da cheia, o ACS é acionado. A localização da casa do usuário define o tempo e os fluxos. Se o usuário for de outra localidade, a família pode trazer o usuário para a Comunidade, mas também o ACS pode se deslocar até o usuário na sua canoa. Da Comunidade, o ACS segue com o usuário para a Unidade de Apoio mais próxima, que fica na Comunidade São João do Bacuri, onde tem uma técnica de enfermagem e uma lancha com motor de 40hp. Chegando em Bacuri, a técnica avalia se há necessidade de fazer a remoção para Tefé. De Icanamã até Bacuri, na canoa rabeta 5.5hp do ACS, o tempo é de 30 minutos, e de Bacuri para Tefé na lancha de 40 hp, o tempo é de 20 minutos. Caso o usuário de Icanamã precise ir para a cidade de Tefé utilizando esses dois tipos de embarcações, levará em média 1 hora para fazer esse fluxo no período da cheia.

No período da seca, os fluxos se modificam. O Lago de Tefé seca e não permite que se atraque no porto de Icanamã, sendo necessário atracar no porto de Nova Jerusalém e caminhar uns 15 minutos para chegar a Icanamã. Assim, por exemplo, se algum usuário de uma das localidades demanda atendimento de urgência e emergência, o ACS e os comunitários carregam o usuário em uma rede da localidade para Icanamã. Esse percurso leva aproximadamente 50 minutos. De Icanamã carregam o usuário até o porto de Nova Jerusalém. No período da seca, o Lago de Tefé fica extremamente raso e não permite a utilização de lanchas. Desse modo, o ACS não leva o usuário para a Unidade de Apoio do Bacuri, como faz no período da cheia. A explicação é que não é possível utilizar a lancha porque em frente à comunidade de Bacuri forma uma enorme praia com faixa de lama, o que impede a realização do deslocamento. Diante disso, o ACS, leva o usuário diretamente para a cidade de Tefé

na sua canoa rabeta, num tempo médio de 2 horas.

Na figura 29 temos o mapa falante da Comunidade de Santo Antônio de Ipapuçu, que foi elaborado e apresentado pela sua ACS. Esta comunidade fica localizada dentro de uma ressaca no Lago de Tefé. Vivem nesta comunidade 12 famílias que contam com energia elétrica em suas casas e com a atuação de 01 ACS que reside na própria comunidade. Segundo a ACS, não dispõem de telefones rurais e nem de rezadores, parteiras e consertadores de ossos. Quando precisam dos atendimentos desses cuidadores populares, os comunitários recorrem à Comunidade de Santo Antônio do Bacuri. A comunidade não possui embarcação própria para ser usada nos atendimentos em saúde. Desse modo, a ACS faz uso de sua própria lancha com motor de 15hp.

**Figura 29:** Mapa pela perspectiva da Comunidade Santo Antônio do Ipapuçu no território da área 19.



Fonte: Elisaneide Padilha dos Santos, 2019.

Diante de uma situação de urgência e emergência, os usuários e o ACS disparam e acionam diversos fluxos e fixos na produção do cuidado. Seja na cheia, seja na seca, os fluxos podem ser pelos rios e estradas, mas dependendo dos ciclos dos rios esses fluxos assumem várias direções. Quando é no período da cheia, a ACS prefere fazer o caminho exclusivamente pelos rios, por ser mais rápido e porque no período de chuvas o acesso pela estrada fica mais difícil, já que não é asfaltada.

A ACS vem com o usuário da sua comunidade para a cidade de Tefé, porém, nesse caso não leva para a Unidade de Apoio do Bacuri porque se torna mais distante do que trazer direto para a cidade. Essa remoção é feita na sua lancha de motor 15hp, levando um tempo de 35 minutos. Na seca, com a diminuição do nível de água do Lago de Tefé, a ACS tende a usar um fluxo misto de rios e estradas. Como a comunidade fica dentro de uma ressaca, o rio fica distante na seca, necessitando que os comunitários carreguem o usuário em uma rede por aproximadamente 25 minutos até a canoa rabeta. Colocam o usuário na canoa e seguem para o porto na estrada. Esse percurso leva aproximadamente 30 minutos. Chegando no porto da estrada, que já tem sinal de telefone, liga para a ambulância, tendo ainda que carregar o usuário através de um barranco para chegar até a ambulância para finalmente conduzir até o HRT.

Os fixos e fluxos relacionados à área 21 são diferenciados, especialmente porque neste território temos a atuação da ESFF e a presença da UBSF. Esta se movimenta realizando suas viagens de acordo com os movimentos dos rios. Dessa maneira, por ser uma embarcação de grande porte, consegue sair para as viagens apenas no período de janeiro a setembro, que é o período de maior nível da água dos rios. Nos outros meses, que correspondem ao período da seca, a UBSF fica atracada no Lago de Tefé em frente à cidade que é utilizada como base para outras áreas mais próximas da cidade, como no caso da área 14.

Quando a UBSF não está atuando no território ribeirinho, a população conta com outros pontos de cuidado existentes como as Unidades de Apoio, o ACS e o microscopista, que residem na comunidade, juntamente com as parteiras, rezadores e conhecedores das plantas medicinais que fazem o cuidado. No entanto, quando acontecem situações relacionadas às urgências e emergências, na maioria das vezes o usuário precisa ser encaminhado para o HRT. Vamos conhecer os fluxos de uma das 20 comunidades do vasto território da área 21.

No período da cheia, a Comunidade Santa Maria do Boto fica alagada pelo Rio Curumitá e tem as casas tomadas pelas águas. Já na seca, é tida como uma das Comunidades que apresenta maiores dificuldades de ser acessada. Se observarmos o mapa da figura 30, produzido pelo ACS, notamos que a Comunidade fica localizada distante do Rio Curumitá. Na seca, os furos que dão acesso ao Rio também ficam secos. Assim, a remoção de um usuário desta Comunidade pode ser facilitada ou dificultada por essas especificidades.



**Figura 30:** Mapa pela perspectiva da Comunidade Santa Maria do Boto no território da área 21.



Fonte: Jackson, 2019.

Diante de uma situação de urgência e emergência no período da seca, o usuário faz o seguinte fluxo: da comunidade precisa ser carregado por uma faixa de praia onde antes havia água, passam por ressacas, voltam para faixa de areia até chegar à canoa que fica em um igarapé. Esse percurso é feito a pé. Daí em diante, é preciso “varar” a canoa para o outro lado do rio, ou seja, o usuário fica dentro da canoa e outras pessoas saem para puxar a canoa sobre a terra ou lama até chegar na lancha com motor de 40hp, que é emprestada por um comunitário. Esse fluxo até a lancha pode levar aproximadamente 45 minutos. Nessa lancha, o usuário é transportado para a cidade de Tefé, com percurso médio de 3 horas de viagem. Dificilmente o fluxo segue para a Unidade de Apoio mais próxima, que é no São Tomé do Lago do Pente, pois esta fica bem depois de Santa Maria do Boto. Nesse caso, teria que ir no sentido contrário do caminho da cidade.

Embora tenhamos descrito os fixos e fluxos tão somente de algumas comunidades existentes no território líquido de Tefé, estes revelaram alguns analisadores que são importantes para a discussão do acesso à saúde.

Um dos analisadores que logo se sobressai nos mapas, narrativas e vivências das pessoas que vivem e usam o território líquido de Tefé refere-se à diversidade de fixos e fluxos presentes neste território vivo, pois, como nos lembra Santos (2006a), este território só faz sentido a partir de seu uso cotidiano, expressando as ações e sentimentos humanos que fazem deste um território habitado e vivo.

Dessa maneira, é importante destacarmos que esses fixos e fluxos são muito distintos entre as comunidades, não havendo um único fluxo a ser percorrido. Há Comunidades em que o ACS ou o técnico de enfermagem prefere trazer o usuário direto para a cidade de Tefé, sendo essa escolha fundamentada em diferentes motivos: proximidades ou não dos serviços de saúde, como as Unidades de Apoio, UBS, HRT; a potência do motor da embarcação; disponibilidade de combustível para o profissional de saúde retornar; presença de familiares na cidade de Tefé, onde possam se hospedar para voltar para comunidade no dia seguinte; nível de risco do caso, pois o ACS e/ou técnico avaliam a necessidade de ser encaminhado ou não para Tefé.

Quando olhamos para essa diversidade de fixos e fluxos, Santos (2003, 2006b) compreendemos que cada fixo está interligado a uma rede de interação que lhe dá sentido de existência, por exemplo, a UBS do distrito de Caimabé. Os fluxos são os movimentos, circulação de valores entre os fixos, é resultado da ação humana. A cada fixo diversos fluxos associam-se, como uma rede na qual a cada nó (fixo) conectam-se várias linhas (fluxos). Consideramos que, na busca por entender como o SUS e mais detalhadamente os serviços de urgência e emergência organizam-se em um território, a compreensão dos fluxos estabelecidos tem influência em como uma determinada população tem acesso ao serviço.

Outro analisador observado são os fatores distância e tempo amazônico. Na revisão de literatura, as ideias de distância e tempo percorrida pelos usuários em busca de assistência em saúde prezam pela rapidez e intervenção em tempo ágil e oportuno. Alguns estudos recomendam 20 minutos como tempo ideal para intervenção em situações graves (Borsato & Carvalho, 2020; Dubeux et al., 2013). No estudo de Dubeux et al., (2013), foi observado que o intervalo de tempo referente à apresentação da demanda até a chegada ao hospital para a maioria (64,1%) dos participantes do estudo concentrou-se em 30 minutos.

Na perspectiva deste estudo, os fatores distância e tempo amazônico são medidos em horas, dias de viagem e não em quilômetros, como podemos notar nos mapas falantes. Eles são relativizados e incorporam as especificidades do território ribeirinho, dos modos de vida das pessoas e dos transportes que por ele circulam (Heufemann et al., 2016; Schweickardt et al., 2016a). Assim, distância e tempo estão relacionados com os ciclos dos rios, podendo ser mais rápidas na cheia e mais demorada na seca, com a estrutura e potência do transporte, pois quanto maior a potência da máquina menor é o tempo de viagem e as distâncias são encurtadas, no entanto, isso é proporcional aos custos com combustível.

Nesse cenário, nem sempre é possível seguir os fluxos e planejamentos territoriais estabelecidos pela gestão, pois aqui o fator distância em termos geográficos em diversos momentos torna-se mais importante, já que os fluxos tendem a seguir para os fixos que estão mais perto e que apresentam menor custo, como observamos no caso das Comunidades Jenipaua e Santa Maria do Boto. Resultados parecidos a estes são observados no estudo de Anjos e Albuquerque (2019) sobre trajetos e a circulação daqueles que buscam os serviços de saúde, tomando como ponto de partida os municípios de Iranduba, Manaquiri e Careiro da Várzea, no Amazonas.

Um terceiro analisador que destacamos nesses fixos e fluxos trata do protagonismo do ACS neste território líquido, pois, como percebemos na maioria das vezes, é o primeiro trabalhador de saúde que a família aciona em uma situação de urgência e emergência. Quando acionado assume de imediato a responsabilidade pela gestão compartilhada com o usuário e seus familiares para os fluxos de cada caso. Ele precisa avaliar o melhor fluxo a se fazer e providenciar a embarcação. Caso ele próprio não tenha, mobiliza a comunidade para ofertar o transporte, organiza e define com os familiares quem vai como acompanhante. Na presença de sinal telefônico, já busca contato com algum técnico em uma Unidade de Apoio, como enfermeiros e médicos das ESFR e ESFF ou diretamente com o HRT para agilizar a ambulância.

Nos documentos legais que tratam da saúde, como a PNAB, por exemplo, o ACS situa-se como agente-chave no SUS, especialmente na AB. De acordo com Garcia et al. (2017); Guimarães et al. (2020), como as equipes de saúde completas não ficam o tempo todo atuando nas comunidades, os ACS são acionados com frequência pelos ribeirinhos pelo fato de muitas vezes serem os únicos profissionais de saúde presentes na comunidade. Além disso, este trabalhador se torna o principal elo entre a comunidade e as equipes de saúde, pois é ele que está presente no cotidiano das casas ribeirinhas, vivencia junto com a comunidade os principais problemas de saúde e sociais, é aquele que mais próximo acompanha a ausência do Estado e das políticas públicas dos serviços que não chegam ou demoram a chegar na comunidade e também tem o privilégio de ser um dos primeiros a perceber as mudanças quando as políticas públicas se mostram eficazes.

Dessa maneira, o ACS que atua em território ribeirinho na Amazônia, diferentemente dos que atuam nos centros urbanos, dispõe de conhecimentos e habilidades para suas práticas cotidianas em saúde que não estão preconizados na PNAB e nem disponibilizados em cursos de capacitações. Estas habilidades e conhecimentos são intrínsecos ao seu modo de vida também como ribeirinho, pois a maioria dos ACS nasceu e se criou em comunidades ribeirinhas, tendo os rios e a floresta vivos em suas práticas.

Entre tais habilidades e conhecimentos destacamos a necessidade de o ACS conhecer os “*sinais*” que a natureza dá (calor, intensidade de chuvas, níveis dos rios, a cor das águas, a quantidade de folhas, galho e tronco nos rios e o sentido em que eles estão correndo, entre outros) e relacionar com os ciclos do rio para saber quando

“*tá dando águas nos furos*” e assim melhor direcionar sua assistência (Heufemann *et al.*, 2016). Sua atuação em um território líquido requer ainda compreensão do funcionamento das variedades de motores presente neste território, especialmente as canoas rabetas, por serem as mais utilizadas pelos ACS. Assim, conhecem a potência do motor, o tamanho da canoa recomendado para cada motor e para as características dos rios que navegam, o tipo de óleo que consomem e a quantidade de gasolina necessária para conseguir fazer as remoções.

Temos ainda como analisador a classificação de risco em situações de urgências e emergências nas comunidades ribeirinhas. A classificação de risco em todos os pontos da RAS é recomendada em diversos documentos que tratam da saúde no nosso país (Brasil, 2009; Brasil, 2011a). Para Cecílio *et al.* (2014), este tipo de avaliação é imprescindível na acolhida do usuário e tem como finalidade priorizar os atendimentos aos usuários de acordo com seu risco clínico e não por ordem de chegada, fazendo uso de protocolos de classificação de risco, seguro e validado por equipes capacitadas para definir o nível de gravidade.

No Brasil, o modelo de classificação de risco mais usado e incentivado pelo Ministério da Saúde é o Sistema Manchester, onde para cada categoria foi atribuído um número, uma cor e um nome, além do tempo aceitável para a primeira avaliação médica (Oliveira *et al.*, 2018). Assim, em uma ordem de gravidade a cor vermelha para emergências que necessitam de atendimento imediato, com prioridade 0, laranja corresponde casos muito urgentes e requer atendimento em até 10 minutos, o amarelo para urgências com atendimento em até 1 hora, verde para aqueles casos avaliados como pouco urgente, onde devem ser atendidos em até 2 horas e o azul considerado não urgente, com atendimento em até 4 horas (Oliveira *et al.*, 2018; Sampaio *et al.*, 2016). Dessa maneira, os autores ressaltam que diante de um caso clínico de urgência e emergência, o primeiro passo a ser tomado é exatamente realizar a classificação de risco do usuário, pois a depender de suas condições clínicas pode se vislumbrar diversas condutas e procedimentos a serem adotadas.

Com base em nossos estudos acerca da literatura sobre classificação de risco questionamos: Olhando para o território ribeirinho de Tefé seria possível usar o Sistema Manchester? Caberiam outros sistemas de classificação que levassem em consideração a realidade deste território? Pelos resultados e informações que esta pesquisapesquisa produziu nos arriscamos a responder que o primeiro questionamento seria pouco provável.

Em momento algum surgiu nos mapas falantes, narrativas e encontros com os trabalhadores das equipes da ESFR e ESFF menção ao Sistema Manchester, isso não quer dizer que não haja nenhuma classificação das urgências e emergências nas comunidades, contudo elas incorporam outros aspectos e especificidades que vão além do caso clínico em si.

Nesse sentido, necessariamente a primeira classificação de risco acontece na

comunidade. Como a maioria destas não tem sinal de telefone para contatar o enfermeiro ou médico, essa primeira avaliação pode ser feita na figura do ACS, da parteira, rezador, consertador de ossos e conhecedores das plantas medicinais, pois, se o usuário precisar ser removido para uma Unidade de Apoio, UBS ou HRT, dificilmente fará o percurso em menos de 1 hora como prevê o Sistema Manchester para atendimentos de urgências. Assim, precisará de algum tipo de intervenção ainda na comunidade.

Percebemos que para essa primeira classificação, as comunidades tendem a avaliar a gravidade do caso que gerou a urgência e emergência. Assim, entendem como casos de urgências e emergências acidentes com animais peçonhentos, acidentes por quedas de árvores, cortes por instrumentos de trabalho, como machados, motosserras, hélices e lâminas, por exemplo, urgências e emergências atreladas ao mundo do trabalho dos ribeirinhos. Já em outras situações, como ferradas de arraias, foram unânimes em relatar que não fazem remoção, pois conhecem plantas que aliviam as dores rapidamente.

A classificação de risco leva em consideração ainda o turno em que o usuário demandou a urgência e emergência, se durante o dia ou à noite. Mesmo se tratando de urgência e emergência, o fato de a viagem acontecer à noite também apresenta arranjos diferenciados entre as comunidades. Algumas realizam as remoções em qualquer horário. Outras evitam fazer as viagens à noite por diversos motivos, principalmente aqueles relacionados aos ciclos hidrológicos dos rios. Na seca, os perigos para a navegabilidade são decorrentes de bancos de areias, troncos de árvores, redemoinhos, colisões com outras embarcações e encalhamento. No período da cheia, pelo volume de água dos rios e lagos, as chuvas e temporais são mais intensos, ocasionando fortes banzeiros, presença de troncos de árvores que ficam encobertos pelas águas, o que pode ser agravado pela falta de holofotes nas embarcações, pois facilitam a visibilidade. Nesse sentido, conforme avaliação e monitoramento do caso, a comunidade pode esperar amanhecer o dia para fazer a remoção.

Dessa maneira, este estudo pode contribuir para futuras discussões sobre sistemas de classificação de risco para os territórios ribeirinhos de Tefé. Estes precisam ser discutidos, construídos e validados coletivamente, envolvendo gestão, trabalhadores de saúde e os moradores das comunidades. Além disso, um sistema de classificação voltado para os territórios ribeirinhos deve respeitar e levar em consideração as singularidades e realidades (localização da comunidade, presença de sinal telefônico, estrutura e potência da embarcação, tempo de viagem ao serviço de saúde mais próximo, período dos ciclos dos rios) destes territórios que se diferenciam entre as comunidades já apontadas neste trabalho. Assim, vê-se a necessidade de incorporar nestes sistemas a sabedoria e conhecimentos daqueles que na comunidade fazem as primeiras intervenções, bem como a importância de complementar com capacitações junto à comunidade sobre os manejos das urgências e emergências neste território. Para este território, a gestão do cuidado precisa ser avaliada constantemente a partir dos fatores descritos acima.

## Das canoas e rabetas à unidade básica de saúde fluvial: as embarcações como dimensão do acesso em saúde no território líquido de Tefé

*Vou remando nas águas barrentas do rio, vou [...]  
 Eu e minha canoa, história de amor.  
 Vou pescar esperança, seja onde for [...] Remar é preciso...”,  
 “Vai um canoeiro, nos braços do rio [...]  
 Já vai canoeiro, nas curvas que o remo dá, já vai canoeiro [...]  
 Enfrenta o banzeiro nas ondas dos rios.  
 E das correntezas vai o desafio, já vai canoeiro [...].*

### **Toadas dos Bois Garantido e Caprichoso.**

As embarcações na Amazônia, enaltecidas pelas toadas dos Bois Garantido e Caprichoso de Parintins, mostra a importância das canoas no território líquido da Amazônia. A maioria desses estudos se concentra na área da geografia, destacando a importância dessas embarcações para o setor de transporte na região, integração territorial, suas técnicas de construção e principalmente sua importância para o desenvolvimento econômico entre as cidades da Amazônia (Ferreira, 2016; Queiroz, 2019; Soares & Filho, 2014). Com a implantação das UBSF a partir de 2012, surgiram na área da saúde pesquisas sobre essa nova estratégia de cuidado, destacando especialmente os processos de trabalho da ESFF e ampliação do acesso proporcionado pela embarcação que comporta as UBSF (El Kadri *et al.*, 2019; Figueira *et al.*, 2020; Lima *et al.*, 2016).

Identificamos uma escassez de estudos que abordem o uso das diversas modelagens de embarcações pelos ribeirinhos no acesso à saúde, principalmente nas situações de urgências e emergências. Desse modo, por compreendermos a importância da diversidade de embarcações e arranjos que são feitos por quem trabalha e vive cotidianamente nesse território líquido, trazemos para análise as embarcações como dimensão do acesso em saúde, especialmente em um estudo que fala sobre o acesso às urgências e emergências.

Para quem não tem a vivência nessas embarcações e para auxiliar na compreensão, recorreremos aqui às fotografias com os diferentes tipos de embarcações que são utilizadas para produzir cuidado e acesso em saúde para a população ribeirinha no município de Tefé. As fotografias foram feitas no decorrer dos fluxos das pesquisadoras in-mundo, no acompanhamento em ato do processo de trabalho dos profissionais de saúde e nos encontros com os ribeirinhos neste território líquido. As embarcações fotografadas e que trazemos para análise foram as seguintes: canoas rabetas, lanchas de pequeno porte, barcos de grande porte, Ajato e UBSF. As fotografias das embarcações citadas foram complementadas com as narrativas dos ACS, com o intuito de imprimir sentidos às imagens. Como essas embarcações aparecem no cotidiano do cuidado em saúde? Quais aspectos



sociais, econômicos e culturais estão envolvidos no uso dessa embarcação? Qual a importância e como se dá o uso destas de acordo com os ciclos dos rios? A canoa rabeta é uma embarcação de pequeno porte, feita de madeira, com uma quilha na parte de trás para auxiliar na direção. Recebe esse nome porque dispõe de motor de popa geralmente de 5hp com um eixo de aproximadamente 2 metros e pequena hélice na ponta, como se fosse um rabo que se movimenta de um lado para o outro, daí o nome rabeta (Situba & Santana, 2017; Trindade & Júnior, 2012). Nas figuras 31 e 32 podemos observar as canoas rabetas. A fotografia da figura 31 foi feita de dentro da lancha quando estávamos nos deslocando pelo Lago de Tefé na companhia de parte da equipe da ESFR que atua na área 14. Na ocasião, estávamos acompanhando seu processo de trabalho na microárea das casas flutuantes. Na figura 31, temos duas canoas deslocando-se entre as casas flutuantes no Lago de Tefé. Na polpa das canoas, vemos as rabetas sendo manuseadas pelos condutores. Notamos ainda que as duas canoas apresentam tamanhos variados, o que implica para mais ou para menos na capacidade de carga, consumo de gasolina, velocidade e tempo de viagem.

**Figura 31:** Canoas rabetas deslocando-se entre as casas flutuantes no Lago de Tefé.



Fonte: Fabiana Mânica Martins, 2019.

O registro fotográfico da figura 32 foi realizado do segundo andar da embarcação da UBSF em uma das nossas viagens com a ESFF. Vemos na fotografia uma família ribeirinha chegando na sua canoa rabeta (à esquerda da fotografia) para ser atendida pela ESFF que estava embarcada na UBSF, na comunidade do Turé pertencente à área 21. Além disso, observamos na fotografia elementos

que são indispensáveis para quem usa esse tipo de embarcação, como a caixa de isopor para armazenamento de água, o remo que auxilia no direcionamento, um tecido que geralmente é um tapete ou toalha para ser forrado nos bancos, o galão com gasolina e uma sombrinha para auxiliar na proteção do sol e chuva, pois este tipo de embarcação, na maioria das vezes, não tem cobertura.

**Figura 32:** Família ribeirinha chegando em sua canoa rabeta para ser atendida pela UBSF na Comunidade do Turé, na área 21.



Fonte: Josiane Medeiros, 2019.

As canoas rabetas aparecem no cotidiano do cuidado em saúde, especialmente do trabalhador de saúde e do usuário, de diferentes modos. Na pessoa do ACS, esse tipo de embarcação é usado para visitas domiciliares que exigem o deslocamento entre comunidades e localidades. Eles utilizam a canoa rabeta também para virem à cidade de Tefé pelo menos uma vez ao mês para realização de atividades relacionadas ao seu trabalho, como planejamento, entrega de documentos, participação em curso e encontros de EPS. Quando a UBSF está em alguma comunidade, os usuários das localidades próximas usam as canoas rabetas para chegarem à UBSF.

As canoas rabetas também se fazem presente em situações de urgência e emergência, seja para transportar a parteira que não mora na comunidade da

grávida, para acionar uma Unidade de Apoio e providenciar uma embarcação mais potente, seja para trazer um usuário de uma localidade para uma comunidade, ou mesmo na remoção direta para a cidade de Tefé. Os tamanhos das canoas rabetas variam bastante, mas as utilizadas pelos ACS que atuam nos territórios ribeirinhos tendem a ser maiores devido à necessidade de atravessar os grandes rios e lagos de Tefé, este último com histórico de apresentar intensos banzeiros, principalmente durante tempos de ventos e chuvas. Quando algum usuário precisa ser transportado nas canoas rabetas, ele vem deitado no estrado da canoa, que é uma espécie de piso que proporciona maior estabilidade, como podemos ver na figura 32.

O uso das canoas rabetas envolve aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais que contribuem para o seu maior uso pela população ribeirinha, inclusive na busca pelos serviços de saúde. Os materiais envolvidos na produção de uma canoa, excluindo os pregos, são em sua maioria coletados diretamente da floresta, não precisando importá-los, como por exemplo, no caso do alumínio utilizado nas lanchas. Desse modo, o investimento maior ocorre na compra da rabeta.

As canoas são produzidas pelos próprios ribeirinhos e envolvem o trabalho manual e ferramentas com baixas tecnologias, com conhecimentos passados oralmente e nas vivências entre as gerações (Souza *et al.*, 2019). Em vários momentos nas nossas andanças, nos deparamos com canoas sendo feitas no quintal de uma casa ribeirinha ou no passeio de uma casa flutuante.

Os aspectos acima estão relacionados com a dimensão econômica no uso das canoas rabetas. Devido ao fato de os materiais serem mais acessíveis aos ribeirinhos, a produção da canoa ser feita por eles mesmos, o custo da rabeta é mais em conta do que a máquina de uma lancha, elas consomem menos gasolina do que outras máquinas, sua manutenção é menos onerosa e o manuseio da rabeta é mais simples. Assim, possuir uma canoa rabeta torna-se mais acessível economicamente para a maioria das famílias ribeirinhas.

No que se refere ao uso das canoas rabetas de acordo com os ciclos dos rios, estas são usadas tanto no período da cheia quanto na seca. No entanto, assumem um protagonismo maior no período da seca em razão de diversos fatores. Um dos principais que destacamos é que na seca os rios tendem a ficar rasos, além dos furos e igarapés secarem. Desse modo, as canoas rabetas acabam sendo a embarcação que consegue navegar nessas condições, com menores dificuldades de encalhamento, por exemplo. Além disso, por serem embarcações mais estreitas e sem coberturas facilitam a manobra nas curvas dos rios que se formam no período da seca. Por último, ressaltamos uma característica da rabeta que facilita seu uso na seca, que é o fato do eixo da rabeta ficar no sentido horizontal às águas, com isso o condutor consegue levantar e abaixar o eixo rapidamente para não bater na terra, tronco de árvores, bancos de areia, evitar de enrolar a hélice em redes de pesca, além do que, basta retirar o eixo da água para que a embarcação perca a velocidade. Nessas

condições, diante de uma situação de urgência e emergência no período da seca, as canoas rabetas são geralmente as embarcações utilizadas nas remoções.

Para quem não é familiarizado com o território líquido amazônico pode ter a compreensão equivocada de que navegar de canoa é sinônimo de atraso, de que essas pessoas não estão “*integradas à globalização*”. Contudo, o que este estudo produziu vai na contramão desse pensamento, já que o uso das canoas rabetas está relacionado às condições sociais, econômicas e culturais dos ribeirinhos e não a um modernismo, até porque diante de uma grande seca pouco lhe vai servir dispor de uma lancha grande e veloz se esta não consegue navegar. Assim, as canoas rabetas são usadas para atender as necessidades concretas dessas populações, incluindo suas necessidades em saúde.

Uma segunda modalidade de embarcação fotografada foram as lanchas de pequeno porte. Estas são construídas em material de alumínio que deixa a embarcação leve, facilitando o seu deslize sobre as águas, variando bastante em suas características físicas e potências. Estruturalmente podem ou não ter cobertura, paredes, bem como apresentam diferentes tamanhos. Conforme Queiroz (2019), em relação à potência, o motor pode ser de Baixa /Média Potência com até 175 HP, podendo ser até 20 vezes mais potente do que as rabetas, configurando-se como uma embarcação veloz. Nas figuras 33 e 34, visualizamos este tipo de embarcação.

**Figura 33:** Trabalhadores da ESFR usando a lancha de pequeno porte para acessar a Comunidade Icanamã na área 19, no período da seca.



Fonte: Fabiana Mânica Martins, 2019.



Na figura 33, temos parte da ESFR que atua na área 19 usando a lancha de pequeno porte. Na ocasião, a equipe foi à Comunidade Icanamã conversar com os comunitários sobre o processo de seleção para o novo ACS. A viagem ocorreu no mês de setembro, período em que os rios estão secos, mas permitiu o deslocamento na lancha, embora com dificuldade, pois tivemos que atracar no porto da Comunidade indígena Nova Jerusalém e caminhar até Icanamã. Na fotografia, vemos a lancha coberta, lonas nas laterais que podem ser baixadas durante uma chuva, assentos com encostos e sistema de direção na frente.

**Figura 34:** Lancha de pequeno porte servindo como apoio na UBSF.



Fonte: Josiane Medeiros, 2019.

Na figura 34, também mostra uma lancha de pequeno porte, contudo, apresenta características diferenciadas da figura 33. Nesta, a lancha não é coberta, os assentos não têm encosto e o sistema de direção dá-se diretamente no guidão da máquina, que geralmente para o tamanho dessa embarcação é um motor de 15 ou 30hp. Esse tipo de embarcação com essas características, é chamada popularmente de balieira e voadeira, por aparentar voar sobre as águas devido à sua leveza e velocidade.

São as lanchas de pequeno porte que estão disponíveis nas Unidades de Apoio, lanchas que se assemelham com a da figura 33 com motor de 40hp. Estas lanchas foram implantadas juntamente com as Unidade de Apoio distribuídas nas 5 áreas ribeirinhas e são destinadas para os atendimentos relacionados às urgências e emergências, tendo que ficar na comunidade onde a Unidade de Apoio está instalada. Além das lanchas destinadas às Unidades de Apoio, a SEMSA possui outras como a da figura 33, utilizada no cotidiano das ESFR, seja para o deslocamento até a comunidade, seja para o transporte de insumos e equipamentos.

A embarcação do tipo que aparece na figura 34 é bem comum nas comunidades ribeirinhas e depois da canoa rabeta é a mais usada pelos ACS no seu processo de trabalho e pelos usuários. Quando a UBSF sai para as viagens, leva uma lancha de pequeno porte como apoio, e essa é usada frequentemente pela tripulação e pela equipe. Como a UBSF é uma embarcação de grande porte, alguém da tripulação precisa ir na frente com a lancha pequena verificando os caminhos para sinalizar ao comandante da UBSF se esta consegue ou não passar. A lancha de apoio é usada também para a tripulação pegar água em alguma comunidade que dispõe de poço para abastecer a UBSF quando a água que é trazida de Tefé não é suficiente. Pode ser usada ainda para parte da equipe deslocar-se até Tefé para pegar algum material que porventura a equipe esteja precisando no seu processo de trabalho. Na figura 33, aparece a lancha de apoio da UBSF, quando no momento do registro fotográfico ela estava funcionando como complemento da ponte da UBSF para a comunidade.

As lanchas de pequeno porte podem ser compradas em Manaus ou produzidas em alguns dos estaleiros navais de Tefé. Em função dos materiais, da potência da máquina, os serviços do estaleiro deixam esse tipo de embarcação bem mais custoso do que uma canoa rabeta. Além disso, consome bem mais gasolina e óleo específico de acordo com a potência do motor. A manutenção desse tipo de lancha também se torna mais onerosa.

Esse modelo de embarcação apresenta facilidade para deslocamento na cheia e maiores dificuldades na seca. O uso dele na cheia é facilitado porque nesse período os furos e igarapés estão cheios, fundos e largos, funcionando como atalhos, dando passagens a rios e lagos, encurtando o tempo de viagem, principalmente diante de uma situação de urgência e emergência. Conduzir as lanchas de pequeno porte nesse cenário é mais fácil do que as canoas rabetas, por conta das especificidades de cada embarcação. Já na seca, as lanchas apresentam dificuldades, pois o eixo do motor fica no sentido horizontal na água, chocando-se facilmente no fundo dos rios e lagos.

Uma modelagem de transporte que surgiu no cotidiano dos ribeirinhos e que também é usada de alguma forma para atenção em saúde são as lanchas de grande porte, também chamado de Ajato ou expresso, em alusão à ideia de rapidez e velocidade. O Ajato tem motor acima de 400HP, o que possibilita uma velocidade maior que outras embarcações. As viagens são intermunicipais e interestaduais (Queiroz, 2019).

**Figura 35:** Lancha Ajato vista por fora deslizando sobre as águas do Rio Solimões com destino à Tefé.



Fonte: Josiane Medeiros, 2019.

Observamos a estrutura por fora da lancha Ajato deslizando rapidamente sobre as águas barrentas do Solimões e ao fundo visualizamos a linha constituída pelas árvores da Floresta Amazônica, formando um contínuo de água, floresta e céu. A fotografia foi tirada de dentro do barco recreio em que estávamos no momento em que a lancha ultrapassou o barco. Ambos estavam indo para Tefé.



**Figura 36:** Lancha Ajato vista por dentro.



Fonte: Fabiana Mânica Martins, 2019.

Na figura 36, observamos a estrutura interna desse tipo de embarcação, que se assemelha à de uma aeronave, tanto na estrutura quanto no serviço de bordo. Esse registro fotográfico aconteceu durante nossa terceira viagem a Tefé. Esse tipo de embarcação possui dois tipos de compartimentos. O primeiro é destinado exclusivamente para a acomodação das bagagens, e o segundo para os passageiros e tripulação. Este último é fechado por vidraças, equipado com poltronas, aparelhos de TV, cabine do comandante, cozinha e dois banheiros. Todo o ambiente possui refrigeração de ar-condicionado e sistema de som. Diferentemente dos barcos de grande porte, os Ajatos só transportam passageiros e suas bagagens, com capacidade de aproximadamente 150 passageiros.

Na parte traseira fica disposta uma espécie de sofá cama, local que geralmente vêm acomodados os usuários em remoção para acompanhamento de saúde em Manaus, por ser mais confortável e pelo fato de ser a parte da lancha que menos balança no banzeiro. Quando estávamos retornando a Manaus, a bordo do Ajato, vinham dois usuários do SUS. Um rapaz que apresentava uma fratura na perna e uma criança com problema de insuficiência renal que estava indo para Manaus em decorrência de consultas para um transplante de rins. Ambos estavam sendo assistidos por uma técnica de enfermagem que trabalha na SEMSA.

Pela estrutura e rapidez no percurso Tefé-Manaus, se comparado com os outros tipos de embarcação, a viagem na lancha Ajato é mais cara economicamente para os ribeirinhos. As passagens compradas no período desta pesquisa custaram R\$300,00 cada trecho, sendo esses valores pouco acessíveis às famílias ribeirinhas. Como observou Queiroz (2019), a tripulação atende geralmente os passageiros constituídos por profissionais liberais, comerciantes e funcionários públicos.

Outra modelagem de embarcação que funciona como dimensão no acesso à saúde dos ribeirinhos são os barcos de grande porte, conhecidos também como recreio. Estes são um dos principais meios de transporte na região amazônica (Fernandes & Fernandes, 2016). Geralmente são construídos a partir de uma combinação de materiais como madeira, ferro, aço, fibra de vidro e alumínio. Podem ser constituídos de vários andares, onde no primeiro andar fica a parte administrativa do barco, a cozinha e as diversas cargas. Os andares superiores são destinados para acomodação dos passageiros, onde ficam os camarotes, que são pequenos quartos com camas e ar-condicionado. Entre tripulação e passageiros, esse tipo de embarcação transporta aproximadamente 600 pessoas.

**Figura 37:** Barco recreio atracado no Porto do Roadway.



Fonte: Fabiana Mânica Martins, 2019.

No centro da figura 37, vemos um barco recreio atracado no porto do Roadway em Manaus. A fotografia foi feita no momento em que nós caminhávamos para o referido barco, pois foi neste que nos deslocamos na nossa segunda viagem a Tefé. Este é constituído por 4 andares e sua estrutura é toda em ferro. No 1º andar, também chamado de convés, fica a parte administrativa do barco, na parte traseira fica uma enorme cozinha com fogões onde são preparadas as comidas a serem servidas durante a viagem e é nesse piso que fica o porão, onde são armazenados todos os tipos de produtos, como mercadorias a serem vendidas nos comércios locais, materiais de construção, materiais hospitalares, frutas, verduras, eletrodomésticos e até motocicletas. Não é muito confortável neste andar devido ao barulho que vem da máquina e do fluxo intenso de pessoas organizando as cargas.

Já o 2º e 3º andar são destinados para acomodação dos passageiros. Nesses andares ficam os camarotes, que são pequenos quartos com camas e ar-condicionado, no entanto, por serem mais acessíveis economicamente, a maioria dos passageiros viaja nos saguões, onde atam suas redes coloridas ocupando praticamente todos os espaços, ficando livre apenas um pequeno corredor nas laterais para o ir e vir dos passageiros. É no 2º andar, na parte de trás, que fica o refeitório onde são servidas as três refeições (café da manhã, almoço e jantar). Já no 4º andar ficam dispostas cadeiras e mesas e é destinado como área de lazer. É nesse espaço que se tem uma vista privilegiada da paisagem.

Os barcos recreios são utilizados como dimensão do acesso à saúde, especialmente para duas finalidades. A primeira refere-se ao transporte dos materiais, produtos e insumos para atenção à saúde transportados de Manaus para Tefé. Por meio dessa modelagem de embarcação chega a Tefé chegam materiais tais como: equipamentos hospitalares, como os enormes cilindros de oxigênio, máquinas para diferentes finalidades em saúde, lâminas para coleta de sangue e medicamentos.

A segunda finalidade que destacamos diz respeito ao fato de que são nos barcos recreio que os ribeirinhos mais viajam a Manaus para atendimento em saúde, por serem mais acessíveis economicamente. O barco conveniado com a gestão da SEMSA disponibiliza as passagens para os usuários que tiveram o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) liberado, especialmente para atendimentos eletivos em saúde. Entre as duas modelagens de embarcação fotografadas, que fazem o percurso Manaus-Tefé-Manaus, os barcos recreios são os que levam mais tempo de viagem para fazer esse percurso. Por esse motivo, as remoções de urgência e emergência pouco são feitas de barco, sendo os atendimentos eletivos mais frequentes.

Os barcos recreios que fazem linha para Tefé viajam durante o ano todo, tanto na cheia quanto na seca, pois os Rios Solimões e Negro que percorrem não secam o suficiente para impedir as viagens. O percurso de Manaus a Tefé no barco que usamos foi de 40 horas, pois saímos na segunda às 16 horas e chegamos na manhã de quarta às 9 horas. Contudo, o tempo de viagem Manaus-Tefé-Manaus varia bastante devido ao tamanho da embarcação, a potência do motor, a carga e a

correnteza dos rios. No período da seca, as viagens são mais demoradas pelo fato do condutor precisar desviar de bancos de areia que se formam nessa época e a correnteza fica mais forte, reduzindo a velocidade do barco.

**Figura 38:** Unidade Básica de Saúde Fluvial de Tefé atracada no porto da Comunidade Piruruáia, na área 21, aguardando para receber os comunitários.



Fonte: Josiane Medeiros, 2019.

Ficou claro para nós a importância dos barcos de grande porte, pois estes transportam de tudo. Nessa perspectiva, o trabalho de Nogueira (2014) sobre os mapas mentais dos comandantes de embarcações, no Careiro da Várzea-AM, também destacou a importância dos barcos. Levam peixes, frutas, verduras, farinha, mercadorias a serem vendidas nos comércios e até os produtos comprados pela internet só chegam de barco. Transportam oxigênio, os remédios produzidos nos grandes laboratórios, mas também levam as folhas de plantas, cascas de paus, raízes e garrafadas produzidas pelos ribeirinhos. Levam outros tipos de embarcação e meios de transporte, como as pequenas canoas no reboque, as rabetas e motocicletas compradas em Manaus. Também carregam passageiros que vão fazer compras, visitar os familiares e realizar atendimento em saúde.

Por último, temos a UBSF como mais uma embarcação que funciona como dimensão do acesso à saúde no território líquido de Tefé. A embarcação que corresponde à UBSF é de grande porte, construída em ferro e possui dois andares. É adaptada tanto para a realização dos atendimentos quanto para acomodação da equipe de saúde e da tripulação, contando com os seguintes ambientes: O primeiro andar tem sala de espera, sala de procedimentos, sala de vacina, consultórios médicos, odontológicos e de enfermagem, laboratório, farmácia, sala para material de limpeza, lavanderia e banheiros. No segundo andar, a embarcação dispõe de comando, camarotes para acomodações da equipe de saúde e tripulação, banheiros, copa, cozinha e refeitório. Além disso, a UBSF conta com uma pequena embarcação para apoio da equipe.

A fotografia da figura 38 foi feita em uma de nossas viagens embarcadas com a ESFF e nela vemos a UBSF denominada Vila de Ega atracada no porto da comunidade de Piraruiaia no Rio Tefé, que é a segunda mais próxima em relação à cidade de Tefé. Observamos que a UBS está atracada com facilidade no porto da comunidade devido aos rios estarem cheios. Ao lado da UBSF temos outras duas embarcações menores, uma canoa rabeta pertencente a um morador da comunidade e a lancha voadeira usada como apoio com uma pessoa da tripulação na proa.

**Figura 39:** Ribeirinhos caminhando para serem atendidos na Unidade Básica de Saúde Fluvial na Comunidade do Turé, área 21.



Fonte: Josiane Medeiros, 2019.



O registro fotográfico da figura 39 mostra a UBSF por outra perspectiva na comunidade do Turé. Nela, temos os ribeirinhos caminhando para serem atendidos na UBSF, vemos ainda as canoas rabetas que foram usadas para os ribeirinhos se deslocarem de suas localidades para a comunidade do Turé enfileiradas, pois já sabiam com antecedência que a UBSF estaria ali.

A UBSF movimenta-se realizando suas viagens de acordo com os movimentos dos rios. Dessa maneira, por ser uma embarcação de grande porte, consegue sair para as viagens apenas no período de janeiro a setembro, que é o período de maior nível da água dos rios. No período da cheia, a UBSF viaja pelos Rios Tefé e Curumitá parando em todas as comunidades da área 21, da mais próxima, que é Turé, até a mais distante, que é Vila Moura. Já nos outros meses, que correspondem ao período da seca, ela não consegue viajar, tendo que ficar ancorada em uma parte mais funda do Lago de Tefé em frente à cidade, servindo de base para outras ESFR. Como destacou Kadri et al. (2019), esta estrutura é capaz de atender às principais demandas de atendimentos da população, garantindo a assistência e ampliando o acesso à saúde dos ribeirinhos.

Nesse sentido, a partir das nossas fontes e imersão no território, percebemos uma diversidade nas modelagens das embarcações utilizadas para o transporte sanitário e acesso em saúde, formando um verdadeiro arsenal de ações ofertadas, além de agregar um componente importante ao cuidado (Lima et al., 2016). Existem Comunidades que têm as lanchas SOS com motor de 40HP instaladas nas Unidades de Apoio pela SEMSA, justamente com a finalidade de uso para as urgências e emergências. Em outras comunidades não têm a lancha de 40HP, mas o ACS tem sua própria lancha que pode variar entre 15 a 50HP. Em outras, os fluxos são feitos de canoa rabeta, que pode ser do próprio ACS ou de algum comunitário. Essas características referentes às modelagens de embarcações, como o formato e tamanho, a potência do motor, capacidade de carga fazem uma grande diferença quando nos referimos às urgências e emergências no cenário amazônico. Tais características também foram percebidas no trabalho de Anjos e Albuquerque (2019).

Sobre a questão dos motoristas, pilotos e comandantes das embarcações, também há diferenças entre as comunidades, pois os motoristas não são contratados pela SEMSA. Assim, em uma situação de urgência e emergência, o ACS ou o técnico de enfermagem, normalmente do sexo masculino, tende a dirigir a lancha simultaneamente à responsabilidade de dar assistência ao usuário. Quando os ACS ou técnicos são do sexo feminino, geralmente quem dirige as lanchas são os cônjuges ou familiares do profissional, alguém da família do usuário ou outro comunitário. No entanto, quando a viagem é feita de canoa rabeta a tendência é que as mulheres pilotem.

Nesse território líquido, a pessoa que pilota a embarcação assume um papel muito importante, seja no período da cheia, seja da seca, pois exige habilidade



de navegabilidade, de acordo com cada ciclo dos rios, especialmente à noite e conhecimento dos igarapés e dos furos que encurtam as viagens no período da cheia.

Sobre essas habilidades, Nogueira (2014) diz que os comandantes das embarcações dispõem de conhecimento das rotas que percorrem, localizam-se e orientam-se a partir de suas experiências com os lugares por onde circulam e vivem cotidianamente. Dessa maneira, a autora fala sobre os mapas mentais que esses comandantes organizam para fazerem suas viagens. Por meio dos seus mapas mentais, eles sabem exatamente se determinado igarapé está com profundidade e largura suficientes para navegar, sabem em que período os furos estão dando passagem, conhecem a época do ano em que os barrancos podem estar encobertos pelas águas e os bancos de areia que surgem e desaparecem no meio dos rios, implicando obstáculos perigosos. A autora ressalta que esses mapas mentais e suas representações no território líquido da Amazônia não podem ser fixos, pois a cada cheia e seca tudo se movimenta.

Para quem não vive o território líquido de Tefé e olha alguma das imagens das embarcações no meio de algum rio, dificilmente consegue compreender a importância que tem no acesso à saúde da população ribeirinha, mas quando essas imagens carregam a força das narrativas dos trabalhadores de saúde, tem-se a compreensão e o significado da sua importância na produção do cuidado e da vida.

Embora a descrição das embarcações acima tenha sido feita em uma ordem de tamanho, isso não reflete em grau de importância, pois nesse cenário uma canoa não é mais ou menos importante do que uma UBSF. Isso fica claro quando os ACS narram que quando os rios estão secos, a UBSF, pelas suas dimensões físicas, não consegue chegar às comunidades e a principal forma de acesso dá-se pelas canoas ou pequenas lanchas, já quando os rios estão cheios a UBSF atraca na comunidade dispensando o uso da canoa para grandes distâncias no deslocamento do usuário.

Nesse cenário onde as práticas de saúde são constantemente cortadas pela dinâmica dos ciclos das águas, as embarcações assumem poder de uso diferenciado. As lanchas de pequeno porte, por exemplo, por serem constituídas em alumínio galvanizado apresentam características que facilitam o acesso pelos furos, igarapós, ressacas e igarapés, além de serem mais rápidas que as canoas rabetas. Os barcos, por suas características, deslocam-se mais lentamente, podendo levar quase 3 dias de viagem no trecho Tefé-Manaus. Por conta disso, transportam os principais equipamentos, máquinas, aparelhos e insumos utilizados nos serviços de saúde. Além disso, são os barcos que os usuários geralmente utilizam quando precisam fazer atendimento de saúde eletivo em Manaus. Enquanto os Ajatos são utilizados para a remoção nos casos de urgências e emergências. A UBSF, no período da cheia, pode fazer viagem de até 20 dias ampliando o acesso à população ribeirinha, já que dispõe dos mesmos serviços que uma UBS tradicional com o ganho de o usuário não precisar se deslocar até a sede do município.

Com exceção da embarcação que compõe a UBSF, percebemos que as demais se confundem com aquelas que se destinam ao transporte comercial de cargas e passageiros. Nesse sentido, é indiscutível a importância de se ter lanchas rápidas instaladas nas Unidades de Apoio. No entanto, estas não dispõem de equipamentos que auxiliem tanto para a navegabilidade, como holofotes, pontos luminosos na lancha, rádios, baterias para dispor de alguma eletricidade à noite, quanto para a assistência em saúde, tais como macas, desfibrilador e balão de oxigênio.

Recordamos que um dos enfermeiros de uma das ESFR nos relatou que, quando sua equipe estava em área, um dos técnicos apresentou problemas cardíacos que exigiram remoção imediata para a cidade de Tefé. Precisaram vir o enfermeiro e o médico da equipe e no decorrer da viagem o técnico teve três paradas cardíacas, fazendo com que constantemente o enfermeiro e o médico se revessassem nas massagens cardíacas manuais, contudo, por estarem em uma comunidade distante exigindo horas de viagem, os profissionais ficavam extremamente cansados a cada sessão de massagens, por não disporem de desfibrilador.

Diante de uma situação de urgência e emergência, ter esses equipamentos guardados em algum compartimento dentro da lancha evitaria possíveis acidentes, perda de tempo em ter que providenciá-los em algum serviço de saúde, além de prevenir possíveis sequelas ou até mesmo o óbito do usuário.

### **Nas curvas, dobras e banheiros dos rios: o processo de trabalho e acesso em saúde no território ribeirinho**

*Sou ACS da Comunidade São Jorge e São Pedro, eu moro na Comunidade do São Jorge. Aí aqui quando tá muito seco isso aqui fica cheio de Praia, aí fica só um reguinho bem pequenininho que der pra passar umas canoinhas. Aqui fica a igreja onde o pessoal da saúde atende, aí tenho que fazer uma volta por aqui, virar uma ponta pra chegar no São Pedro.*

#### **ACS do território ribeirinho**

Os processos de trabalho vão para além dos procedimentos biomédicos, mas também se constituem como campo de ampliação do cuidado, de invenção, criatividade e experimentação dos atos cuidadores (Faria e Araújo, 2010; Franco, 2013; Merhy, 2014). Pretendemos nesta seção descrever e analisar como acontecem os processos de trabalho das equipes ribeirinhas que têm como marca um território líquido que se movimenta o tempo o todo.

As ESFR e ESFF apresentam uma diversidade e complexidade quanto aos seus processos de trabalho, de acordo com as especificidades de cada área. Dentro dessa concepção, os processos de trabalho e o ato de cuidar em saúde realizados no território ribeirinho têm o desafio da diversidade social e cultural, fazendo

com que os trabalhadores da saúde sejam também intérpretes dessa realidade (Heufemann et al., 2016). Neste estudo, apresentamos e discutimos o processo de trabalho das áreas 14 e 21. A escolha da área 14, devido ao usuário-guia desta pesquisa ser morador desta área, a área 21, por ser a maior e a mais distante em relação à cidade de Tefé, bem como ter a atuação da ESFF.

Embora a área 14 seja próxima à cidade de Tefé, onde reside a maior parte dos profissionais que atuam na ESFR e no HRT que recebem os casos de urgência e emergência, observamos que o processo de trabalho e a produção do cuidado neste território são mais complexos do que imaginamos em um olhar superficial. O processo de trabalho não acontece de maneira repetitiva na área 14, pelo contrário, assume intenso dinamismo imposto por suas especificidades. Dessa forma, Faria e Araújo (2010) ressaltam que o trabalho em saúde lida com a vida humana e que em razão disso está envolto a um grau de imprevisibilidade, revelando inúmeras maneiras de intervenção que retratam um mundo dinâmico no qual as vivências raramente se repetem.

No território da área 14 os trabalhadores da ESFR conseguem ir e voltar todos os dias transportando diariamente todos os materiais e insumos necessários para os atendimentos e proteção da equipe, como coletes salva-vidas, guarda-chuva, botas, boné, blusas de mangas longas, remo, alimentação, recipiente com água, caixa com vacina, medicação, documentos, materiais de expediente.

Sobre o processo de trabalho da ESFR que atua nesta área, diferentemente do que acontece com as equipes que atuam na cidade, apresenta outras dimensões que não envolvem apenas acordar e se deslocar em questão de minutos para seu local de trabalho. Diferentemente do que acontece nos centros urbanos, onde geralmente é o usuário que vai até a equipe na UBS, no território líquido ribeirinho é a equipe que precisa se deslocar até o local de morada do usuário.

Levando em consideração esse contexto, já com as datas das viagens definidas, o processo de trabalho envolve ainda acordar bem cedo e separar os materiais e insumos necessários para aquele dia de trabalho, como gêneros alimentícios, farmacêuticos, combustíveis, caixa com vacinas, equipamentos de proteção individual, objetos pessoais e material de expediente. Quando esses materiais e insumos são em grande quantidade, são colocados no carro e transportados para algum dos portos. Caso a quantidade seja menor, os mesmos são levados pelos profissionais em mototáxis. Ao chegarem no porto, esses materiais são carregados e colocados em uma lancha de pequeno porte utilizada pela equipe para fazer o percurso até a comunidade.

A figura 40 expressa uma parte do percurso que a equipe faz até chegar à comunidade e o quanto carregam consigo e nos seus corpos modos diferenciados de produzir cuidado. Na imagem, temos as trabalhadoras carregando as caixas com vacinas para a lancha que as levará até a comunidade. Notamos que, além

das caixas, as trabalhadoras carregam nos seus corpos as marcas desse trabalho voltado para o território ribeirinho, como suas mochilas que são verdadeiras caixas de ferramentas, pois dentro delas as trabalhadoras levam os documentos, prontuários, pranchetas, canetas, estetoscópios, alimentos, escovas de dentes, maquiagens, espelhos e outros objetos pessoais. Nas laterais das mochilas, trazem ferramentas essenciais para seu trabalho no contexto amazônico, como as garrafas com água, guarda-chuva ou guarda-sol e lenços.

Chama a atenção na imagem o modo como as trabalhadoras estão vestidas de acordo com o cenário que vão adentrar. Usam os cabelos presos e blusas de mangas compridas e de proteção solar, já que o sol na Amazônia se mostra extremamente forte, além do intenso calor da região. Usam calçados que facilitam o caminhar na areia, o entrar e sair das embarcações, o subir e descer barrancos.

**Figura 40:** Trabalhadoras da ESFR carregando suas caixas de ferramentas para atuarem no território líquido da área 14.



Fonte: Josiane Medeiros, 2019.

Dessa maneira, o trabalho realizado pela ESFR não começa com os atendimentos em si, pelo contrário, para os atendimentos e cuidado acontecerem nas comunidades o processo de trabalho inicia-se cedo. Ao chegar nas comunidades, a equipe carrega

os materiais e insumos para algum ponto de apoio disponível, como escolas, igrejas, centros comunitários, associações, casa de algum comunitário ou até mesmo embaixo de uma árvore. Após o término dos atendimentos daquele dia, todo material é levado novamente para a lancha. Essa logística requer agilidade, tendo em vista que a equipe precisa chegar cedo nas comunidades para conseguir atender e retornar no mesmo dia para a cidade de Tefé, onde seus integrantes moram.

No entanto, esse processo de trabalho modifica-se de acordo com os períodos dos ciclos dos rios. No período da cheia, a equipe consegue ir com mais frequência até as comunidades, bem como nesse período os rios oferecem furos e paranás que facilitam e encurtam os fluxos da equipe. Além disso, a equipe consegue ir com um número maior de profissionais, insumos e materiais. Já na seca, a equipe tende a reduzir o número de viagens, tendo em vista as dificuldades de deslocamento que surgem nesse período. As viagens exigem uma saída mais cedo, já que o tempo de percurso aumenta. A equipe vai com um número reduzido de profissionais para fazer menos carga na embarcação, já que os rios ficam rasos e a embarcação pode encalhar e também se reduz a quantidade de materiais e insumos, pois muitas vezes a embarcação não consegue atracar no porto da comunidade e a equipe precisa caminhar percursos diferentes para conseguir chegar à comunidade.

Compreendemos os grandes desafios enfrentados para a implantação equitativa de políticas de saúde que considerem a realidade do território amazônico (Lima et al., 2016). Dessa maneira, autores como Azevedo et al. (2019); Kadri et al. (2019) Schweickardt et al. (2016a) chamam a atenção para o fato de que toda a organização e dinâmica do trabalho são influenciados a todo momento pelo ciclo das águas. Por isso, há a necessidade do planejamento em saúde incorporar essas especificidades para que as práticas de cuidado aconteçam de maneira longitudinal, permanente, integral para as populações ribeirinhas.

Mesmo dentro das microáreas de saúde da área 14, o processo de trabalho acontece de maneira diferenciada. Analisamos, por exemplo, a microárea das casas flutuantes. Nesta, a equipe usa como base de apoio para os atendimentos uma igreja flutuante ou a casa flutuante de algum usuário. Em uma lancha de pequeno porte, a equipe desloca-se para essa base onde realiza os atendimentos no decorrer do dia. O ACS avisa os usuários desta microárea com antecedência para o encontro acontecer nos lugares combinados. No entanto, como o deslocamento dos usuários realiza-se exclusivamente por canoa, nem todos têm facilidade de ir até a igreja ou a casa flutuante onde a equipe está. Assim, uma parte da equipe utiliza uma lancha voadeira com motor 15hp para ir às casas flutuantes, onde estão as gestantes, idosos e pessoas acamadas para realizarem os atendimentos.

As figuras 41, 42 e 43 nos ajudam a compreender como acontece o processo de trabalho e a produção do cuidado na microárea das casas flutuantes a partir do uso das tecnologias leves e das especificidades deste território, que neste caso é líquido e flutuante.

**Figura 41:** Trabalhadores da ESFR atuando na microárea das casas flutuantes do território da área 14.



Fonte: Fabiana Mânica Martins, 2019.

Vimos algumas cenas que antecederam essas imagens que fizeram nossos corpos vibrarem. A primeira cena que revela a produção do cuidado é que a usuária cede a sua casa para ser o ponto de apoio da equipe. Uma segunda cena que atravessou nossos corpos foi ao chegar na casa flutuante junto com a equipe por volta das 7 horas e sermos recebidos com uma mesa de café posta na cozinha destinada à equipe. Na ocasião, todos se sentaram à mesa na companhia da usuária e tomamos café e chá juntos. O chá era de cidreira colhida da horta que tinha na varanda da casa flutuante. É a terceira cena, que a princípio passou despercebida, mas que depois do café logo nos afetou foi o preparo do flutuante pela usuária para receber a equipe e os demais usuários: a mesa estava com uma toalha já posta na varanda, a sala organizada para os atendimentos de enfermagem e uma cadeira na outra varanda do flutuante para um dos enfermeiros atender.

Esse modo de organizar o trabalho envolvendo os usuários, usando suas casas para as práticas de cuidado com os outros usuários favorece relações mais próximas e simétricas entre equipe e usuários. Assim, Franco (2013) acrescenta que o processo de trabalho acontecendo nas conjunturas micropolíticas do cotidiano possibilita um cuidado diferenciado mais próximo ao modo de vida das pessoas, pois, para além de modos intervencionistas, nessa micropolítica a organização do trabalho já se configura como um ato cuidador.



Voltemos à imagem da figura 41, pois temos parte dos trabalhadores da ESFR que atua na área 14. Três profissionais uniformizados com a blusa da SEMSA aparecem em cena produzindo cuidado para uma família. Uma atende a mesa, outra folheia a caderneta da criança, enquanto o terceiro imuniza uma criança. Tudo isso acontecendo fora dos estabelecimentos formais de saúde, em uma casa flutuante, onde sua varanda transforma-se na recepção, a porta que aparece aberta dá acesso à sala com um sofá, sem mesas, local no qual a enfermeira já se prepara para atender as crianças que aguardavam espontaneamente na varanda. Nessa cena captada pela imagem, o único equipamento não humano que aparece é um simples estetoscópio sobre a mesa ao alcance de todos. Ao fundo da imagem, temos o Lago de Tefé com seu ir e vir de canoas rabetas.

Na imagem da figura 42, vemos a continuidade do cuidado com os atendimentos de enfermagem. Nela, temos um frigorífico flutuante de dois andares que é da mesma usuária que nos acolheu com café da manhã. Atracado ao flutuante, temos um pequeno barco, as boias que são os troncos de madeira utilizados embaixo das casas flutuantes para sustentá-las. Na varanda, temos o enfermeiro, sem jaleco, sentado em uma cadeira de balanço e à sua frente, o usuário em uma cadeira de madeira. Destacamos na cena a inexistência de mesa ou algum outro tipo de barreira física como paredes, por exemplo, que limita o cuidado em acontecimento. Na cena, quase não diferenciamos o enfermeiro do usuário, já que o primeiro não apresenta marcas do trabalho em saúde comuns nos estabelecimentos formais de saúde como jaleco, mesas, luvas, porta fechada, pelo contrário, o atendimento acontece ao ar livre tendo ao seu redor o contexto do território ribeirinho.

**Figura 42:** ESFR atendendo na Comunidade de casas flutuantes do território da área 14.



Fonte: Fabiana Mânica Martins, 2019.

Percebemos fortemente nas cenas acima o uso das tecnologias leves nas práticas dos trabalhadores sob certa hegemonia do trabalho vivo. Segundo Merhy (2014), quando o processo de trabalho acontece mediado pelo trabalho vivo, revela-se um mundo extremamente criativo, potente, com enorme capacidade inventiva, dinâmico e não-estruturado. Nesse sentido, fala do trabalho vivo em ato, como vimos na varanda do flutuante, com alta potência para governar a produção do cuidado.

Outras especificidades que estão presentes no processo de trabalho da ESFR são o fato dos ACS e dos técnicos de enfermagens ficarem nas comunidades, a equipe não consegue com frequência se reunir para discutir seu processo de trabalho. Uma das estratégias usadas é reunir quando os ACS e técnicos vêm para a cidade para entrega dos documentos referentes à produção do mês.

Esse encontro, que acontece mensalmente com toda equipe reunida, funciona como uma caixa de ferramenta para organização dos processos de trabalho. Na ocasião, a equipe discute quando vai ser as visitas nas comunidades, em qual dia o NASF poderá ir, em qual comunidade iniciar as atividades, que transporte utilizar, decide as prioridades de cada comunidade e discute os indicadores em saúde do território. Assim, o ACS já retorna para a comunidade ciente de como serão as ações da equipe para o mês seguinte e articula-se com o presidente da comunidade para receber a equipe.

Na área 21, o processo de trabalho envolve outras especificidades. “*A saúde no nosso porto*” foi dita por um usuário ao se referir ao fato da UBSF deslocar-se até a sua comunidade em vez de ir até a cidade. Lima et al. (2016); Kadri et al. (2019) nos lembram que a primeira UBSF nos moldes que preconiza a PNAB deu-se em 2013 com a implantação em Borba/AM da UBSF Igarapu, que em tupi-guarani significa canoa grande. Os autores destacam a importância e protagonismo da gestão municipal para que esta modelagem technoassistencial se efetivasse, incorporando as características do território.

O processo de trabalho da ESFF que atua na UBSF é diferenciado por incluir especificidades que não estão presentes em UBS nos centros urbanos, por exemplo. Uma dessas especificidades refere-se ao fato de a equipe poder ficar embarcada por até 20 dias para fazer um percurso que consiga atender todas as comunidades da área. Para isso, a equipe organiza seus processos de trabalho com 30 dias de antecedência, tendo em vista a complexidade que envolve o deslocamento e atendimentos no decorrer desses dias.

Esta organização que antecede a viagem envolve vários momentos como elaboração de diversos documentos para solicitação de materiais e insumos como gêneros alimentícios, farmacêuticos e combustíveis. Após a liberação do empenho, um dia antes da viagem, alguém da equipe realiza junto ao fornecedor e ao setor de Farmácia Central a entrega e recebimento dos materiais solicitados. Em seguida,

são levados com apoio de uma Camionete até o porto. No porto, uma lancha com motor 115hp transporta todos esses materiais até a UBSF que fica atracada do outro lado do Lago de Tefé, pois é mais profundo para uma embarcação grande. A equipe é transportada em uma lancha para a UBSF, pois precisa dormir na embarcação na noite anterior para no outro dia iniciar a viagem bem cedo.

Na organização que antecede a viagem a equipe planeja o processo de trabalho para os dias embarcados, como quantidades de materiais e insumos, os fluxos que vão fazer, se vão iniciar pela comunidade mais próxima ou a mais distante, uso dos ambientes na embarcação, a realidade de cada comunidade, uso da EPS no cotidiano do trabalho e as condições de navegabilidade e manutenção da embarcação. Antes da implantação dos gerentes de unidades nas UBS, incluindo a UBSF em 2019 no município, a gestão dessas atividades era realizada pelo enfermeiro da equipe, envolvendo toda a logística da viagem. Esse planejamento precisa considerar sempre a dinâmica das águas.

Depois dessa organização, a equipe sai para a viagem pelos Rios Tefé e Curumitá com o objetivo de produzir cuidado em saúde aos ribeirinhos deste território. Em alguns momentos, a equipe decide iniciar a viagem atendendo a comunidade mais próxima, que é São Sebastião do Turé, em um percurso de 3 horas, outras vezes escolhe iniciar pela mais distante, Vila Moura, que leva 35 horas de viagem. Ao final, não importa se é a mais próxima ou a mais distante, a UBSF chega a todas as 20 comunidades da área 21.

Embora a equipe saia de Tefé com um planejamento previsto, quando adentra o território o processo de trabalho de cada viagem precisa respeitar as especificidades que vão surgindo em cada curva, dobra e banzeiro dos rios, em cada porto que atraca e pelas condições de navegabilidade. Assim, pode acontecer de a equipe precisar passar mais tempo em determinada comunidade e menos em outra, tendo em vista que as distâncias entre uma comunidade e outra são medidas em horas de viagem. A equipe utiliza esse tempo para ir gerindo seu processo de trabalho dinamicamente. Tudo isso influencia no tempo em que a equipe leva para conseguir atender a todas.

Nas comunidades, os atendimentos tendem a iniciar às 7 horas. Inicialmente, parte da equipe reúne-se com as lideranças comunitárias que podem ser o presidente, professor, parteira e agente comunitário de saúde para discutir a situação de cada comunidade e passar alguma informação relevante para a equipe. A comunicação realiza-se principalmente por meio do ACS, que desempenha papel fundamental entre o serviço e a comunidade. Esse encontro é essencial para a equipe direcionar a atuação na comunidade. Feito isso, dependendo das condições climáticas, a equipe tende a se dividir, com uma parte atendendo na UBSF e outra em terra na comunidade, podendo ser atividades coletivas, imunização, visitas domiciliares, entre outras. Na figura 43, temos a equipe atuando na comunidade.

**Figura 43:** Trabalhadores da ESFF carregando os materiais para iniciarem os atendimentos na Comunidade Piraruaiá.



Fonte: Josiane Medeiros, 2020.

Como dito anteriormente, a UBSF realiza suas viagens conforme os movimentos das águas, sendo que no período da seca não consegue realizá-las. Dessa maneira, a ESFF reorganiza seus processos de trabalho para continuar atendendo as comunidades. Para isso, é necessário fazer uso das lanchas de pequeno porte no deslocamento da equipe, com redução do número de viagens e diminuição da quantidade de profissional, mas o cuidado se faz presente. Esses arranjos feitos dinamicamente nos processos de trabalhos da ESFF também foram observados no estudo de Figueira et al. (2020) sobre o processo de trabalho realizado pelas equipes de ESFF em municípios do Pará, quando no período da seca a equipe estruturava-se para proporcionar o acesso e continuidade do cuidado atendendo em unidades de saúde nas comunidades maiores daquela região que a UBSF percorria.

Nesse sentido, o território líquido impacta os trabalhadores que operam cotidianamente com as tecnologias leves. Nessa dinâmica do processo de trabalho das ESFR e ESFF há poucas possibilidades para a rigidez dos protocolos instituídos, e nem seria desejável. Operar neste território por meio de práticas orientadas predominantemente por protocolos, rotinas e normas, embora sejam necessárias,



pode trazer um endurecimento, engessamento e rigidez aos modos operantes das equipes, além de capturar sua potência, forças criativas e espontaneidade, passando a operar na dimensão do trabalho morto (Franco, 2013; Merhy, 2014).

As informações produzidas sobre os fixos e fluxos, as modelagens de transporte, os processos de trabalho em saúde nos territórios ribeirinhos de Tefé, que a todo momento são atravessados pelas águas, vão ao encontro do que afirmaram Kadri e Schweickardt (2016) sobre os rios e suas águas não serem vistos como problema, obstáculos e barreiras pelo Estado brasileiro. Pelo contrário, dizem que são pelas águas que a vida flui, ligam as pessoas, os serviços, facilitam o acesso, ou seja, os rios comandam a vida neste território.

Assim, o que vivenciamos nos territórios ribeirinhos de Tefé nos faz compreender que o SUS está em acontecimento. Neste território, o cuidado desloca-se até o ribeirão, proporcionando nas curvas, dobras e banzeiros a ampliação do acesso à saúde. O cuidado materializa-se a essa população historicamente esquecida, mas que possui os mesmos direitos, embora com menos oportunidades.

### **A produção do cuidado a partir das redes vivas tecidas pelo usuário-guia pescador: “é, eu vou entrar nesse barco com vocês”**

**Figura 44:** Caminhos do cuidado.



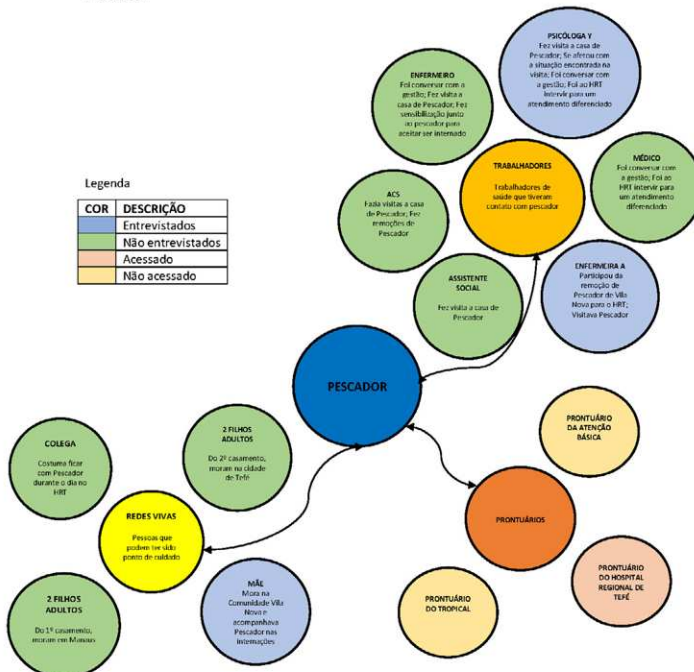
Fonte: Fabiana Mânica Martins, 2019.

*O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro.*

**Leonardo Boff**

Esta seção envolve os resultados e discussões referentes à produção de redes vivas na perspectiva do usuário para o acesso aos serviços de Urgência e Emergência. Para tanto, utilizamos a metodologia do usuário-guia, que aqui chamamos Pescador e com quem entramos em seu barco, navegando pelas suas redes.

**Figura 45:** Mapa das fontes indicadas pelos trabalhadores de saúde sobre o usuário-guia Pescador.



Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

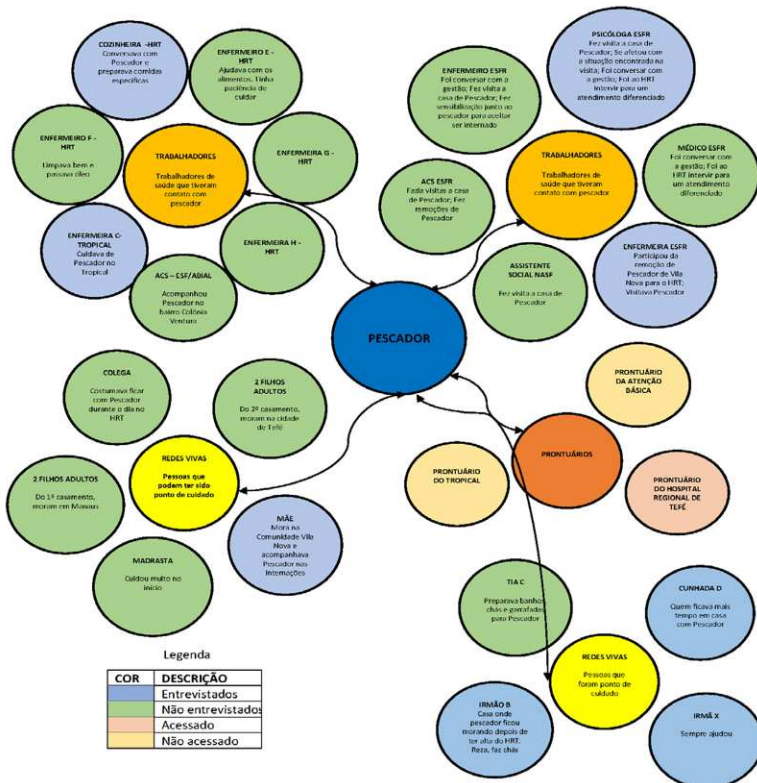
Nos primeiros encontros com os trabalhadores de saúde, foram sinalizadas diversas fontes que poderiam produzir narrativas sobre o usuário-guia, como podemos observar na figura 45. Nota-se no centro o Pescador como fonte de si mesmo e ao seu redor as demais fontes. Chama a atenção o fato de que a maioria das fontes indicadas está relacionada aos serviços de saúde formais.



Destas primeiras fontes indicadas, foram entrevistados o próprio Pescador, sua mãe, a psicóloga Y e a enfermeira A, as duas últimas atuam na ESFR. Dos prontuários indicados tivemos acesso apenas ao do HRT. Conforme a pesquisa avançava e com os encontros com Pescador esse mapa de fontes e conexões foi se ampliando, como mostra a figura 46.

Após o primeiro encontro com Pescador, este foi nos confirmando algumas das fontes indicadas pelas equipes de saúde e apontando outras como os trabalhadores do HRT, enfermeira da FMT - HVD, os irmãos, tia e cunhada. A partir de diversas fontes que a metodologia do usuário-guia nos possibilitou, foram eleitas para esta pesquisa entrevistas semiestruturadas com o próprio usuário-guia, seus familiares e os trabalhadores de diferentes serviços, seu prontuário do HRT, seu caderno de anotações, diário de campo, observações e registros fotográficos.

**Figura 46:** Mapa das fontes indicadas pelos trabalhadores de saúde e pelo próprio usuário-guia Pescador.



Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

A organização dessas fontes revelou os seguintes analisadores sobre Pescador e sua produção de redes vivas para o acesso aos serviços de Urgência e Emergência: usuário-guia como caso complexo; performances da experiência de ser/ter pênfigo; caminhos do usuário-guia e suas redes vivas.

## Usuário-guia pescador com quem navegamos: a complexidade do caso multidão

*O que resta depois do caso: absolutamente tudo...*

**Claudia Tallemberg**

Quem é o Pescador que permitiu que entrássemos em seu barco? Por que ele foi apontado pelos trabalhadores de saúde como sendo um caso complexo? Quais narrativas foram produzidas sobre Pescador? Poderíamos iniciar apresentando Pescador a partir do nosso olhar de pesquisadores ou pelo olhar dos trabalhadores de saúde, mas antes de qualquer coisa gostaríamos de apresentar o Pescador por ele mesmo.

Pescador por ele mesmo:

*Fui internado pra tratamento. Fui fazer esses exames que deu esse tipo de pênfigo bolhoso né, conhecido por fogo selvagem [...] Muitas vezes a gente não tem dinheiro né pra tá indo pra médico. E ela (a mãe) também tem problema de tal de pressão alta, e aquele outro que dá no osso (osteoporose), e aí tudo isso né, a preocupação dela também comigo, só quem podia me acompanhar era ela, e minha família é grande. É, tenho muitos irmão e irmãs, mas pra ter um pra tirar pra tá com a gente assim [...] Me separei da minha família, mas ela sempre vem aqui (no HRT) né a minha ex-mulher né. E correu logo aquele boato que essa doença era pegativa, transmitiva, aí ela viu né em vez de me ajudar que ela foi mulher abandonou aí, eu disse olha então vou procurar minha saúde e toma conta, tenho 4 filhos com ela, toma conta, duas já é de maior e duas pequenas, uma de onze anos e uma de sete anos. Fui encaminhado pra Manaus pro Alfredo da Matta<sup>16</sup> né, aí quando deu o exame que tinha dado pênfigo bolhoso aí com o de sangue aí deu essa tal de dona diabetes no meio [...] Aí eu tenho em Manaus uma ex-mulher, minha primeira mulher, lá pedi o número dela, mas ela pensava que eu não tava assim não, ela ligou pra mim, 'olha eu tenho um quarto aqui, vem que eu quero te ver e fazer alguma coisa por tí'.*

**16** - Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta (FUAM), localizada em Manaus. Centro de referência em nível internacional nas áreas de Hanseníase, Dermatologia Tropical e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

*Eu tenho um casal de filho com ela, aí ela ficou olhando assim e disse 'não é pra você ficar aqui não, o teu caso é sério, essa doença na pele é pra ficar internado no hospital'. Fiquei internado 4 meses e 15 dias no Tropical. Deram alta pra mim [...] A melhora eu vim achar aqui em Tefé, na minha cidade, graças a Deus. Aí eu fui pra comunidade, lá pra Vila Nova, mamãe tava lá pra comunidade aí fui pra lá pra casa dela, lá no Vila Nova. Piorei na comunidade e a equipe que atua lá me trouxeram para Tefé (para a cidade de Tefé), fiquei internado e já vai fazer 4 meses que estou aqui (no HRT) [...] Pra falar a verdade pra vocês isso começou de ordem de uma bruxaria. Era duas funções que eu exercia, a pesca e a agricultura a roça né, aí quando eu enjoava um pouco da roça eu ia pra pesca, quando enjoava da pesca voltava pra roça, nesse dia eu senti uma ferroada assim. Aí eu bati né no joelho eu não vi nada né, aí disse meu Deus do céu o que foi isso será? Foi dor na minha perna, aí eu fui tentar levantar com o paneiro<sup>17</sup> de mandioca aí não consegui, modo que ia entalando [...] aí meu joelho foi inchando já, esse lado aqui, aí eu disse meu pai do céu, aí meio que aquele pensamento né, só pode ser negócio de bruxaria [...] aí já começou deste inchaço, começou a sair essas bolhas por trás das orelhas, aqui pelo meu peito, pela perna, mas eram poucas né, essas bolhazinhas claras, aí quando espocava ardia como queimadura, coçava, mas isso aí eu trabalhava, não ficava me perturbando muito [...] Bem eu fiquei assim, aí começou a inchar pelo meu rosto, aí eu procurei um cidadão que trabalhava com esse negócio (se referindo a bruxaria). Tiraram um bicho assim chamado de grilo, eu escarrava e só vinha sangue, ele disse assim, 'isso aqui que ia lhe matar (Feiticeiro se referindo ao grilo tirado), com a ajuda de Deus a gente vai dar um jeito, porque ele ia roendo, roendo até chegar na sua veia sangrinal da sua garganta, aí o senhor ia provocar sangue, iam levar o senhor para o hospital, o médico ia atestar uma hemorragia hepática, sangrinal, mas na verdade era isso aqui', e eu olhava assim né, aquele grilo, mas esse gafanhoto na minha garganta. Ele disse 'bem nossa parte nós vamos fazer, mas depois o senhor vai fazer a sua', eu disse tá bom. 'Agora o senhor vai com o médico aqui da terra, o senhor vai ter que fazer exames porque esse tipo de bruxaria nunca vem sozinha, ela sempre vem acompanhada de outra doença, o senhor vai fazer exame e vai dar outra coisa', eu fiquei assim meio ... Aí eu vim, quando foi pra fazer o exame deu esse pênfigo bolhoso e a diabetes, ele não tava mentindo não. (Pescador).*

**17** - Cesto amazônico confeccionado em tala ou cipó extraído da floresta utilizado para carregar e guardar os mais variados produtos no cotidiano do ribeirinho, tais como: farinha, peixe, frutos, animais, entre outros.

## Pescador pelos trabalhadores dos serviços:

*Senhor que tinha pênfigo. Ele voltou e foi bem complexo porque eles não queriam vir, a mãe era de idade. Pelo que chegou a mim pra eu poder articular com as outras pontas, não tinha outras pessoas que pudessem ficar com ele internado, porque o estado que tava, tava muito agravante e ele já tinha vindo e ficado no hospital e parece que não teve, na percepção dele né, sentiu um pouco a falha de acolhimento, essas coisas todas, então fez uma barreira e aí quando ele pegou alta ele agravou. A equipe começou depois a interagir que precisou trazer de volta devido à avaliação clínica e aí ele relatou que não gostaria pra vir, a família também relatou que não tinha como acompanhá-lo pra ficar internado, eu sei que ainda foi uma peleja pra convencer ele a parte dele primeiro enquanto família, quebrar essa barreira que foi construída no outro processo e também articular com a rede do hospital um acolhimento diferenciado pra poder fazer sentido daquilo que a gente já tinha desconstruído. Era o corpo todo, não era uma área (se referindo as bolhas características da doença). Jovem, menos de 50 anos. Eu lembro que o mais impactante que teve que acionar a rede, tipo assim, mobilizar o profissional foi esse, os outros demandaram, mas não me acionaram pra contribuir. Esse daqui deu dor de cabeça. Paciente da área 14, ele reside na comunidade Vila Nova, ele é um paciente de 46 anos, jovem ainda né, tem pênfigo bolhoso, a casinha dele é bem humilde né, ele é cuidado pela mãe dele, uma senhorinha de 61 anos, quando vem a crise, o pênfigo afeta bastante, e pra completar ele ainda é diabético. Conseguimos colocar ele lá dentro do hospital e internar ele, ele tá numa sala lá de isolamento que agora já virou a casa dele. Nenhum familiar quer se responsabilizar com ele, ele tem filhos, mas nenhum quer cuidar dele. Quando o hospital mandou ele pela primeira vez, o hospital daqui mandou ele pra casa, ele não queria ir mais de jeito nenhum, ele não foi bem tratado e não queria vir, a gente teve que ir lá sensibilizar ele, carregamos ele no braço, ele não conseguia nem andar, não tinha força nem pra andar, deixamos ele lá dentro do hospital e ele tá bem melhor graças a Deus, e a medicação é todo tempo tomada no horário certinho dá pra segurar essa situação dele aí né, não vai curar né que essa situação dele aí não tem cura, mas ele tá bem melhor voltou andar, já come bem. O que a gente gostaria é que quando ele recebesse alta ele ficasse aqui na cidade, qualquer crise dele ele voltaria pro hospital, mais perto, mais fácil porque lá na comunidade, além da distância tem as dificuldades pra ele vir na canoazinha de madeira, de rabeta no sol quente, ele, pra ele sentar é uma dificuldade ele não veste roupa porque ele é todo inchado. Trabalhadores dos serviços).*

O usuário-guia Pescador com quem caminhamos no município de Tefé tinha 49 anos, sabia ler e escrever, mas não concluiu o ensino fundamental. Nasceu na Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá<sup>18</sup> (Reserva Mamirauá), no município de Uarini, que faz fronteira com Tefé. Os pais de Pescador separaram-se quando este ainda era criança, seu pai faleceu e a mãe de 60 anos mora na Comunidade ribeirinha Vila Nova, em Tefé e tem uma madrasta que reside em Uarini, a quem considera uma segunda mãe. Tem irmãos morando em Uarini, na Comunidade Vila Nova, no bairro Colônia Ventura e na própria cidade de Tefé.

O Pescador foi casado duas vezes. Com sua primeira esposa teve 2 filhos que já são adultos e moram em Manaus. Com a segunda esposa teve 4 filhos, 2 crianças e 2 adultos que moram com a mãe na cidade de Tefé. Um dos filhos, que mora em Tefé, encontrava-se preso por roubo. Ao se separar, deixou a casa para os filhos e a segunda esposa e foi morar com a mãe em Vila Nova. Sempre trabalhou na agricultura e na pesca, tinha seu próprio terreno onde fazia a roça. Tinha os equipamentos necessários para a pesca como canoa rabeta e malhadeiras. A renda era proveniente dos produtos que plantava e pescava. Era associado no Sindicato de Pesca onde pagava regularmente as mensalidades.

Pescador foi escolhido pelos trabalhadores de saúde como sendo um caso complexo por tratar-se de um ribeirinho que sempre trabalhou na agricultura e na pesca e que passou a conviver com pênfigo bolhoso e diabetes. Seu quadro clínico afetou drasticamente sua vida, já que parou de trabalhar, não andava, não vestia roupas, não podia ficar exposto ao sol e era ajudado financeiramente pela mãe, pois seu auxílio-doença havia sido negado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Devido ao pênfigo, seu corpo era coberto por feridas e bolhas que não cicatrizavam, ocasionando forte odor fétido e, conseqüentemente, uma carga de estigma.

O caso mobilizou intensamente toda a equipe de ESFR e demandou diversos pontos de cuidados tanto em Tefé quanto em outros municípios, como Uarini e Manaus. Há três anos vinha usando intensamente os serviços de saúde, principalmente os de urgência e emergência, inclusive com longas internações, quatro meses na FMT - HVD em Manaus e quatro meses no HRT, além de ter mobilizado outros pontos de cuidado para além dos serviços formais de saúde. Os trabalhadores de saúde trazem em suas narrativas que se trata de um caso complexo, difícil, devido ao pênfigo não ter cura, sendo agravado pela diabetes. Além disso, a família não dedicava os cuidados necessários para minimizar os efeitos da doença sobre a vida do Pescador.

Quando olhamos para a narrativa de Pescador por ele mesmo, percebemos uma ampliação de sua existência para além do pênfigo em relação às narrativas dos trabalhadores de saúde, que estão mais centradas nas condições clínicas

**18** - É uma das 15 Unidades de Conservação do Estado do Amazonas, sendo considerada a maior área de várzea do planeta sob proteção ambiental. Sua área abrange os municípios de Fonte Boa, Japurá, Maraã, Juruá e Uarini, localizando-se aproximadamente a cerca de 70 km a noroeste da cidade de Tefé.

de Pescador. Ele refere-se às condições de saúde da mãe, as tensões, conflitos e dinâmica familiar, suas preocupações com seus filhos, suas relações com o mundo do trabalho na roça e na pesca, quando eu enjoava um pouco da roça eu ia pra pesca, quando enjoava da pesca voltava pra roça, e de suas dificuldades financeiras, muitas vezes a gente não tem dinheiro né pra tá indo pra médico.

Como caso complexo, Pescador aparece aqui como um sujeito que vai além do “caso clínico”, pois ele carrega consigo uma multiplicidade, uma multidão que o habita como usuário de saúde. Além de usuário, o Pescador é muitas possibilidades de existência. Esses aspectos destacados na narrativa de Pescador estão relacionados com suas trajetórias de vida, com suas redes de conexões, com a história do território da vida comum, com sua história de vida e de seus núcleos familiares, história das enfermidades e das redes de cuidado em ação (Moebus et al., 2016).

## As performances da experiência de ser/ter pênfigo foliáceo endêmico (fogo selvagem)

*Vou contar pra vocês como tudo começou.*

**Pescador**

Não é nossa intenção aprofundar no conhecimento sobre os pênfigos, mas como essa doença manifestou-se no usuário-guia desta pesquisa fazendo com que ele acessasse com frequência os serviços de urgência e emergência, a própria doença tornou-se um personagem de quem se fala. Contudo, nosso foco é privilegiar as vivências do usuário-guia e suas relações com o pênfigo.

O pênfigo compreende um grupo de doenças autoimunes que se manifestam pelo surgimento de bolhas na pele. São consideradas doenças de baixa incidência, mas apresentam elevada morbidade e letalidade. A literatura aponta como população de risco para o pênfigo aquela que mora e trabalha em áreas rurais e zonas endêmicas. Até o momento, não se conhece a etiologia dos pênfigos, podendo ser causados por múltiplos fatores como genéticos, imunológicos e ambientais (Cunha & Barraviera, 2009; Hans-Filho et al., 2018).

Os pênfigos são classificados em algumas variantes, das quais destaca-se o Pênfigo Foliáceo (PF), que se subdivide em clássico ou de Cazenave, e em endêmico ou “fogo selvagem”. Nos deteremos neste último por ter sido o que se manifestou no Pescador. O Fogo Selvagem (FS) recebe este nome justamente porque os sintomas são parecidos com os de uma queimadura, sendo o maior número de casos registrado em áreas rurais (Bezerra et al., 2017; Hans-Filho et al., 2018). Lembremos que Pescador nasceu dentro de uma Reserva Florestal e sempre construiu sua vida em relação aos rios, a floresta e as terras de várzea, condições em que a literatura aponta como predominante para o surgimento de FS, inclusive ele relatou que os primeiros sintomas surgiram enquanto trabalhava na roça.



A principal característica dos pênfigos, de acordo com Cunha e Barravieira (2009), é a presença de acantólise, ou seja, a separação das células nas camadas da pele. No caso do FS, a acantólise é provocada por autoanticorpos patogênicos antiepiteliais. Assim, a acantólise e formação de bolhas ocorrem abaixo da camada córnea da pele, ou seja, na parte mais superficial que se rompe facilmente formando áreas erosadas, recobertas por escamas finas e crostas. Assim, o FS é tanto uma doença autoimune quanto endêmica. O diagnóstico de FS é baseado em exames clínicos, histopatológicos, de imunofluorescência e imunossorológicos.

Os estudos referentes ao pênfigo concentram-se, em sua maioria, em análises epidemiológicas, características e manejo farmacológico da doença, existindo poucos trabalhos que abordem os aspectos afetivos, subjetivos, sociais, econômicos das pessoas que vivenciam o pênfigo, bem como problematizações sobre a ação das políticas públicas no cuidado a essas pessoas. Algumas das exceções são os trabalhos de Silva (2013); Silva e Bernardes (2018), que abordaram o pênfigo como doença crônica e discutiram as políticas de saúde e sua repercussão nas práticas de cuidado.

Nesse sentido, a metodologia do usuário-guia pode contribuir significativamente, tendo em vista que esta ferramenta de pesquisa se faz com o outro e não sobre o outro. Para sabermos como é viver com o pênfigo nada mais potente do que darmos as mãos e caminharmos pelas práticas cotidianas daquelas pessoas que o vivenciam. Assim, o Pescador teve muito o que nos dizer para além dos sintomas e dos aspectos clínicos da doença.

Com base nas informações colhidas do prontuário, observou-se que Pescador é descrito como a identidade de um paciente internado para tratamento de pênfigo bolhoso. O prontuário de Pescador que tivemos acesso conta com 387 páginas. O que logo chamou nossa atenção foi o contraste existente entre as informações contidas nesse longuíssimo prontuário e aquelas colhidas das entrevistas com o usuário-guia, seus familiares e trabalhadores de saúde.

No prontuário, predominaram registros quase que exclusivamente sobre as condições clínicas, manejo das medicações, prescrições e controle de dieta, em uma repetição mecânica a cada visita dos trabalhadores ao leito do Pescador. Havia uma pobreza de registro sobre o convívio com o pênfigo, sobre estratégias de cuidados para além dos curativistas, articulação com outros serviços, ausência sobre as questões relacionadas aos desejos, preferências, angústias e sobre outras dimensões de sua vida.

Nas entrevistas, conversas e encontros podemos resgatar as dimensões afetivas e sociais de Pescador e de sua família, os desafios encontrados pelas equipes, os estranhamentos com aspectos comuns do pênfigo, mas que para a equipe se mostravam novos, o preconceito e estigma, as tensões com os cuidadores, as afetações sobre a equipe. Existia tudo isso, mas estavam registrados nas fotografias tiradas pelos trabalhadores, suas lembranças, memória e nos seus corpos e não no prontuário.

Sobre esse esvaziamento do prontuário, Feuerwerker e Merhy (2016) dizem que o registro escrito é capturado pela lógica das tecnologias duras e leve-duras, com sua linguagem técnica, especialista e biomédica, deixando escapar um leque de tecnologias leves empregadas na produção do cuidado. Assim, não aparecem em momento algum as tecnologias leves utilizadas pela Cozinha no prontuário durante as internações de Pescador no HRT, mas elas estavam lá funcionando como uma verdadeira caixa de ferramentas, produzindo cuidado a cada plantão.

Após análise do material colhido das diversas fontes, lançamos nossos olhares para um sistema de produção de sentidos e significados que delimitam a experiência do Pescador convivendo com o pênfigo. Daí apresentamos três perspectivas dessa experiência: Pênfigo como doença crônica; pênfigo e os aspectos psicossociais; pênfigo e os desejos.

A primeira perspectiva, pênfigo como uma doença crônica, é marcada pela busca e a angústia em tentar descobrir o que eram aquelas bolhas, que quando espocava ardia como queimadura. O uso dos serviços de saúde era intenso com a realização de exames laboratoriais, recorrentes infecções e uma trajetória marcada pela dor a ponto de desejar a própria morte.

Em diversos momentos dos nossos encontros, Pescador surge como uma pessoa que não parava quieta, estava sempre andando de um lado para outro e conviver com o pênfigo lhe tirou logo a possibilidade de se movimentar conforme seus desejos. Desde o agravamento das condições de saúde, Pescador pouco andava porque as bolhas estouravam nos seus pés, que não cicatrizavam. Quando precisavam fazer sua remoção, quase sempre era carregado pelas equipes de saúde nos braços, na maca ou na cadeira de balanço. Percebemos tais incômodos na sua fala:

*(...) aí eu também não andava (trecho inaudível), aí febre, febre, febre (trecho inaudível), aí inchou as pernas, fiquei sem andar, aí disse agora tá ruim, mamãe agora só Deus mesmo (...)(Pescador).*

*viu sofrimento, aí foi ficando tipo assim uma queimadura, entendeu, pra onde eu virava a pele ia grudando assim, ia saindo aquela água com sangue, e aí ardia e coçava, eu não conseguia dormir, eu chorava dia e noite, e aí eu digo agora eu vou morrer (...)(Pescador).*

*(...) aí eu sei que eu já sofri muito, quando eu ia tomar banho sangrava tudo, eu ia fazer necessidades saia uma água de dentro pra fora assim, a parte de gente é fina aí com mais uma (palavra inaudível) a pele fina aí sangrava, aí eu chorava, chorava, aí eu pedi até a morte (...)(Pescador).*

Nas narrativas acima, percebemos as dificuldades que o pênfigo enquanto doença

crônica impõe: febre, inchaços, dificuldades para andar, queimação na pele, feridas, sangramento, dores, desespero e muitas incertezas. Cunha e Barravieira (2009), ao descreverem os aspectos clínicos do FS, dizem que este tende a começar pela região da cabeça e evolui gradualmente no sentido crânio-caudal, com lesões evoluindo durante semanas ou meses. Notamos que no caso de Pescador, entre as duas possibilidades de manifestação clínica do FS, localizada e generalizada, houve a manifestação conforme a segunda forma, com as bolhas surgindo na cabeça e evoluindo para inúmeras lesões, acometendo extensamente tronco e membros, configurando a forma mais grave do FS (Cunha & Barravieira 2009).

A convivência com o pêfigo afetou significativamente a relação do Pescador com os alimentos, pois as bolhas e feridas surgiam também internamente, principalmente na boca. Dessa maneira, ele apresentava enormes dificuldades para se alimentar, com períodos de até 4 dias sem conseguir comer, seja porque perdeu quase por completo a capacidade de sentir o paladar dos alimentos, seja em razão das feridas na boca ou porque perdeu a maioria dos dentes em consequência da forte carga de medicamentos que tomava, conforme podemos notar em sua narrativa: *tem dia que eu me alimento, tem dia que eu não posso por causa dessas feridas na boca, na língua e aí não dá aquele apetite de comer, como só de bocadinho<sup>19</sup>, até agora tem umas feridas aqui na língua ainda, na boca.*

Quando demandava atendimentos de urgência, geralmente estava tão debilitado que não conseguia se levantar do leito nem para ir ao banheiro, exigindo que suas necessidades fisiológicas e higiene pessoal fossem realizadas no leito. Sentia muitas dores, principalmente quando iam limpar as feridas. A dor o acompanhou quase sempre e quando ficava quieto sem interesse em conversar com a equipe ou com seus familiares era porque estava sentindo muita dor e tudo que ele queria era ficar quieto: *quando dá aquela dor dessas feridas né, aí eu fico calado, aí eu não fico conversando com ninguém, eu quero ficar assim sossegado.*

Uma característica marcante do pêfigo enquanto doença crônica é a exposição da pele. O Pescador não podia vestir roupas, proporcionando uma dupla exposição de sua pele, a perda da proteção da camada natural e social da pele. Embora tenha ganhado roupas no Tropical e no HRT, não podia usá-las, e na maior parte do tempo usava lençóis enrolados ao corpo, devido ao inchaço, quanto aos sangramentos das feridas. O uso dos lençóis aliviava a pressão sobre os ferimentos e a pele. Nesse sentido, Silva e Bernardes (2018) afirmam que o pêfigo enquanto saber de doença autoimune apresenta conflitos biológicos, "onde o corpo "desconstrói" o próprio corpo, onde as bolhas se inscrevem, no lugar onde a nossa identidade é mais profunda: a pele" p. 2634.

Em nosso primeiro encontro, que aconteceu enquanto o Pescador estava internado no HRT, embora já estivesse com suas condições clínicas melhoradas,

**19** - Na linguagem amazonense, bocado quer dizer muito, vários. Assim, o Pescador não conseguia comer muito.

com muitas lesões já em processo de cicatrização, pudemos observar como o pênfigo surgiu por todo o seu corpo, inclusive atingindo as mucosas internas, como as das cavidades bucais. No decorrer de todo nosso encontro, que durou aproximadamente 2 horas, ficou sempre na mesma posição, deitado de bruços, sendo a posição que ficava na maior parte do tempo. O Pescador era uma pessoa fisicamente grande, e esse fato associado ao inchaço quase constante do seu corpo, o que dificultava seus movimentos e o manejo por seus cuidadores.

Dessa maneira, nesta primeira perspectiva do pênfigo enquanto doença crônica, a marca principal foram as práticas dos saberes biomédicos. Estas práticas se fizeram presentes na busca por um serviço especializado em um grande centro urbano, no caso Manaus, com a apropriação do corpo do Pescador pelos inúmeros exames feitos, fragmentos da sua pele enviados com frequência para os laboratórios, extração de seu sangue para diagnóstico e “controle” da diabetes, o que é permitido ou não fazer, comer, usar, a apropriação do discurso e termos técnicos pelo Pescador. Assim, Silva e Bernardes (2018) afirmam que os saberes biomédicos vão compor diversas performances de um saber e um viver em relação ao ser/ter pênfigo. Nessas relações, os sujeitos são atravessados por essas práticas, que nos fazem compreender que o pênfigo não é algo que o sujeito é em si mesmo, mas algo que ele se torna.

A segunda perspectiva diz respeito aos aspectos psicossociais do ser/ter pênfigo, tendo em vista que a doença não lhe trouxe apenas dor física. Suas relações passaram a ser atravessadas por suas vivências subjetivas, que passaram a ter novos sentidos. Olhando para o prontuário do Pescador, essas vivências são invisíveis, embora se apresentem o tempo todo. Como elas eram vividas? O Pescador as vivenciava em forma de angústia, medo, isolamento social, discriminação, preconceito, término do casamento, conflitos familiares, preocupações com os filhos, afastamento do seu mundo de trabalho, dificuldades financeiras, além da percepção de “deformidade” de seu corpo.

No início, quando as bolhas começaram a aparecer, estourar e arder, não deu muita importância. Continuou trabalhando até quando suas condições físicas permitiram, sendo o momento em que começou a usar frequentemente os serviços de saúde, especialmente os de urgência e emergência. Com isso, teve que interromper qualquer possibilidade de retornar ao trabalho na agricultura e na pesca, na medida em que o discurso médico dizia que, a partir de então, não poderia mais ficar exposto ao sol.

Uma das grandes angústias trazidas com frequência nas narrativas do Pescador foi sua busca em receber o benefício auxílio-doença do INSS. O Pescador fazia parte de um dos Sindicatos de Pesca de Tefé e sempre pagou os valores referentes às contribuições para a Previdência Social. Diante da impossibilidade de trabalhar, solicitou tal benefício junto ao INSS e o mesmo foi negado devido ao Sindicato não ter repassado todas as contribuições pagas pelo Pescador. Assim, desde 2016 percorreu uma saga na tentativa de receber tal benefício que tinha direito, mas

faleceu e não conseguiu. Sem poder trabalhar, sem ser assistido pela Previdência Social, sem renda, com muita relutância precisou vender seu terreno na área rural para dispor de algum dinheiro.

Dessa maneira, a convivência com pênfigo vai trazendo marcas não só no corpo, mas marcas simbólicas mediadas pelo trabalho e perdas reais, já que a agricultura e a pesca constituíam sua única renda. Sobre a perda da produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar revelada pelo Pescador, Silva (2013) fala sobre perfil e corpo sociais que surgem entre as pessoas que desenvolvem o pênfigo, já que geralmente são trabalhadores rurais, moradores de área ribeirinha, sem acesso ao saneamento básico, alimentação baseada na caça silvestre, com pouca instrução escolar e em sua maioria ficam impossibilitados de trabalhar. Assim, o autor chama a atenção para uma realidade do pênfigo que não se inscreve apenas no corpo físico, mas no corpo social e que tende a não ser visibilizada pela rede de cuidado.

Conviver com o pênfigo não foi marcado apenas pela dor física, pois desde quando a doença se manifestou em sua pele, o Pescador passou a conviver com a discriminação e preconceito: correu logo aquele boato que essa doença era pegativa, transmitiva. Devido ao odor fétido que exalava das feridas e o medo que as pessoas apresentavam em contrair a doença, diversas barreiras foram criadas para o cuidado do Pescador. Embora existisse esse temor por parte das pessoas, ressaltamos que os pênfigos não são doenças transmissíveis.

Uma dessas barreiras foi gerada nas suas relações familiares. O preconceito vivenciado pelo Pescador surgiu fortemente nas narrativas como fatores que contribuíram para o término do seu segundo casamento, como ele fala: e essa doença foi motivo até de separação. Outro momento em que o preconceito surgiu como barreira para o acesso ao cuidado foi em uma de suas viagens a Manaus. Na ocasião, ficou na casa de uma de suas irmãs, mas o seu esposo pediu a saída do Pescador da casa pelo medo de que seus filhos contraíssem a doença. Sobre a discriminação, diz: (...) *ai quando minha irmã falou isso né, que não dava mais pra ficar na casa dela por causa do filho dela que ia pegar minha doença, aquilo foi uma faca entrando no meu coração (...) ia para uma mesa e chorava...*

Nos estabelecimentos formais de saúde, o Pescador também vivenciou preconceito em distintas situações, por exemplo, em suas caminhadas em busca de cuidado em Tefé ou mesmo em Manaus. Quando teve que ficar na Casa de Apoio em Manaus, houve tensão com os outros moradores e alguns servidores, na ocasião, segundo as fontes, não queriam compartilhar as louças da casa com o Pescador. Nesse sentido, a mãe narra: *ai já não queiram dar nem vasilha pra nós tomar café, pra me dar café pra ele. Ai eu disse, quer saber? - eu tinha levado meu dinheirinho ainda - Eu vou sair e vou comprar um copo pra ele, um prato, uma colher. Por isso, a mãe comprou louças individualizadas para ficar usando. Isso foi motivo para que o Pescador não quisesse mais ficar na Casa de Apoio na segunda viagem a Manaus.*

Quando o Pescador precisava usar os serviços de urgência e emergência, inicialmente alguns trabalhadores apresentavam preconceito em suas falas, ao atendê-lo. Isso aconteceu no retorno à Unidade de Saúde, na necessidade de uso da ambulância e nas autorizações para receber visitas. Tudo isso acabava gerando tensões entre as próprias equipes de saúde e entre alguns trabalhadores de saúde com os familiares. Nas narrativas, observamos como o preconceito era presente nas vivências do Pescador:

*Vimos no camarote (pequenos quartos que existem nos barcos recreios), sabe né o preconceito que a gente ainda tá colhendo do pessoal. (Pescador).*

*Aí ela relatou que os funcionários que vieram na ambulância buscá-los tudo com, com nojo de pegar, colocaram ele numa maca de tábua seca mermo como se fosse (...). (Trabalhador de Saúde).*

*(...) quando a gente acionou a ambulância ela demorou um pouquinho pra chegar, aí 'de novo esse paciente'. Primeira coisa que a gente ouviu, 'de novo, retornou'(...). (Trabalhadora de Saúde).*

*Porque logo quando ele ficou lá, ficou tipo num isolamento assim que as pessoas assim têm um pouco de receio, pensavam que era pegativo né, até mesmo as pessoas do hospital aí não deixavam a gente entrar lá né, muitas das vezes eu fui barrada lá pra eu não entrar, não sei o que. 'Que ele não tava recebendo visita, não poderia entrar', aí né muitas das vezes a gente perde a paciência, aí tinha vezes que dava vontade de falar umas ignorâncias, mas eu me acalmava né, não era todas as vezes né porque parece que é cada um dia é uma menina que fica lá na frente né, aí tinha umas que eram legais que eu já conhecia antes deixava a gente entrar, tinha outras não que não deixavam a gente entrar, ficavam questionando um monte de coisas, que não podia, não sei o que, que ela estava só cumprindo ordens. Puxa mais todas as vezes que eu venho no dia que você tá aqui você começa a reclamar, reclamar e outros dias a gente vem aqui, eu disse eu acho que a doença dele não é contagiosa não porque ele já morou lá por casa e lá por casa tinha criança eu disse pra ela e até hoje meus filhos graças a Deus estão todos saudáveis, até agora não pegaram não eu falei (Irmã X).*

Percebe-se nas narrativas do Pescador uma repetição de vivências atreladas ao preconceito, discriminação e estigma, seja no término do casamento, do não compartilhamento de louças e do espaço físico, seja no incômodo demonstrado por alguns profissionais em se aproximar, o isolamento do espaço físico destinado a ele nas internações e remoções. Nesse sentido, os aspectos externos, corporais, com as enormes lesões e sensitivo do pênfigo funcionavam em alguns momentos como



justificativa para alguns profissionais não quererem atendê-lo. Era visível o quanto havia de produção de barreiras para o seu cuidado. Mas, para além disso, havia trabalhadores como a Cozinheira, as enfermeiras C, G, H e outros que o Pescador se referia como sendo sua segunda família, como veremos mais adiante.

É reconhecível que as narrativas do Pescador são marcadas por momentos de intensos sofrimentos, dor, discriminação, insônia, fome, dificuldades financeiras, tristeza em ter que se desfazer de seus bens, frustração de não poder usufruir dos benefícios da Previdência Social, mesmo tendo contribuído, de não poder comer o que tinha vontade, o uso pesado de uma carga de medicamentos, uso constante de insulina, não aguento mais ser furado, a ponto de desejar a sua própria morte com pensamento suicida. No entanto, mesmo diante desse quadro de sofrimento que o acompanhou nesses três anos, conseguia fazer brincadeiras com a sua própria condição. Referia-se à diabetes como a Dona Betes, “sua fiel companheira”, quando tinha pequenas melhoras e conseguia andar tirava a mãe para dançar. Quando não estava com dor, mostrava-se muito conversador, brincalhão e fazia piadas com os profissionais das equipes: *ai eu disse cadê seu Paulo? Ai disseram ‘ele não veio não’, mas a covarde eu falei (risos).*

A terceira perspectiva do ser/ter pênfigo trata do mundo dos desejos dessas pessoas. Aqui compreendemos o desejo na perspectiva de Deleuze e Guattari (1972), que se referem ao desejo como a energia propulsora da construção da realidade social pelos sujeitos, é sempre produção e como tal tem energia inventiva da realidade social, da criação no mundo da vida, é potência, é revolucionário, é agenciamento e está em constante atividade no plano social tornando os sujeitos protagonistas nos processos de mudanças. Os autores chamam a atenção para o fato de que os desejos são sempre intencionais, não são movidos pela falta, não possuem um objeto específico, não existe uma forma de verdade sobre o desejo, o que há são desejos que são preenchidos pelos acontecimentos.

Olhando com o olho vibrátil do usuário-guia, nos questionamos onde ficaram os desejos do Pescador a partir do momento em que ele se descobriu com o pênfigo? Nos deparamos em muitos momentos com narrativas e registros que tentavam invalidar e invisibilizar os desejos do Pescador, porque ele não podia andar, vestir roupas, não podia comer o que estava prescrito para a dieta dos DM<sup>20</sup> e não podia mais trabalhar. Essa invalidação dos desejos era quase sempre sustentada no discurso biomédico sobre a saúde, o corpo e a vida do Pescador. Não seguir os procedimentos médicos significava a piora da doença, enquanto seguir também representava a cicatrização das feridas e menos tempo de internação.

Em relação à tendência em invalidar a vida e os desejos dos usuários nas instituições, Feuerwerker (2016); Merhy et al. (2016) nos lembram que os usuários funcionam a partir de diferentes planos e dimensões: seus saberes, vivências, história de vida,

**20** - Os trabalhadores referiam-se à dieta específica para quem convive com a Diabetes Mellitus.

valores, crenças, trabalho, desejos, fantasias, dificuldades, medos. E os trabalhadores de saúde, a depender do modo e dos recortes que utilizam em sua aproximação com os usuários, tendem a não vislumbrar essa vida que vem junto à queixa e sintomas que, inegavelmente, são fundamentais para considerações e decisões a serem tomadas sobre os processos de cuidado.

Essa recorrente tentativa de invalidar a vida e os desejos sustentada pelos modos operantes de ordem biomédica tem como efeito e finalidade regular, vigiar, discriminar, controlar corpos e saúde, onde as práticas políticas e curativistas serão controladas na dieta, no isolamento do espaço físico, no repouso e no uso da medicação. Sobre esses discursos produzidos nas relações do biopoder para docilizar os corpos, existe uma série de autores que os discutem (Foucault, 2011; Gaudenzi & Ortega, 2012; Rose, 2013).

Em todos os momentos, o Pescador era convidado a deixar seus desejos, afetos do lado de fora dos serviços de saúde, mas como usuário legítimo de sua própria vida, encontrava brechas e furos para imprimir seus desejos tanto em suas relações familiares quanto com os trabalhadores de saúde. Podemos observar esses desejos quando contrariava os protocolos de dieta alimentar durante as internações, como observamos em seu prontuário: *Paciente com piores das lesões [...] não segue restrição para dieta DM, come bombons escondido da equipe. Realizado aconselhamento.* Neves (2019), ao pesquisar as redes vivas em relação à saúde materno-infantil na região da tríplice fronteira do Alto Rio Solimões, Estado do Amazonas, também verificou que Rosa, a usuária-guia de seu estudo, apresentava furos e brechas quando escolhia quais orientações da equipe deveria seguir, quais serviços lhe cabia acessar, por controlar suas medicações.

Em relação à “desobediência” dos usuários, Hur (2019) acrescenta que a reprodução dos códigos e a obediência a eles ficam restritos ao espaço da coletividade disciplinar, pois as normas não abarcam a amplitude e multiplicidades do desejo humano. Assim, sempre vai haver algo que foge, um fora, um sujeito que constantemente transgredir os códigos e normas, dando vazão aos seus desejos.

Ao refletirmos sobre as “desobediências” do Pescador, segundo registro em seu prontuário, um questionamento que se faz é: Como uma pessoa que mal podia andar conseguia bombons para chupar dentro de um hospital? Com certeza as suas redes vivas eram as responsáveis pelos alimentos “proibidos”. O que moviam essas pessoas a levarem bombons, dindim<sup>21</sup> e outros alimentos que não estavam prescritos em sua dieta? Esses questionamentos nos mostram que o Pescador era tido como uma pessoa difícil, e também pela condição física que fazia com que as pessoas tivessem receio em se aproximar devido ao odor fétido. Também era

**21** - Dindim é uma espécie de picolé de suco de frutas congelado servido num saquinho de plástico comprido e estreito e geralmente recebe açúcar na sua composição. A depender da região do Brasil, recebe diversos nomes como geladinho, sacolé, corite, chupe-chupe, totó.

capaz de estabelecer relações afetivas, um sujeito com condições de tecer desejos a respeito de sua própria vida.

O acesso aos alimentos “proibidos” mencionados no parágrafo anterior remete-nos ainda ao fato de que o desejo não corresponde ao campo individual, já que os incessantes movimentos do desejo englobam existência em todas as dimensões: pré-individual, grupal e/ou de massa (Rolnik, 2016). Assim, o Pescador, ao afetar e ser afetado pelos trabalhadores de saúde, construiu uma certa rede real social de “contrabando de alimentos proibidos, especialmente durante suas internações”.

Depois que o Pescador voltou dos 4 meses de internação em Manaus, sempre que seu quadro de saúde se agravava, a equipe o encaminhava para retornar a Manaus. No entanto, começou a manifestar seu desejo de não ir, com situações em que ele foi informado que teria que assinar um documento manifestando que não queria ir a Manaus e responsabilizando-se por sua decisão. Contudo, não aparece nas narrativas se houve um espaço de fala dos motivos que fizeram o Pescador não querer ir mais para Manaus.

O seu desejo de não ir a Manaus era motivado porque lá não conhecia a cidade, dependia de outras pessoas que trabalhavam o dia todo, precisando de dinheiro para pequenos gastos. Além disso, a família de Manaus não estava disposta a acompanhá-lo já que estaria distante dos familiares de Tefé, sem poder receber visitas da mãe e da irmã X. O Pescador reconheceu que foi bem cuidado pela equipe do Hospital Tropical, que na ausência da sua família biológica os trabalhadores tornaram-se sua segunda família, mas manifestou fortemente o desejo de querer ficar sendo cuidado em Tefé, como disse:

*(...) teve um dia aí que quase que eu não aguentava, queriam me levar pra lá (para o hospital), o médico veio, eu dizendo que não queria ir não porque eu ia ficar todo furado lá de novo e minhas veias estão tudo fina pra (...) (Pescador).*

*Queriam me encaminhar pra Manaus, mandar pra Manaus, eu disse também que não ia não de lá eu já tinha vindo, aí disse que tem que assinar uma coisa aí (um documento no hospital), eu disse a gente assina parceiro, não quero mais tá pra lá e pra cá não. (Pescador).*

*Eu não vou dizer que eles (equipe do Tropical) não me trataram bem, não me cuidaram bem porque eles me trataram bem, mas como eu acabado de falar a verdade tem que ser dita doa em que doer, mas eu me senti melhor aqui (em Tefé) porque tava no meio da minha família, e era vantagem de tudo, mas como eu não tinha acompanhante, não tenho até agora, aí eu não fui [...] então aí não vou dizer que não me cuidaram bem, cuidaram bem lá em Manaus, mas aonde eu vim sentir a grande melhora com a ajuda de Deus foi aqui na minha cidade e aqui eu estou. (Pescador).*

Os médicos disseram para o Pescador que poderia mais poder trabalhar exposto ao sol, sendo assim, os seus familiares começaram a pedir a venda de seus materiais de trabalho, como sua canoa rabeta e as malhadeiras, seus equipamentos de pesca. Contudo, mesmo precisando de dinheiro, o Pescador se negou a vender seus materiais, pois ainda tinha o desejo de voltar a pescar, andar na sua canoa, como fala a irmã X:

*(...) ele tem aquela certeza que ainda vai voltar a pescar, mas foi como o enfermeiro falou que podia até cicatrizar, mas ele não ia mais poder pegar sol né, como eu falei como tu quer ainda ir pescar? Tu não pode mais, 'não, mais eu ainda vou andar no meu motor, na minha canoa, deixa ela lá na mamãe'.*

Na maioria das vezes, os desejos do Pescador divergiam dos protocolos, das orientações das equipes de saúde, das recomendações de seus familiares, sendo tomado como uma pessoa teimosa, que não seguia as orientações dadas. No entanto, nos perguntamos pelos desejos, autonomia, os afetos de um usuário que há três anos passou internado em uma rotina repetitiva e massificada? Seria a equipe capaz de reconhecer essa pessoa como um sujeito de desejos, valores, saberes e potência e levar isso em consideração para o seu plano de cuidado? Como se colocar no lugar de uma pessoa que construiu sua vida pescando e alimentando-se de peixes, e de repente passa a vivenciar 4 meses ingerindo comida seca à base de frango? Até onde é possível respeitar a autonomia do sujeito, respeitá-lo, sobretudo no desejo de permanecer sendo cuidado na sua cidade, no seu território de existência? Diante desse desejo estaria a equipe desresponsabilizada para com o cuidado deste usuário?

O Pescador nos mostra diferentes performances presentes no ser/ter pênfigo que nos faz buscar reflexões nestas relações do pênfigo como doença definida a partir de práticas sociais e políticas que atuam sobre a realidade dos sujeitos, pois retira-se o pênfigo de uma condição exclusivamente clínica para situá-lo em uma dimensão sociocultural e existencial. Dessa maneira, como nos lembra Silva (2013), não é a doença pênfigo que se coloca em análise neste estudo, mas como se faz existir o pênfigo nas relações humanas e nas práticas de cuidados.

## **Os caminhos do usuário-guia e suas redes vivas como produtoras do cuidado: tantos outros que cuidam**

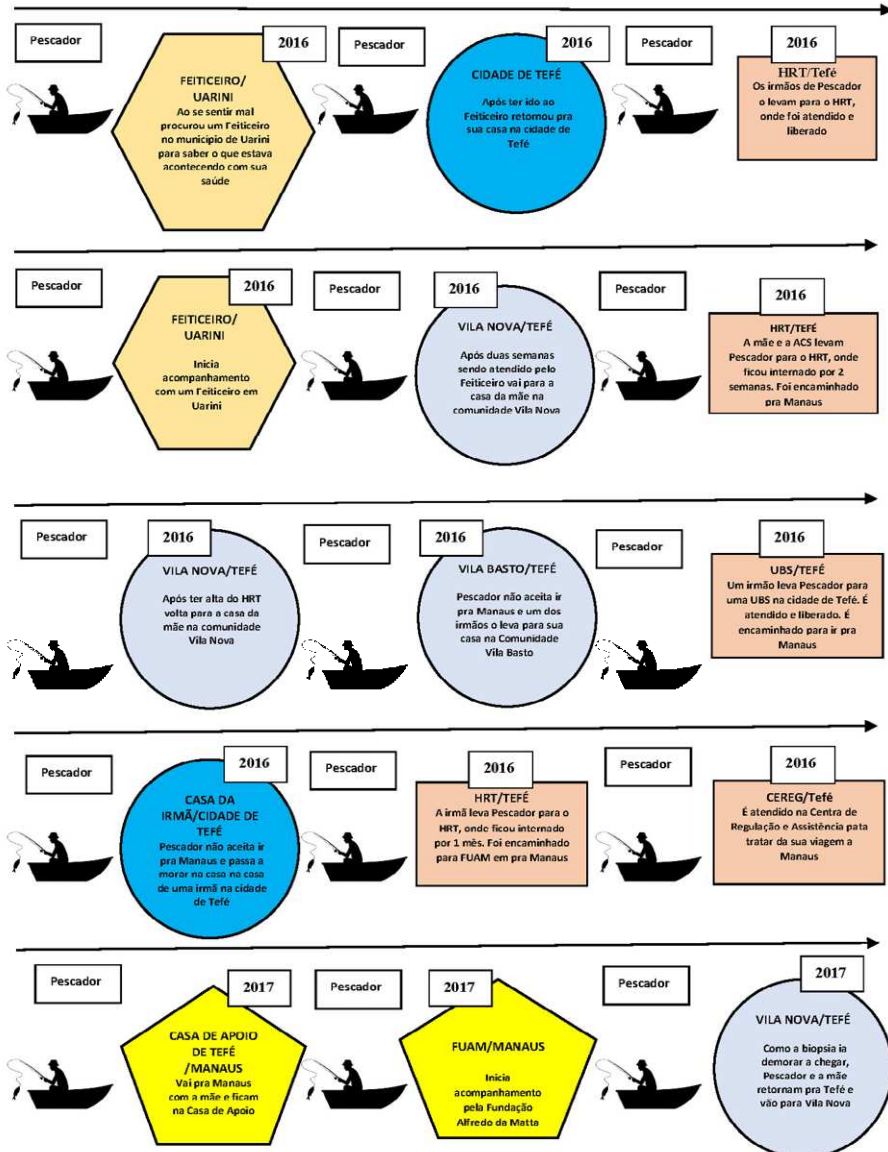
*Como cada um de nós era vários, já era muita gente.*

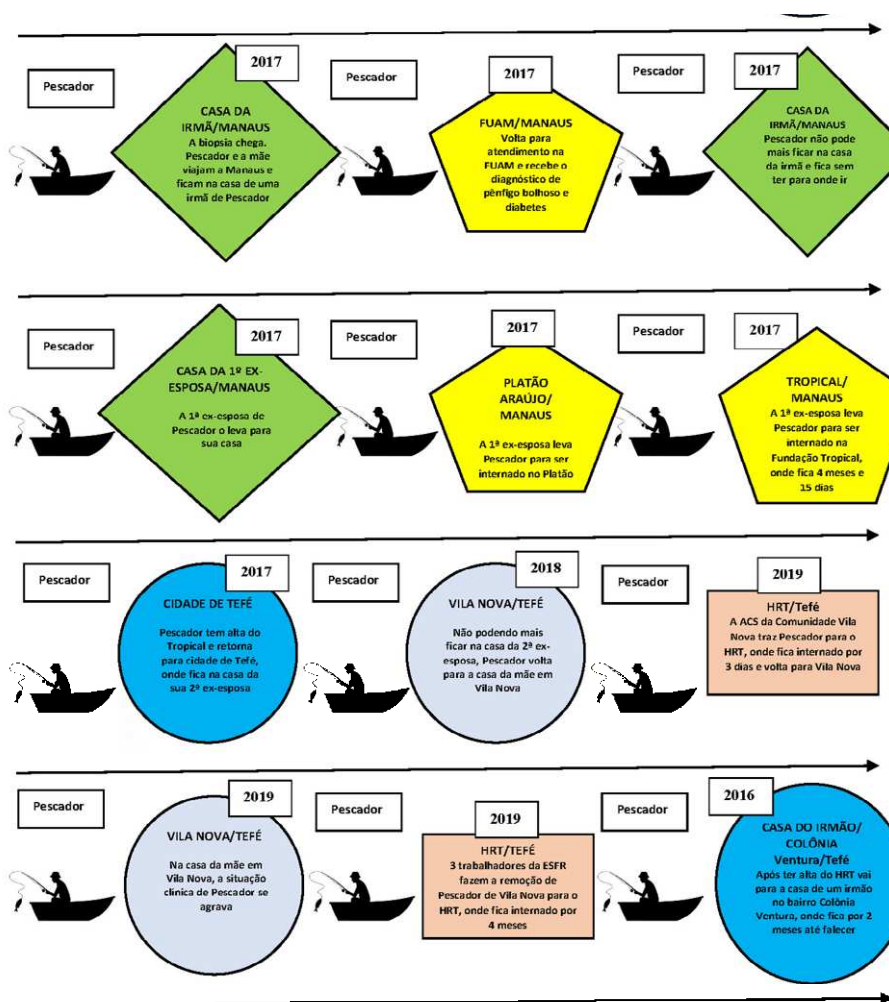
**Gilles Deleuze e Félix Guattari**

Iniciamos esta seção fazendo uso de dois fluxogramas (Figuras 47 e 48) que expressam os caminhos e conexões que o Pescador percorreu e mobilizou nas redes. Na figura 47, as formas geométricas com cores diferenciadas representam as diversas redes que foram mobilizadas, as estações dos cuidados, os diferentes territórios percorridos e as modelagens de transportes utilizados no período de

2016 a 2019, que corresponde aos primeiros sintomas do pênfigo até o falecimento do Pescador, destacando o tempo cronológico desse caminhar.

**Figura 47:** Caminhos do usuário-guia Pescador pelas redes do cuidado





### Legenda



Usuário-guia Pescador



Redes vivas na cidade de Tefé



Redes vivas na área ribeirinha de Tefé



Redes vivas na cidade de Tefé



Redes vivas no município de Urari



RAS na cidade de Tefé



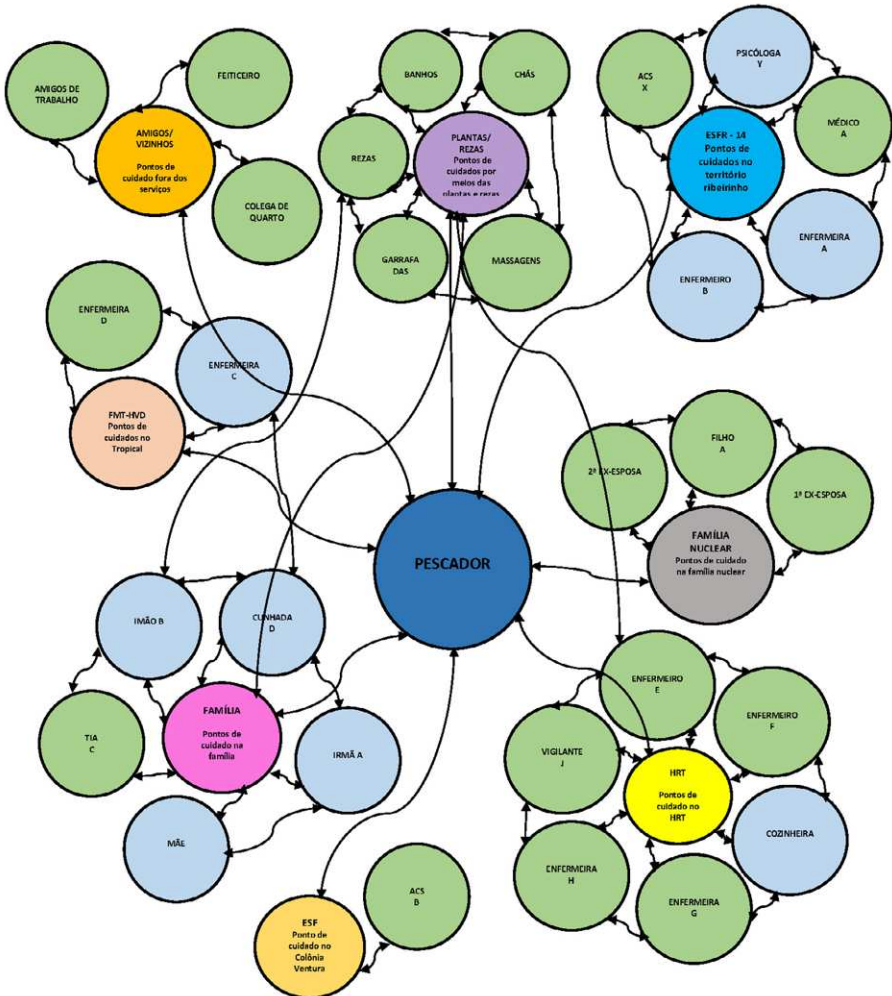
RAS na cidade de Manaus

Fonte: Elaborada pela autora, 2020.



No diagrama da figura 48, temos as redes vivas produtoras do cuidado que se potencializaram e emergiram no caminhar do Pescador, especialmente quando demandava atenção na RUE. O mapeamento das redes vivas do Pescador assemelha-se ao rizoma proposto por Deleuze e Guattari (2011a), pois, por não possuir um centro e nem seguir um ordenamento preestabelecido, o rizoma realiza-se de maneira heterogênea, com diversos pontos se conectando conforme os afetos e potencialidades produzidas pelo usuário.

**Figura 48:** Mapa com as redes vivas produzidas pelo Pescador.



Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

Embora o Pescador esteja no centro da figura 48, as setas que saem dão-se em um duplo sentido, representando um movimento heterogêneo em várias direções que corresponde à busca do Pescador por cuidado, bem como o movimento das suas redes para produzir cuidado, como veremos mais à frente.

No círculo laranja, temos as redes vivas formadas pelos vizinhos, amigos de trabalho e o Feiticeiro, a quem recorreu primeiramente. Essas redes já se faziam presentes na vida do Pescador antes do surgimento do pênfigo. Já no círculo com azul mais forte no canto superior esquerdo da figura 48, temos as redes vivas constituídas pelos trabalhadores da ESFR que atuam na comunidade Vila Nova, onde o Pescador passou grande parte de sua existência após descobrir o pênfigo.

Nota-se no círculo cinza as redes vivas formadas pelas famílias nucleares que o Pescador foi constituindo ao longo da vida. Já as redes vivas constituídas por sua família extensa estão representadas pelo círculo rosa. No círculo amarelo, temos as redes vivas representadas pelos trabalhadores do HRT, tecidas durante as longas internações do Pescador, mas que transbordaram para fora dos muros deste hospital.

Como as redes vivas não obedecem a um ordenamento lógico e nem se limitam a um único território, o Pescador foi abrindo novas redes de cuidado em outros territórios, como no período de sua internação na FMT – HVD em Manaus, representadas na figura acima pelo círculo com a cor em rosa claro. O círculo laranja claro representa a rede formada no bairro Colônia Ventura em Tefé, após ter alta do HRT, na pessoa da ACS, que passou a acompanhá-lo. E temos no círculo roxo as redes vivas produzidas a partir do conhecimento tradicional, do uso das plantas medicinais transformadas em chá, garrafadas, banhos, óleos para massagens e a figura do rezador.

Temos nos círculos azuis-claros as redes vivas com os atores que foram entrevistados e em verdes as que não foram, mas estas últimas revelaram-se como redes produtoras dos cuidados emergindo nas narrativas tanto do Pescador quanto nas outras fontes, umas com maior intensidade, revelando vínculos mais fortes, outras em menor intensidade.

Trazemos no título desta seção duas categorias analíticas importantes para o campo da saúde e, principalmente, para a dimensão da vida humana: Rede vivas e cuidado. Em relação às redes, o que se observa nos processos de organização dos serviços e das redes formais é uma produção de acordos baseados no que as tecnologias duras propõem, tendo em vista que a vida das pessoas e as possibilidades de produção de redes tendem a não entrar nos acordos administrativos. As redes vivas, como possibilidades de construir redes que potencializem vidas, não estão claramente definidas nas discussões administrativas. Contudo, as redes vivas fazem-se presente o tempo todo, indo ao encontro das necessidades e desejos de vida dos usuários e de seus familiares. As linhas de fugas produzidas pelos usuários não aparecem nos sistemas de regulação formais, o que dificulta sua inclusão

como caminhos possíveis. Nesse sentido, os usuários produzem caminhos ora determinados pelas redes formais de atenção à saúde, ora pelas suas redes vivas. Uma não sobrepe a outra (Rosa *et al.*, 2016).

A outra categoria refere-se ao cuidado. Neste estudo, nos apoiamos nas ideias de cuidado propostas por Ayres (2009). O autor discute o cuidado não como um conjunto de procedimentos, técnicas e medidas voltadas para aplicação de uma terapêutica. Ele trata o cuidado como um construto filosófico no sentido de se referir simultaneamente:

*Uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (Ayres, 2009, p. 42).*

Nesse sentido, pensando o cuidado como construto filosófico frente às práticas em saúde, Moreira e Franco (2016); Zoboli (2007) complementam dizendo que cuidar implica num ato ético, não isolado, indo ao encontro do outro para acompanhá-lo e juntos fomentar a vida boa para todos. Não se resume a regras e seu ideal consiste em uma atitude de relacionamento. Cuidar é uma atitude de ocupação, preocupação e responsabilidade com o outro, reconhecendo sua realidade e suas singularidades.

Tendo como norte os princípios das redes vivas e dos processos de cuidados, convidamos o leitor a acompanhar o nomadismo do Pescador e suas redes vivas. Compreendendo o usuário-guia como uma rede viva em si mesmo, decidimos partir da análise de suas narrativas que foram colhidas nos três encontros com o Pescador e como rizomas foram se espalhando para suas outras tantas redes vivas. Como podemos observar na figura 39, em 2016, quando o Pescador percebeu as bolhas, feridas e ferroadas características do pênfigo, não associou com uma doença clínica, mas seu pensamento se voltou para um feitiço que teria recebido. Ele que se considerava um homem muito trabalhador, sorridente e brincalhão: *eu tava com saúde e todo tempo meu jeito era assim animado, brincalhão com os outros, não sendo concebível adoecer daquela forma.*

Pescador, mesmo com a insistência de alguns familiares, não procurou de imediato os serviços de saúde. Após essa vivência na roça, deslocou-se na sua canoa rabeta até o município de Uarini e seu primeiro caminho foi buscar os cuidados de um homem a quem ele chamava de Feiticeiro e que morava neste município, pois suspeitava ter recebido um feitiço: pra falar a verdade pra vocês isso começou da ordem de uma bruxaria. Assim, O Pescador narra como começaram os sintomas a partir de uma ferroada no joelho em um dos dias que trabalhava em sua roça:

*Nesse dia eu senti uma ferroadada assim (...) Pois sim, aí eu bati né no joelho, eu não vi nada né, aí disse meu Deus do céu o que foi isso será? Foi dor na minha perna, aí foi acabando, a força da minha perna, aí eu fui tentar levantar com o paineiro de mandioca aí não consegui, modo que ia entalando (...) sei que era tanta dor, ia adormecendo (...) aí meu joelho foi inchando já, esse lado aqui, aí eu disse meu pai do céu, aí meio que aquele pensamento né, só pode ser negócio de bruxaria, (...) aí já começou deste inchaço, começou a sair essas bolhas por trás das orelhas, aqui pelo meu peito, pela perna, mas eram poucas né, essas bolhazinhas claras, aí quando espocava ardia como queimadura, coçava, (...) aí começou a inchar pelo meu rosto, aí eu procurei um cidadão que trabalhava com esse negócio (...) (de feitiçaria). (Pescador).*

Depois desse primeiro momento com o Feiticeiro, o Pescador retorna para a sua casa na cidade de Tefé, onde morava com a esposa e os 4 filhos. Mesmo já apresentando bolhas pelo corpo continuou o trabalho da roça que ficava em seu terreno, na estrada do Emade, onde permanecia no decorrer da semana e voltava para a cidade nos finais de semana. A primeira ida do Pescador ao HRT, em decorrência do pênfigo, foi marcada por uma situação inusitada: a criação de larvas na ferida da cabeça por moscas.

Em razão disso, começou a passar mal e uma irmã e um irmão do Pescador que moravam na cidade de Tefé foram chamados à sua casa, e ao verem as larvas nas feridas quiseram levá-lo ao HRT, mas esse se negou a se deslocar ao hospital. Contudo, continuava piorando e aceitou ir com os irmãos ao HRT, onde foi atendido para a retirada das larvas e liberado em seguida. Voltou para sua casa e manteve a rotina de trabalhar na sua roça, mas, em uma das vezes, retornou à casa com febre. As fontes, desta ida ao hospital, não mencionam o pênfigo como motivo das bolhas e feridas, pois parece que o atendimento se resumiu à retirada das larvas. As condições de saúde do Pescador pioravam, apresentava dores constantes, inchaço e dificuldade para se alimentar. Um de seus filhos, do seu primeiro casamento, chegou de Manaus e foi visitar o pai, encontrando-o com quatro dias sem se alimentar. Assim, o filho convidou o pai para retornar ao Feiticeiro em Uarini, tendo a concordância do Pescador. O filho comprou velas, tabaco, cigarro e cachaça, que eram os materiais que o Feiticeiro iria utilizar. Quando chegou em Uarini, iniciou o atendimento com o Feiticeiro, que tirava pequenos animais do corpo do Pescador, como sanguessugas e gafanhotos, colocando-os em álcool. Nessa ocasião, o Feiticeiro confirmou que alguém tinha realizado um feitiço. No trecho a seguir, o Pescador narra como eram os atendimentos com Feiticeiro:

*Ele disse assim, 'isso aqui que ia lhe matar (Feiticeiro se referindo ao grilo tirado), com a ajuda de Deus a gente vai dar um jeito, porque ele ia roendo, roendo até chegar na sua veia sangrinal da sua garganta, aí o senhor ia provocar sangue, iam levar o senhor para o hospital. O médico ia atestar uma hemorragia*

*hepática, sangrina, mas na verdade era isso aqui! (...) ele disse 'bem nossa parte nós vamos fazer, mas depois o senhor vai fazer a sua'. Eu disse tá bom, eu agradeço a Deus também, 'agora o senhor vai com o médico aqui da terra, o senhor vai ter que fazer exames porque esse tipo de bruxaria nunca vem sozinha, ela sempre vem acompanhada de outra doença. O senhor vai fazer exame e vai dar outra coisa'. Eu fiquei até assim meio não acreditando né, aí eu vim, quando foi pra fazer o exame deu esse pênfigo bolhoso e a diabetes (Pescador).*

O caminhar feito pelo Pescador em procurar primeiramente o cuidado do Feiticeiro nos permite algumas discussões. A primeira, que logo nos chama a atenção, foi o fato de procurar os cuidados do Feiticeiro antes da atenção básica. Este seu movimento não segue o instituído nas políticas relacionadas às RAS, que colocam a atenção básica como porta de entrada nas redes, dão cobertura a toda a população, atuam em um território delimitado, além de coordenar e integrar atenção (Brasil, 2010; Soares et al., 2014). Desse modo, o Pescador agiu com os dispositivos das redes vivas, com uma lógica diferente, que tem uma racionalidade própria da magia (Schweickardt, 2002). O território do feiticeiro não é definido pela política, mas pela dinâmica da vida das pessoas, surgem em qualquer lugar (Merhy et al., 2016). Isso explica o fato de que o Pescador viajou seis horas, numa canoa rabeta, para buscar cuidado em outro município.

Uma segunda discussão possível é em relação aos diferentes sentidos, concepções e compreensão de seus processos de saúde-doença que as pessoas apresentam. Esses sentidos nem sempre estão motivados apenas por fatores de cunho biológico. Conforme o que está preconizado nas RAS, era de se esperar que em situações como essa, o usuário procurasse os cuidados nos estabelecimentos formais de saúde, principalmente na figura do médico, mas o Pescador nos revelou que esse não é o único caminho possível em busca do cuidado em saúde. Não é a intenção desta pesquisa analisar se a busca pelos cuidados do Feiticeiro ou do médico teve alguma interferência em seu quadro clínico, mas sim enxergar o usuário como sujeito de desejos operantes sobre sua saúde e sua vida. Podemos perceber nos dois fragmentos das narrativas do Pescador que, em seus pensamentos, o que estava apresentando fisicamente era resultado de um feitiço recebido e não se tratava de uma doença autoimune, logo, foi procurar alguém que tivesse saberes sobre o mundo da feitiçaria, já que para ele não fazia sentido procurar um médico que não lidava com os feitiços.

Seus pensamentos de que sua doença estava atrelada a uma *ordem de bruxaria* surgiram com muita força em seu caminhar nas redes. Notamos isso ao contrariar seus familiares que queriam que ele procurasse de imediato os serviços de saúde, gerando tensões com estes, principalmente com a mãe, que não acreditava em feitiçaria: *Aí, pra você vê como é a mentira, eu acho que é mentira! Pra mim isso não é verdade*, narra a mãe. Só procurou os serviços formais de saúde depois que o Feiticeiro lhe disse: *agora o senhor vai com o médico daqui da terra. A*

negação em vir com a mãe para Vila Nova quando foi buscá-lo em Uarini. Inúmeros investimentos de diversas ordens tiveram que ser feitos, já o feiticeiro morava em outro município: comprou gasolina para se deslocar na sua canoa rabeta em uma viagem de quase 6 horas, comprou materiais como velas, tabaco, cigarros, cachaça para feiticeiro utilizar e tempo dispensado indo ao encontro de Feiticeiro, já que teve que permanecer em Uarini por duas semanas.

Mesmo depois de começar a usar as RAS de maneira mais intensa e já com o diagnóstico de Pênfigo Foliáceo Endêmico (PFE), o Pescador justificava sua doença como sendo da ordem de uma bruxaria, como podemos notar na fala de sua mãe: *De tanto eu ralhar ele aí... (risos), ralhava ele, que negócio de Feiticeiro menino, esse negócio de macumba, isso lá é macumba nada - eu disse - Isso é doença mesmo, o médico já não falou que isso é tal doença, eu já não disse pra ti? Até agora ele tem essa impressão.*

Os encontros com o Pescador iam abrindo as suas redes vivas, que se montavam e desmontavam o tempo todo. Esses teçumes de redes novas, descrições, afetos e acontecimentos foram emergindo nas cenas do cotidiano do Pescador, até então conhecido e identificado apenas como o senhor que tinha pênfigo e diabetes. A mãe surge em cena como ponto de apoio mais forte de sua rede viva, com quem construiu fortes vínculos que se fortaleceram após o Pescador passar a conviver com o pênfigo. Convidamos o leitor a se afetar com algumas dessas cenas.

A mãe nos conta que antes do Pescador casar-se com a segunda esposa e ir morar na cidade de Tefé, morava com a mãe na comunidade do Socorro, próxima a Vila Nova, atual comunidade onde a mãe reside. Ela fala como era um pouco a vida cotidiana do filho antes de adoecer, sempre atrelada ao mundo do trabalho, seja na roça ou na pesca. Conta que o Pescador, quando passou a morar na cidade de Tefé, comprou um terreno na Estrada da Emade, onde construía suas roças, mas nos finais de semana costumava ir para Vila Nova pescar, tirar mandioca d'água, fazer farinha. A mãe produziu narrativas que apontam como o filho construía seu modo de andar na vida no seu mundo do trabalho.

*Plantava roça e pescava, quando ele vinha pra fora (quando vinha da estrada) ele vinha por aqui pescar e aí ele tava trabalhando pra lá né. Tinha as vezes ele aparecia aqui comigo, 'mamãe vim pescar' e pescava por aqui, quando ele vinha pescava aqui pra trás pra pegar o peixinho dele. 'Mãe eu vou botar a mandioca aqui na água ou vou roçar ou vou fazer qualquer coisa' (Mãe do Pescador).*

*Trabalhava, ele não tinha na coisa não, o que ele quisesse fazer fazia, e pescava, e butava mandioca n'água, torrava a farinha dele só ele e Deus pra lá, e trazia, vendia, comprava o rancho dele, era assim. Depois que ele adoeceu não teve mais como né, mas quando ele vivia bom mesmo (...)* (Mãe do Pescador).



As redes vivas nos possibilitam visibilizar outras dimensões da vida do Pescador, como sua relação com o território ribeirinho. A mãe nos apresenta um Pescador que construiu sua vida atrelada aos rios aqui representada pelas suas práticas de trabalho na roça e na pesca, e *pescava, butava mandioca n'água, torrava a farinha*. O modo de vida do ribeirinho com o rio permite que este articule sua vida e suas formas de trabalho para sua subsistência e sua renda familiar. Assim, o ribeirinho mantém uma profunda articulação com a natureza, sendo o rio e suas águas o elemento essencial (Rente Neto & Furtado, 2015). Desse modo, percebemos nos trechos de narrativas da mãe que "o rio não é meramente espaço físico, móvel, mutante, mas lugar de seu trabalho, de sua sobrevivência, e sobre o qual dispõem de grandes conhecimentos acumulados" (Fraxe, 2004, p. 48). É nesse sentido que afirmamos que os rios estão presentes nas diversas formas da vida ribeirinha, um viver que não se limita a morar na beira do rio, mas sim de vivenciar o rio.

Quando a mãe nos apresenta a história de vida do Pescador e suas relações com o mundo do trabalho, estamos falando apenas de uma de suas tantas histórias de vida que tendem a ficar de fora das redes formais de saúde. Como vimos na seção anterior, a perda da relação deste mundo do trabalho tão vivo para o Pescador, algo que não está no seu prontuário, é uma das dimensões do pênfigo. Nesta direção, tomando o rio como território existencial, ao discutirmos saúde, torna-se indispensável considerar este território em que as pessoas usam, habitam, se movimentam, o que fazem no seu cotidiano, que papéis desempenham, suas condições sociais e econômicas, na perspectiva de produzir cuidado implicado com a vida dessas pessoas (Ferreira & Costa, 2017).

Uma cena do cuidado que destacamos nas narrativas da mãe foi seu movimento pelos rios até o município de Uarini na tentativa de produzir cuidado ao filho. Na ocasião, após a mãe retornar do município de Alvarães, é recebida com a notícia de que um dos filhos do Pescador o tinha levado para ser atendido pelo Feiticeiro em Uarini, e desde então recebia notícias de que o Pescador estava cada vez pior. Assim, a mãe esperou receber sua aposentadoria para sacar cem reais para comprar gasolina, com ajuda de um vizinho que tinha uma lancha com motor 15hp, se lançou pelos rios em uma viagem de aproximadamente 4 horas até a comunidade do Punã, pertencente ao município Uarini. A mãe foi determinada a trazer o Pescador de volta para sua casa.

Ao chegar em Punã, ficou sabendo que o Pescador tinha ido para cidade de Uarini. Com essa informação, comprou mais dez litros de gasolina para ir até a cidade. Quando chegou, era por volta de meio-dia, sob um forte sol, encontrou o Pescador saindo de um centro de saúde e disse ao filho que tinha ido buscá-lo. A mãe relatou que o filho estava muito inchado e apresentava dificuldade para andar, além de apresentar as bolhas pelo corpo. Insistiu que voltasse para Vila Nova, mas o Pescador disse que não podia porque precisava finalizar os atendimentos com o Feiticeiro, mas que na próxima semana voltaria. A mãe narra com afeto sua viagem em busca do filho:

*Aí eu peguei, recebi meu dinheiro da aposentadoria e tirei cem reais, aí eu comprei uma lata de gasolina (...) Aí eu peguei um motor do irmão aqui, pedi dele aí ele foi me levar (...) Quando eu cheguei no Punã, ele não tava no Punã já tinham levado ele pro Uarini. Aí eu atrás, eu digo já vim pra trás dele, eu vou atrás dele eu disse. Eu não sei como ele tá vivendo, não sei como ele tá passando, eu disse (...) Aí chegemo lá e agora saber por onde que tava. E pede pra cá, e pede pra li, pra saber onde que tava e foram me indicando, foram me indicando, té que eu cheguei onde que tava, ele tava no SESP<sup>22</sup>, aí eu encontrei ele(...) (Mãe do Pescador).*

Na semana seguinte, o Pescador voltou em sua canoa rabeta para a casa da mãe muito debilitado e ficou sendo cuidado por ela, que fazia uso dos remédios caseiros:

*Sei que aí ficou aqui. Aí tava aqui, tava aqui, e eu fazendo remédio caseiro pra ele por aqui e aí nada, cada vez pior. Eu tirei umas cascas de piranheira<sup>23</sup>, né pra fazer lavagem que aquilo trava ne. Pra fazer lavagem assim, pra ver se...pra lavar, né, pra vê se secava, né. Eu mesmo botava na água aquela casca ali e ficava a água roxa assim né, e eu banhava ele, dava banho nele pra ver se limpava aquelas feridas, passava uma pomada nele, aí mas quando era no outro dia ele tava pior, (...) meu Deus do céu! Tem que ir pro hospital. Aí levemo ele pro hospital, fomos pro hospital (Mãe do Pescador).*

Ao narrar como produzia cuidado utilizando os recursos da floresta, no caso as cascas de paus, a mãe faz emergir aquilo que Ayres (2009) chama de sabedoria prática (saberes populares, magia, feitiçaria, valores pessoais, crenças, religião, conhecimentos tradicionais). O autor ressalta que essa sabedoria prática deveria ser introduzida nos planos de cuidado propostos pelos profissionais para além das tecnologias duras. Assumir essa sabedoria prática é uma tarefa e um compromisso no cuidado. No entanto, destaca que a incorporação desses saberes por aqueles que detêm os conhecimentos técnicos é um desafio, tendo em vista que, esses saberes frequentemente são desvalorizados, são tomados como obscurantismo e atraso. Acrescenta que ignorar os saberes práticos que as pessoas carregam consigo ao lidar com a saúde é criar uma barreira que impede a participação no seu próprio cuidado. Além disso, lembramos que quando lidamos com as urgências e emergências no cenário amazônico, em muitas situações, as pessoas só têm os saberes práticos para recorrerem.

**22** - Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), é considerado o primeiro serviço implantado para a assistência à saúde no interior do Amazonas, a partir de 1942. Foi desativado na década de 90 após a implantação do SUS. Ver: História e política pública de saúde na Amazônia. Organizado por Júlio Cesar Schweickardt, et al, 2017.

**23** - Piranheira é uma árvore de grande porte comum na Amazônia. No conhecimento tradicional ela é indicada para os cuidados contra inflamações, dores no fígado, rim, estômago, ferimentos, diarreia e cicatrização.

O rio, como caminho das redes vivas do Pescador, nos revela a mãe como forte ponto de conexão e de potência no processo de cuidado do filho. Na cena acima, o cuidado é atravessado por outros aspectos diferentes daqueles empregados pelos saberes técnicos: o planejamento de esperar e separar parte do dinheiro da aposentadoria para adquirir a gasolina, insumo essencial nos territórios ribeirinhos; o tempo dispensado na viagem, que no cenário amazônico é medido em horas e não em quilômetros; a mobilização de outros pontos de cuidados, no caso o vizinho que foi dirigindo a lancha e o companheiro da mãe ao coletar da floresta casca de paus para a produção dos remédios caseiros para o Pescador.

Dessa maneira, as redes vivas possibilitam, potencializam, enriquecem, transformam vidas e produzem saúde (Maximino *et al.*, 2017). Nas suas tecituras nas redes, surge pela primeira vez nas narrativas a atuação da ESFR na figura da ACS. As condições clínicas do Pescador continuavam piorando, dessa maneira, a ACS que atua na comunidade, juntamente com a mãe, o levou em uma canoa rabeta para a cidade de Tefé. Nessa época, *o rio tava dando água aí nesse furo*, ou seja, o caminho percorrido pelo Pescador nesta viagem com ACS e a mãe aconteceu no período da cheia, onde é possível diminuir o tempo de viagem tomando atalhos pelos furos e igarapés na cheia dos rios.

Este percurso de Vila Nova até a cidade de Tefé na canoa rabeta leva aproximadamente uma hora no período da cheia. Ao chegar no porto da cidade, a ACS acionou a ambulância e o Pescador foi levado ao HRT, onde permaneceu internado por duas semanas. Encontramos na cena da remoção produzida pela ACS e a mãe do Pescador alguns analisadores que nos convocam às discussões, às quais destacamos: o lugar e o papel do ACS nesta cena; a logística e fluxo da remoção.

A ACS em questão atua há mais de mais de cinco anos na Comunidade Vila Nova e surge nas narrativas sempre atrelada às remoções do Pescador quando sua condição de saúde se agravava e precisava de atendimentos na RUE. Assim, na Vila Nova é a ACS a primeira pessoa a ser acionada diante de situações de urgências e emergências. Desse modo, a ACS tem um lugar e papel de destaque na produção do cuidado como acontecimento, pois quase sempre o ACS é o único trabalhador de saúde disponível na comunidade (Garcia *et al.*, 2017; Guimarães *et al.*, 2020). O ACS em território ribeirinho carrega em si uma multiplicidade de estratégias e uma caixa de ferramenta, funcionando como ponto de conexão entre a rede formal no lugar e papel de trabalhador da saúde e como pontos nas redes vivas.

Em relação à logística e o fluxo da remoção, o cuidado se dá como acontecimento em cada curva de rio, furos e igarapés, no caso dessa remoção, pelo Rio Solimões e Lago de Tefé. A comunidade Vila Nova, pertencente à área 14, que é a mais próxima da cidade de Tefé, a ACS não recorre a nenhuma Unidade de Apoio das outras comunidades, pois a mais próxima está localizada em direção contrária do rio, por isso é mais fácil e mais rápido ir para a Cidade de Tefé.

Na remoção, o cuidado com o Pescador foi compartilhado entre a ACS, a mãe e o próprio usuário, pois a ACS vinha dirigindo a canoa rabeta, utilizando os seus conhecimentos sobre os rios para fazer a remoção em segurança e em menor tempo. Enquanto isso, a mãe vinha cuidando para que a pele do Pescador não ficasse atritando na embarcação, protegendo-o do sol com o auxílio de um guarda-sol.

Na internação no HRT, um dos médicos deu encaminhamento para a remoção do Pescador para Manaus, mas não quis ir, pois alegou que só iria com a mãe. No entanto, a mãe disse que não poderia porque não tinha segurança para andar em Manaus. Assim, o Pescador teve alta e voltou para Vila Nova, onde teve o cuidado da mãe.

Para compartilhar os cuidados com o Pescador, um de seus irmãos, que na época morava na Comunidade Vila Bastos, próxima a Vila Nova e que também faz parte da área 14, levou-o para sua casa. As condições clínicas do Pescador agravaram-se e o irmão o leva para a cidade de Tefé, onde foi atendido em uma UBS. A equipe da UBS encaminha o Pescador para Manaus, mas novamente não vai porque alega não ter acompanhante e não ter local para se hospedar em Manaus.

Nessa ida à cidade de Tefé, o Pescador ficou na casa da irmã X que, ao perceber a piora do irmão, levou-o para o HRT, onde ficou internado por um mês. Nesta segunda internação, mais uma vez o Pescador foi encaminhado para Manaus, para a Fundação Alfredo da Matta (FUAM), centro de referência nas áreas de Hanseníase, Dermatologia Tropical e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Como não um familiar disposto a lhe acompanhar, a mãe decidiu ir com o Pescador para Manaus.

A partir desse encaminhamento, o Pescador começou a tecer suas redes em outros territórios tanto geográficos quanto existenciais. Em janeiro de 2017, após a liberação do

Tratamento Fora do Domicílio (TFD) pela SEMSA, o Pescador e sua mãe viajaram de barco recreio para Manaus. Ao chegarem, o carro da Representação de Tefé foi buscá-los no porto e os levou para a Casa de Apoio do município de Tefé em Manaus. O Pescador acreditava que quando chegasse em Manaus iria ficar de imediato internado, no entanto, o encaminhamento que recebeu foi para atendimentos eletivos.

Deste relato, notamos alguns elementos e pontos que o Pescador mobilizou em seu nomadismo após ser encaminhado a Manaus: TFD, Representação e Casa de Apoio de Tefé. A gestão do TFD é realizada pelo município de Tefé, utilizando o sistema da Central de Regulação e Assistência (CEREG), agendando o atendimento ambulatorial. O Estado é responsável pela gestão do Sistema de Transferência de Emergência Regulada (SISTER), que no município é preenchido pelo Hospital, em situações de remoção de urgência e emergência. Na situação em que se encontrava, foi encaminhado para atendimento eletivo, sendo regulado pela CEREG. Após serem atendidos pelo Serviço Social da CEREG, o TFD libera as

passagens de barco para o Pescador e mãe realizarem a viagem até Manaus.

O TFD é um dispositivo legal instituído pelo Ministério da Saúde e foi criado com a finalidade de garantir os princípios o princípio da atenção integral no SUS. O TFD é destinado para atendimentos em saúde quando no domicílio de origem do usuário não há uma assistência médico-hospitalar adequada às necessidades. Assim, o TFD inclui consulta, atendimento ambulatorial, hospitalar e/ou cirúrgico previamente agendados; passagens de ida e volta para que o usuário possa se deslocar até o local do procedimento e o retorno à sua cidade de origem, assim como o custeio da alimentação e hospedagem (Costa et al., 2020). Devido aos serviços e atendimentos especializados ficarem concentrados nas capitais, Silveira e Pinheiro (2014) dizem que o TFD acaba sendo um dispositivo usado com muita frequência na realidade Amazônica, criando um intenso contexto de mobilidade do usuário entre o interior e capital na atenção à saúde.

A Casa de Apoio foi outro ponto que o Pescador mobilizou tendo em vista que, embora fique na cidade de Manaus, é gerida pelo município de Tefé. A Casa de Apoio é um serviço com estrutura para receber e acolher os usuários e seus acompanhantes que vão à Manaus, através do TFD, para o atendimento e o acompanhamento de saúde. Outro ponto foi a Representação de Tefé em Manaus, que dispõe de carros e motoristas para o deslocamento do Pescador e sua mãe.

Ao caminharmos com Pescador vamos percebendo que os serviços e as redes vivas lhe atravessam de maneira mais ou menos intensa. No caso da Casa de Apoio e da Representação, estes surgem de forma menos intensa nas narrativas do Pescador e da mãe, revelando não terem tido boas experiências com estes serviços. Não fazem menção ao funcionamento da Casa de Apoio, nem se oferecia outros modos de produzir cuidado além do espaço para se acomodarem e da alimentação. A única pessoa desses dois serviços que surgiu nas narrativas foi a figura do motorista, talvez por ser a pessoa que frequentemente o transportava.

Em alguns momentos, a Casa de Apoio foi espaço de tensão, conflitos e descuidado nas andanças do Pescador em Manaus, seja pelo preconceito em relação ao pênfigo, seja na logística das viagens, pois o carro da Representação costumava deixá-los em um serviço de saúde pela manhã e só ia buscá-los ao final da tarde. Desse modo, permaneciam o dia inteiro sem alimentação. Nesse sentido, o caminhar do Pescador nos ensina que estes serviços, assim como podem ser territórios potentes, produtores do cuidado, da acolhida, do vínculo, do apoio, também podem se revelar como espaços produtores de barreiras ao acesso em saúde, intensificando o sofrimento. Daí a necessidade de problematizar e refletir sobre o papel e a importância desses serviços, pois o fato de estar longe de casa e o desconhecimento de um grande centro urbano, são elementos suficientes para geral desconforto e estres.

Dessa maneira, na primeira viagem a Manaus, o Pescador iniciou seus atendimentos na RAS na FUAM. Como estava na Casa de Apoio, o motorista da Representação

de Tefé o levava e trazia dos atendimentos na FUAM. Em sua primeira ida à FUAM, fez diversos exames, incluindo uma biopsia. Como o resultado da biopsia iria demorar a chegar, o Pescador e a mãe retornaram para Tefé e logo foram para a comunidade Vila Nova.

Quando chegou o resultado da biopsia, o Pescador e a mãe retornaram a Manaus, mas dessa vez ficaram na casa de uma irmã do Pescador, que na época estava morando em Manaus. Não quiseram ir para a Casa de Apoio, pois, segundo o relato da mãe, ele sofria nesse local. Da casa da irmã, o motorista da Representação o levava para FUAM. Ao retornar à FUAM fez outros exames e com o resultado da biopsia teve o diagnóstico de PFE e diabetes.

Em função disso, o Pescador precisou ficar mais tempo em Manaus, permanecendo na casa da irmã, mas por pouco tempo. A mãe adoeceu, como ela diz: *é só bater em Manaus eu adoço*, e voltou para Tefé deixando Pescador na casa da irmã. Devido ao odor e por achar que a doença era contagiosa, a família do esposo da irmã não quis a sua presença na casa. Assim, Pescador ficou sem acompanhante e sem um lugar para ficar.

Não podendo mais ficar na casa da irmã, o Pescador ligou para sua primeira ex-esposa que mora em Manaus pedindo ajuda, mobilizando assim mais uma parte da sua rede viva. Ela prontamente disse que no dia seguinte iria pagar um carro de aplicativo para o deslocamento da casa da irmã até a sua casa, pois havia um quarto que havia alugado para um de seus filhos. Contudo, o apoio oferecido por ela foi bem mais além do que simplesmente levá-lo para sua casa, pois viu as condições de saúde em que o Pescador se encontrava e imediatamente procurou atendimento em um pronto-socorro. Na ocasião, ele mal conseguia andar, apresentava muitos ferimentos pelo corpo, principalmente nos pés, inchaço e sangramento. Ele fala com emoção do encontro com sua 1ª ex-esposa:

*(...) aí fui embora, quando cheguei lá, ela mora lá no Parque Dez (a 1ª ex-esposa), pro lado de lá, aí quando ela me viu não aguentou, ela chorou, pensava que não estava daquelas condições, e eu estava assim todo inchado né, pés abriu tudo (trecho inaudível), aí ela ficou olhando assim e disse 'não é pra você ficar aqui não, o teu caso é sério, essa doença na pele é pra ficar internado no hospital', aí eu disse é, tá bom, aí ela liga de novo lá pra Casa de Apoio pra mandarem uma ambulância de lá pra mim ir pro...outro lá (não consegue lembrar o nome) (Pescador).*

No entanto, quando sua primeira ex-esposa o levou para ser atendido em um pronto-socorro de Manaus, encontrou resistência, pois os profissionais alegaram que o "caso" do Pescador era para outro tipo de serviço, pois só atendiam urgências e emergências decorrentes de acidentes, ferimentos por armas e traumatismos. Diante da resistência do atendimento, a amiga da 1ª ex-esposa que também estava



o acompanhando, fez um barraco na recepção do pronto-socorro, dizendo que iria furar o Pescador com uma faca na recepção para ser atendido. Depois dessa reação da amiga, foi atendido, permanecendo em observação por duas horas, e realizou vários exames até ser encaminhado para a Fundação de Medicina Tropical Heitor Vieira Dourado (FMT - HVD).

*Em observação mais ou menos assim umas duas horas né, e lá todo tempo o ar condicionado todo tempo ligado direto e eu tava assim tremendo, aí tomei soro, fizeram um anti-inflamatório lá, antibiótico né, era umas duas horas, aí eles correndo atrás, até que ele (O médico) pegou, deu o encaminhamento, disse 'olha o tratamento dele não é pra cá não, é pro Tropical', aí ta bom, fiz os exames lá tudinho, é muito mais rápido os exames lá, de sangue, 'o problema dele é diabetes e esse pênfigo, mas aqui não faz tratamento não' (reproduzindo a fala do médico) (Pescador).*

Abrimos um parêntese nesta cena emergida em um pronto-socorro da maior capital da Região Norte para ressaltar que o Pescador entrou na RUE, neste caso representada por um serviço de pronto atendimento, mediante ameaça por uma de suas acompanhantes. Comenta que só foi atendido porque ela (a acompanhante) *é uma daquelas meia esquentada, ela não tinha papo na língua não*. Nesta cena, assim como ocorre com tantos outros Pescadores, os usuários são atendidos, mas não são percebidos, pois, muitas vezes, a porta e o vínculo se fecham. Assim, a primeira ex-esposa e sua amiga foram redes que produziram vida, cuidado e saúde, contudo, criadas pelos movimentos existenciais do usuário-guia e não pelos fluxos e protocolos preconizados pela RUE.

Em relação ao atendimento do serviço de pronto atendimento, Sampaio et al. (2016) falam que para vários usuários, estes serviços são referências para suas demandas assistenciais. Contudo, apresentam atuação centralizada nos modos queixa-conduta, com forte tendência medicalizante, atendendo à lógica consumista, mercantil e midiática da saúde. Mesmo os usuários não tendo acompanhamento longitudinal e um olhar mais ampliado do seu processo de saúde, quase sempre são atendidos no mesmo dia nos serviços de pronto atendimento. Diante de um aparato de tecnologias duras e leve-duras, saem com seus exames e medicamentos, estes últimos mais difíceis de serem ofertados na AB.

Destacamos que mesmo estando no pronto-socorro, não foi a equipe deste que proporcionou a remoção do Pescador para a FMT - HVD, mas sim sua primeira ex-esposa, que fez toda a mediação com a Representação de Tefé para trazer a ambulância e levá-lo, ou seja, mesmo estando em um centro urbano, em que se concentra a maioria dos serviços da RUE, foram suas redes vivas e os serviços do município de origem que produziram o cuidado. Podemos nos questionar que sem a presença da Representação de Tefé e suas redes vivas, como seria o seu andar pelos serviços de saúde?

*Pegaram o encaminhamento, 'agora nós vamos para o Tropical', eu disse colega vocês que vão me levar porque eu mesmo, me botaram na ambulância e fomos embora. Lá no Tropical já, aí fui prá lá, quando terminaram de ajeitar tudo foi dez horas da noite, bota soro, ela (ex-mulher) disse 'bem agora você tá internado aqui, é aqui que você vai ficar', aí fiquei lá no Tropical, passei 4 meses e 15 dias (Pescador).*

Do pronto-socorro, Pescador foi levado pela primeira ex-esposa para a FMT - HVD, onde deu entrada e ficou internado por 4 meses e 15 dias. Nesse período de internação, conforme apontam as fontes colhidas, a 1ª ex-esposa ficou sendo a sua principal referência, já que sua mãe retornou a Tefé. A primeira ex-esposa trabalhava em dois turnos, deslocava-se no transporte coletivo e mesmo assim tomava dois ônibus para visitá-lo. Costumava visitá-lo depois do trabalho ou nos finais de semana.

Não foi possível nos encontrarmos com a primeira ex-esposa do Pescador, pois surge nas narrativas como uma pessoa muito importante, que estendeu a mão quando ele mais precisou, apoiou, acolheu e ajudou em um dos momentos de maior fragilidade, quando estava sem a companhia da mãe. Ele valoriza esse gesto:

*Quem ia era minha ex-mulher (1ª ex-mulher), eu agradeço muito a Deus a ela, primeiramente a Deus e ela, a colega dela, a enteada dela ia me visitar (...) ela que tinha que vir de lá, tinha que pegar duas conduções, ela trabalhava em dois turnos, ela trabalhava um de dia e a noite, foi cansativo, ela até perdeu um dia de trabalho, mas eu disse Deus vai te dar em recompensa (Pescador).*

*Ficou sendo cuidado por ela (primeira ex-mulher). É, pra botar lá. Aí ela ficou cuidando dele, né, porque ela trabalhava e quando ela chegava do trabalho, ela ia lá de noite já ver ele (Mãe do Pescador).*

*Aí ele recorreu ela lá em Manaus, foi ela que ajudou, deu muito esse apoio lá, internou ele lá no Tropical, só que ela trabalhava só ia dia de sábado e domingo lá visitar ele. Sábado à noite né e domingo ela ia visitar ele e ficava lá com ele, aí depois que a minha mãe veio embora deixou ele lá foi ela que tomou conta dele, o tempo todo lá nos finais de semana né, agora ele ficava sozinho lá no hospital (Irmã X do Pescador).*

Lembramos que a compreensão de rede utilizada nesta pesquisa não está centralizada em sua estrutura fixa, hierarquizada, institucionalizada, preestabelecida e arborescente. Pelo contrário, estamos interessadas nas suas conexões, nos seus nós, nas suas aberturas e flexibilidade para o mundo e para o outro (Deleuze & Guattari, 2011a). Como nas vivências do Pescador com sua 1ª ex-esposa, as redes são vivas em acontecimento, produzindo encontro e afetações nos corpos de ambos.

O Pescador com sua vida nômade nos seus caminhos apresenta alta capacidade de produzir redes vivas para atender suas necessidades (Merhy *et al.*, 2016). Sobre o período em que ficou internado no FMT - HVD, mencionava os cuidados da equipe, que tinha em destaque a enfermeira C, que surgia com muita frequência em suas narrativas. Como neste estudo seguimos o nomadismo e assumimos um caminhar com o usuário, perguntamos se concordava que tivéssemos uma conversa com a enfermeira C, e consentiu, pois se sentiu cuidado por ela.

Nosso encontro com a enfermeira “C” foi marcado por narrativas emocionadas e afetuosas pela convivência com o Pescador durante sua internação no FMT - HVD. Logo no início de nossa conversa, fala com tristeza sobre o seu falecimento, ficando emocionada, voz embargada e chorou. Essa mistura de emoção tomou conta da enfermeira em diversos momentos no nosso encontro. A enfermeira conta que quando foi internado não era o seu plantão e quando chegou, seus colegas de trabalho construíram uma imagem sobre o Pescador, mesmo antes de conhecê-lo. Os profissionais falavam que Senhor era difícil, falava palavrões e tinha um odor fétido devido às feridas.

Os colegas da Enfermeira C apresentavam resistência em se aproximar e cuidar do Pescador. Esses agenciamentos produzem diferentes imagens, que implicam em diversos arranjos (des)feitos na rede para a produção do seu cuidado. Dessa forma, Silva *et al.* (2016) falam que a imagem se constitui em uma produção subjetiva com efeitos potencializantes ou despotencializantes na produção do cuidado.

A enfermeira “C” reconhece que no início era muito teimoso, respondão, mas que procurou se aproximar dele, conversando e fazendo os curativos com muita frequência, quando dispensava o uso de máscaras. Por isso, os dois foram criando vínculos mais fortes e os cuidados com o Pescador não se resumiam mais aos dias de plantão da enfermeira. Ambos tinham o telefone um do outro, e mesmo não sendo dia de seu plantão, ela ligava para saber como estava, se já tinha se alimentado, tomado os remédios, e se colegas tinham feito os curativos. Em alguns momentos, o Pescador tomava iniciativa e ligava para dizer como estava se sentindo.

Ao falar sobre sua atuação no FMT - HVD, a Enfermeira C diz que procura atender e tratar todos os usuários de maneira igual, mas reconheceu que sua relação com o Pescador era diferente, ia além dos cuidados de enfermagem. A enfermeira C cuidava quando se disponibilizava a ouvi-lo, quando mobilizava seus colegas para conseguirem roupa e material de higiene pessoal, quando auxiliava no requerimento para o auxílio-doença, inclusive chegou a ir em uma agência do INSS.

Entre tantos trabalhadores de saúde do FMT - HVD, a relação da enfermeira com o Pescador deu visibilidade a ambos. De acordo com Silva *et al.*, (2016), a visibilidade nos serviços só é possível mediante abertura para o outro como um acontecimento. No cotidiano dos serviços geralmente são experimentados modos operantes como rotinas, hierarquia e repetições. Desse modo, a enfermeira e o

usuário-guia provocam deslocamentos, ligando, importando-se um com o outro fora dos horários formais dos serviços, produzindo os acontecimentos.

A enfermeira lembra que no dia da sua alta, após os quatro meses de internação, não era seu dia da escala de plantão, e quando chegou para trabalhar não o encontrou. Procurou saber quem tinha vindo buscá-lo e lhe informaram que foi alguém da Representação de Tefé. Embora tenha tido alta, o Pescador saiu com um documento com a data de retorno para atendimento no Tropical, mas nunca retornou. O fato dele não ter retornado para os atendimentos no FMT-HVD surge na fala da enfermeira C como ausência dos serviços de saúde de Tefé, da falta de comunicação, pouca articulação com os profissionais da Representação de Tefé e ausência dos familiares.

Mesmo depois de ter recebido alta, a enfermeira “C” e o Pescador continuaram se relacionando por telefone, ela em Manaus e ele em Tefé. Ela costumava falar com a irmã para ter notícias, saber como estava, solicitava fotos para acompanhar se as feridas estavam cicatrizando ou não, conversavam sobre a logística de como poderia enviar pelo barco alguns materiais hospitalares para Tefé para serem usados nos curativos em casa.

Em um de nossos encontros nos diz: *Assim, se vocês falarem com ela (se referindo a enfermeira (...)) uma coisa que eu lembro do, como é que chama, corite, né?* Com esta fala, Pescador narra que foi um dos poucos momentos prazerosos e de descontração em sua relação com a enfermeira C. Mesmo tendo uma alimentação “controlada” em razão da diabetes, uma das coisas que mais gostava nos dias dos plantões da enfermeira C era o fato de que trazia corite (dindim, geladinho). Ele narra esses momentos com a enfermeira:

*Ela levava escondido pra mim porque eu tenho diabetes né? (...) Ai colega dava graça, achava graça (...) Ai ela chegava lá e dizia ‘Seu Pescador trouxe uma coisa aí, o Senhor vai querer quantos?’ Eu quero três! (...) Não, mas isso não era toda hora não. (...) ‘Bora fazer o teste da glicose né, desse negócio da diabete’. Ai ela dizia ‘Deu alto porque tu chupou geladinho’ - ela dizia (risos). Ai eu dizia, a senhora que trouxe. (...) Ai quando eu ia tomar a derradeira dose do remédio era meia-noite, e de meia-noite pra frente passava o sono e dava fome. Ai lá eu tinha que usar o geladinho. Ai eu dissolvia ele na água. Ai eu lembro dos geladinhos delas (Pescador).*

O Pescador reconheceu que foi bem cuidado no FMT - HVD, sendo que os profissionais que o cuidavam se tornaram sua família: *eu tava sem parente, aí minha família lá foi eles, né? Me acolheram, me trataram bem*”, tendo a enfermeira C como vínculo mais forte. Os vínculos estabelecidos nesta relação mostraram-se potentes e capazes de extrapolar os limites físicos do Hospital, os territórios geográficos e as “grandes distâncias” amazônicas. Percebemos aqui o alto poder

rizomático das redes vivas, sem limites externos e contornos definidos, com fortes conexões internas, com capacidade de crescer a partir de seus nós, por todos os lados e direções. As redes vivas, apesar de não previamente designadas para tal, atravessam e participam dos processos de saúde-doença-cuidado das pessoas (Maximino *et al.*, 2017).

Durante essa longa internação no FMT - HVD, o usuário-guia solicitou o auxílio-doença junto ao INSS, mas que foi negado devido a problemas nos documentos emitidos pelo Sindicato de Pesca. Ele teria que voltar à FMT - HVD depois de seis meses, coisa que não aconteceu. Pescador retornou de barco recreio para Tefé, no entanto, enfrentou dificuldades porque não tinha acompanhante e só conseguiu ir na companhia de um outro usuário e a irmã dele, que eram de Tefé. Este também estava internado na FMT - HVD.

Ao chegar na cidade de Tefé em agosto de 2017, ficou em sua casa, que havia deixado para a segunda ex-esposa e os filhos morarem. Permaneceu na cidade tentando resolver a documentação para solicitar novamente o auxílio-doença. No decorrer desse período que estava morando na casa da segunda ex-esposa, segundo algumas das fontes, Pescador não foi bem cuidado e teve seu quadro de saúde agravado. Assim, pelo fato da sua segunda esposa ter outro relacionamento, ele saiu da casa e voltou para a casa da mãe em Vila Nova, onde suas condições clínicas continuaram a piorar.

Em 2019, quando a ACS realizou uma visita a Pescador, o convidou para ir à cidade de Tefé. Novamente, a ACS e a Mãe o levaram de canoa rabeta para ser atendido no HRT, onde ficou internado por três dias, e retornou para Vila Nova. Esta terceira internação no HRT foi um marcador importante na trajetória de vida e das suas redes.

Esta internação se constituiu num marcador, pois o Pescador se recusava a ser atendido novamente no HRT e ganhou visibilidade das equipes, gestão e serviços de saúde. O fato dele não querer mais ser internado se deu principalmente pelo modo como os profissionais da ambulância fizeram a remoção até o HRT. Segundo o Pescador, o colocaram em uma maca seca sem nenhum tipo de proteção, causando várias lesões na sua pele, que já se encontrava extremamente sensível ao toque. Após esse episódio, ele falou que não queria mais ir para o HRT. Narra como foi sua remoção para o HRT: *ai nós viemos com ela (ACS), ai até na canoa ia bem, mas quando chegou aqui pra pegar a ambulância, ai eu pensei que iam ajeitar um coxão, uma coisa, me botaram em cima daquela banqueteta dura né, ai foi esfolando tudo* (se referindo a sua pele).

O que fez com que Pescador não quisesse mais ser atendido no HRT? Haveria outros modos de fazer a gestão do cuidado neste serviço? O que levou a equipe a abrir mão de uma possibilidade de vínculo com um usuário recorrente no território do HRT? O que mudou na gestão do cuidado do usuário-guia a partir de sua resistência e da mobilização da ESFR? Esses questionamentos são pontos-chave

para refletirmos sobre os acontecimentos que se deram na trajetória assistencial e de vida do usuário.

Em relação à resistência de se internar no HRT, percebemos uma atuação da equipe que se dava de maneira pontual, fragmentada, centrada na doença e na clínica biomédica, permeada por barreiras relacionadas ao estranhamento e preconceito ao pênfigo, e com pouco diálogo com outros serviços da rede. Sobre isso, Sampaio et al. (2016) ressaltam que não existe apenas um atendimento pontual, mas também um usuário recorrente, que “bate e volta” e não consegue ser enredado nos serviços, em um movimento que reproduz o cuidado centralizado na queixa-conduta, vivenciando baixa resolutividade.

Após três dias de internação, teve alta e retornou para Vila Nova, mas sem nenhuma melhora no seu quadro de saúde. A ESFR, em visita à comunidade Vila Nova, verificou que as suas condições clínicas requeriam uma internação urgente, mas ao propor uma nova internação no HRT, disse que não queria ir. A resistência do Pescador em não querer mais ser atendido pelo HRT a partir das vivências ruins até então, torna-se um acontecimento que não se limita mais a ele, mas afeta a sua trajetória assistencial e existencial. Nesse sentido, sua resistência como acontecimento e movimento produz agenciamentos maquínicos (do corpo) e coletivos (de enunciação), processando encontros e arranjos que desterritorializam e re-territorializam o serviço do HRT e as relações com os trabalhadores dos serviços (Silva et al., 2016).

A partir da resistência de Pescador como acontecimento, houve uma mobilização por parte da ESFR em vários movimentos. Uma parte da equipe foi pessoalmente dialogar com a Coordenação da AB para que pudessem fazer a “ponte” com a Direção do HRT, no sentido de oferecer um atendimento diferenciado como, por exemplo, não ser internado com os outros usuários, já que, segundo a equipe, ele se sentia constrangido devido ao forte odor das feridas e pelo fato de não poder vestir roupas. Outros profissionais da ESFR foram dialogar com a Direção do HRT para que pudessem proporcionar uma internação mais cuidadosa. Enquanto isso, outros integrantes da equipe buscaram um diálogo com Pescador e seus familiares na tentativa de aceitar o retorno ao HRT. Os trabalhadores narram como foi a mobilização feita para conseguirem a internação do usuário-guia:

*Quando a gente foi (...) justamente coincidiu no dia que a gente chegou na comunidade foi visitar ele, ele tava muito, muito mal, eu sai de lá chorando, mas chorando com raiva do que fizeram (se referindo a internação anterior no HRT), aí eu e o doutor Miguel (Médico da ESFR que atende na área ribeirinha 14) junto com o enfermeiro, cheguei com a Joana (Coordenadora da Atenção Básica) na Atenção Básica falar a real situação o que que foi que o hospital fez em relação a esse paciente que ele tinha que ir pra casa, acho que deram algum medicamento, que ele ia acabar contaminando outras*

*peças, é óbvio, mas ele tinha que ir para o isolamento, e não levaram, eu e o Miguel, a gente foi lá no hospital brigar, brigar pela situação dele (se referindo ao Pescador), a gente foi, a equipe, ele mesmo resistente não querendo mais voltar para o hospital (Trabalhador da ESFR). (Editado em função de alteração de nomes).*

*(...) a situação dele era uma situação que tinha que ficar mais restrita né pelo o caso dele né, ele tava muito crítico mesmo, aí foi quando eu tive que ligar pra enfermeira Joana que era a coordenadora da Atenção Básica junto com a Lúcia (Diretora do HRT), eu queria porque queria um leito pra ele. (Trabalhador da ESFR). (Editado em função de alterações de nomes).*

*Eu mesma que liguei porque eu não queria deixar ele lá na emergência né, não tinha como eu deixar lá o povo entrando e saindo e todo mundo parou pra olhar, e assim ele se sentindo mau né (...) aí foi quando eu conversei com a Lúcia, fui com o médico, foi aí que no outro dia eu e o Dr. Miguel a gente voltou lá e a gente conseguiu com que ele fosse internado (Trabalhador da ESFR). (Editado em função de alterações de nomes).*

Como atores sociais importantes nas redes, os trabalhadores de saúde produzem redes a partir de seu modo de pensar e operar cotidianamente nos serviços de saúde, constituídos no campo da macro e micropolítica, sendo a última em que a vida produtiva se organiza pelas relações e conexões realizadas pelas pessoas em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações (Franco, 2013). Assim, quando os trabalhadores narram que “brigaram” pelo usuário, que foram presencialmente falar com a gestão e a direção, usaram seus próprios telefones nesses diálogos e foram ao encontro dos familiares do usuário, faz emergir o agir em saúde em sua micropolítica. O autor citado nos lembra que nessa perspectiva da micropolítica, a produção da vida efetua-se por meio de criação de linhas de contato entre os agentes sociais.

Depois dessa mobilização, o Pescador aceitou retornar ao HRT. Após combinarem o dia da remoção, três trabalhadores da ESFR que atuam no território ribeirinho da área 14 foram até Vila Nova para fazer a remoção para o HRT. A remoção foi facilitada porque ocorreu no período da cheia, por isso as águas do Rio Solimões estavam bem próximas às casas. Por outro lado, Pescador estava muito debilitado, não conseguiu mais andar, sendo necessário que a equipe o carregasse por uma ponte improvisada até a lancha. Fragmentos de narrativas de um dos trabalhadores de saúde revelam como se deu a remoção na situação de urgência e emergência no território líquido da área 14, mais especificamente a Comunidade Vila Nova.

*Na seca tem esse barranco, mas na cheia não, na cheia tipo a casa dele ficava ali e a gente encostava bem aqui na ponte por isso não foi tão difícil pela ponte, porque a gente vinha pelo uma ponte, andando devagar porque assim nesse*



*processo quando a gente fez a remoção ele não tava nem conseguindo andar direito, tinha que carregar, agora imagina carregar num pedaço de pau assim (se referindo a ponte), mas gente consegui, trouxe pra remoção, trouxe pra Tefé (Trabalhador da ESFR).*

A remoção foi feita em uma lancha com motor de 40hp e teve a duração de 30 minutos pelo Rio Solimões, tendo como acompanhante novamente a mãe. Além da canoa rabeta e do barco, aqui o Pescador faz uso de uma terceira modelagem de transporte: as lanchas rápidas de pequeno porte. Nesta remoção, as águas do Rio Solimões estavam em seu nível mais elevado que corresponde ao pico máximo da cheia no mês de junho. Devido a isso, a Comunidade Vila Nova estava inundada, permitindo que a lancha atracasse próximo à casa da sua mãe.

Embora esse tipo de transporte seja mais rápido, e isso é um aspecto importante quando falamos do acesso em saúde no contexto amazônico, Pescador revelou desconforto ao ser removido na lancha de pequeno porte, pois sua estrutura dificultava a acomodação do usuário que tem que vir sentado no banco, diferentemente da canoa, que permite se deitar no fundo da canoa. Ao chegar no HRT, a ESFR precisou mais uma vez se mobilizar para que ele pudesse ficar internado separadamente dos outros usuários. Após os trabalhadores da ESFR mobilizarem a direção do HRT, ele deu entrada no dia 14 de junho de 2019, onde permaneceu por quatro meses.

Percebemos que no final de 2018, a ESFR, que atende no território ribeirinho da área 14, assumiu uma participação importante na vida do Pescador. Este passou boa parte do tempo na comunidade Vila Nova, a qual a equipe atendia mensalmente. Foi neste território que Pescador foi visto pela equipe. A partir do encontro com a ESFR houve uma ampliação significativa da oferta de cuidados. Isto porque, embora a ESFR oferecesse os cuidados decorrentes da atenção básica, em seu entendimento precisava de atendimento nos serviços de urgência e emergência, no caso de Tefé, no HRT. Desse modo, a equipe mobilizou-se e foi "brigar" pelo Pescador para que fosse atendido de maneira diferenciada. Esse diferenciado consistia em não o deixar internado junto com os outros usuários devido ao constrangimento que sentia e também para que pudesse ter uma permanência mais prolongada no hospital.

Em um dos encontros, um dos trabalhadores da ESFR revela como acontecia os cuidados com o Pescador, que mesmo internado ia visitá-lo no HRT fora do seu horário de trabalho formal, como aos domingos. Do mesmo modo, mobilizava os familiares para o acompanharem e procurava apoio junto às igrejas porque sabia que não tinha nenhuma renda. A trabalhadora afetou e foi afetada a cada encontro:

*(...) mas assim nesse período em que ele estava (internado) eu e o Dr. Miguel a gente sempre ia fazer visita pra ver se ele estava sendo tratado bem, essas coisas (...) Lá no hospital,*

*acho que é por isso que ele ainda lembra de mim por eu sempre ia lá, eu ia lá e via o histórico dele, o que ele tinha tomado, eu e o Dr. Miguel fomos muito assim presente nesse momento assim da vida dele, quando ele chegou, quando foi num domingo, bora lá Dr. a gente foi embora ver ele, ver como ele estava, mas aí quando a gente chegou na segunda vez da visita ele estava sozinho, não tinha mais ninguém (...) naquele momento ele não poderia contar com ninguém era só a gente, eu até acionei a igreja, tudo, tipo assim pra ajudar porque ele não tinha nenhuma renda, aí foi complicado né, como é que ele ia viver? (Trabalhadora da ESFR). (Editado em função de alterações de nomes).*

*Eu acho que deve ter sido por isso porque ele viu que eu briguei por ele mesmo, eu fui lá, fiz minha parte como profissional, mas também levei pro meu lado assim emocional porque era uma situação dificultosa, vi que ele tava só com a mãe dele e era uma senhora idosa, assim, já me afetou de uma outra forma né, foi por isso que talvez ele tenha lembrado de mim nesse momento apesar de ter, minha trajetória ser pouca com ele, mas tudo que pude fazer por ele eu fiz, acho que deve ter sido por isso (risos) (Trabalhadora da ESFR).*

A partir desses movimentos da ESFR, seus trabalhadores passam a ser vistos pelo Pescador e sua família como fontes de cuidados com quem podiam contar. Assim, o usuário-guia mostrava proximidade e interação com a equipe, conhecendo os nomes dos trabalhadores, fazendo brincadeiras e quando demoravam a visitá-lo no HRT, *mandava recados para eles irem lá*. Considerava as trabalhadoras da equipe como *mulheres guerreiras*, por terem conseguido aguentá-lo nas pontes de madeira em uma de suas remoções.

Diante da dificuldade de construção de redes de cuidado, podemos considerar que as redes que se constituem entre os trabalhadores de uma mesma equipe, serviço, unidade, como a que se formou entre a ESFR e o Pescador, revelam-se como apoio e pontos do cuidado que foram criados e inventados pelos próprios trabalhadores ao estabelecerem conexões entre si (Ferreira & Costa, 2017).

Como caso multidão, o usuário-guia mobilizou a ESFR, que se movimentou em busca de novas conexões e estações de cuidado junto à gestão em saúde do município, à direção do HRT, ao NASF e ao INSS. Em quase todas as suas remoções para a cidade de Tefé tinha algum trabalhador da ESFR envolvido, seja na figura da ACS, dos enfermeiros ou do médico.

O que queremos dizer quando afirmamos que Pescador operou como um caso multidão? Antes de mais nada, queremos dizer que não existe mais o senhor com pênfigo, com diabetes, o Pescador, o sujeito, mas sim uma multidão, em que o um se constitui em vários, como afirmam Deleuze e Guattari (2011a). Assim, cada

usuário, trabalhador, gestor e familiar são sujeitos singulares e coletivos que atuam de acordo com suas representações simbólicas que definem seus modos de agir em determinado tempo e lugar (Franco, 2013).

As multidões de conexões na produção desses vários sujeitos viabilizam complexas redes de afetos, de mobilização, de afetação, rizomáticas na diversidade singular incorporada em cada relação. Cada trabalhador da ESFR, em sua atuação no mundo da vida, se constituía em vários, como destacaram brilhantemente Deleuze e Guattari (2011a) ao dizerem que *“como cada um de nós era vários, já era muita gente”* (p. 17).

A ESFR funcionou como rede viva para o usuário por não se limitar ao instituído, fazendo uso de tecnologias leves extrapolando os limites do caso e criando visibilidade a um sujeito singular, com necessidades concretas de saúde e de vida. Nesse sentido, podemos falar que a ESFR, fazendo-se presente no território líquido e existencial do Pescador, produziu cuidado em um território considerado *“longe muito longe”*, uma comunidade ribeirinha localizada na calha do Rio Solimões.

A ideia do *“longe muito longe”* foi inspirada no *“louco muito louco”* discutida nos estudos da produção do acesso e barreiras em saúde mental (Gomes & Merhy, 2014). Assim, a categoria *“longe muito longe”* remete às especificidades do território amazônico, bem como as particularidades dos diferentes grupos sociais, incluindo os ribeirinhos que moram nesse território (Heufemann et al., 2016). O *“longe muito longe”* faz alusão às grandes distâncias geográficas características da Amazônia, que por meio da atuação da ESFR tornou o cuidado em saúde *“perto muito perto”*. O cuidado em uma comunidade ribeirinha, lugar de difícil acesso, mobiliza outros pontos da rede e produz encontros potentes que afetam trabalhadores e usuário.

A interação do Pescador no HRT passa a ser compreendida como um constante movimento de desterritorialização e reterritorialização, processos estes intensos, dinâmicos e tensionados que passam a inscrever-se no território existencial do HRT, território antes não aceito, mas que por quatro meses passa a habitá-lo. Em seus movimentos de desterritorialização e reterritorialização, o Pescador vai construindo novas conexões e agenciamentos e nos apresenta sua rede viva construída, criada e recriada em suas relações durante sua longa permanência no HRT.

No nosso segundo encontro com o usuário-guia, quando perguntamos se tinha algum dos profissionais de saúde do HRT que gostaria que fossemos conversar, e antes mesmo de terminarmos a frase ele respondeu: a Cozinheira. Depois falou sobre os técnicos de enfermagem e os enfermeiros. O Pescador falou de suas principais conexões de cuidado dentro do HRT como os enfermeiros E e F e as enfermeiras G e H, mas pela rapidez e intensidade de sua resposta destacamos a Cozinheira, pois logo sentimos que esta pessoa foi muito importante na trajetória dele no HRT.

Igualmente quando fomos conversar com a Cozinheira e dissemos que estávamos ali para conversarmos sobre o Pescador, explicávamos sobre a pesquisa, sobre o TCLE, quem éramos, de onde estávamos vindo, ela nos interrompeu e perguntou: *A donde seu Pescador tá mermo? Eu não sei onde ele tá não* (editado em função de alteração de nomes). Não nos demos conta da sua necessidade de ter notícias do Pescador, e continuamos falando sobre a nossa pesquisa, quando perguntou novamente: *como que vocês acharam ele?* A partir de então deixamos a parte burocrática da pesquisa para transformar o encontro com Cozinheira em um acontecimento. Assim, fizemos a pergunta: Queremos saber por que a senhora é tão importante pra ele?

A sua resposta transbordou de sabedoria, acolhida, empatia, afeto e cuidado: *É porque é assim ô, eu sempre eu procuro tratar as pessoas assim com amor né, e porque ninguém tá lá por acaso né, quando a gente vai pra um hospital, a gente já vai para o hospital sabendo que a gente vai pra lá sem querer ir né.* A amorosidade da Cozinheira se fez presente em ato, pois ao mesmo tempo em que nos contava suas vivências com o Pescador, queria saber como ele estava agora, se havia melhorado, se na casa onde estava ficava deitado na cama ou na rede, onde estava morando, quem preparava a comida. No final, nos pediu o endereço e o telefone dele, pois desejava visitá-lo.

A preocupação com o Pescador desde o início do nosso encontro já revelava um modo de cuidar diferenciado na relação dos dois. Assim, a Cozinheira narra as suas vivências que são marcadas pelo afeto e o cuidado mediados pelos alimentos que preparava. A Cozinheira trabalha em escala de plantão e no dia em que foi internado não era sua escala. Assim, quando chegou para trabalhar, o Pescador já estava lá, logo ficou sabendo o seu nome pelos colegas de trabalho e foi ao seu leito cumprimentá-lo, saber como estava e levar uma palavra de conforto.

Uma fala da Cozinheira, logo no início de nosso encontro, chamou a atenção para a importância que os alimentos tinham na relação dos dois: *ai assim, as vezes eu até, as vezes eu até levava comida escondida pra ele.* Como o Pescador convivía com a diabetes, havia no hospital uma dieta específica. Além disso, as nutricionistas recomendavam não servir muita comida devido ao diabetes. Então, a Cozinheira servia o prato dele com um pouco mais de comida, pois se queixava que à noite tinha fome. Quando era sopa, disse que em vez de uma como era prescrito, preparava duas marmitas: uma para o início da noite e outra para mais tarde.

*Assim, porque as meninas não queriam dar muita né, porque ele é diabético, ai sempre eu, as vezes eu fazia assim mais um pouquinho né, porque ele dizia que ele dizia que ele ficava com fome. [...] as vezes eu dava de duas sopas, é porque sopa não enche a gente e ele é grandão ne. Ai ele pedia bolacha eu dava, levava pra ele bolacha, eu não dava pão, pão eu não dava não porque eu sabia que faz mal (Cozinheira).*

Contudo, em algumas vezes esses momentos de conversas eram encurtados pela afetação da Cozinheira ao se deparar com o sofrimento do Pescador. Disse que se sentia muito triste de vê-lo sofrendo no leito com dor, sangrando, sempre deitado na mesma posição: porque mana, né, aí da situação que ele tava mana, se alevantava assim mana o couro dele saia mana na cama, chega dava dó né, saia sangue. Às vezes saia logo do quarto para não chorar e deixá-lo mais triste. Fala como se sentia ao ver o seu sofrimento:

*Mana, assim o que mais me tocou mesmo, é de ver o sofrimento dele em cima daquela cama, porque ele nem deitava assim né de peito, era só daquele jeito assim emborcado. Tinha vez que eu saia de lá, eu saia assim pra mim (...) (voz embargada) porque sempre a gente quer alevantar o astral. A gente não quer mostrar que a gente ta triste, mas eu ficava muito triste quando eu via ele. Então quando eu chegava lá que eu via aquele sangue escorrendo na perna dele eu ficava muito triste, assim por que a gente não poder fazer nada né (Cozinheira).*

As narrativas da Cozinheira revelaram uma verdadeira caixa de ferramentas em ato. A ideia de caixa de ferramenta na saúde coletiva é trazida por Merhy (2004, p. 1) como “o conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde, utilizadas para a conformação do cuidado pelos trabalhadores de saúde, individualmente ou em equipes”. Ao longo dos seus 25 anos como cozinheira do HRT, construiu e carrega consigo uma caixa de ferramentas poderosa na produção do cuidado frente a problemas complexos trazidos pelos usuários. Contudo, essa caixa não está acabada, fechada, pois a cada encontro com o Pescador fazia uso de ferramentas que já possuía, mas as (res)significava e incorporava outras, em um processo contínuo de montagem e desmontagem de sua caixa.

Ao se permitir abrir a caixa para nós, assim como fez com o Pescador, destacamos três das ferramentas utilizadas nos seus modos de cuidar: os alimentos como ferramenta de troca, afeto e cuidado; as tecnologias leves como ferramenta no território relacional do HRT; vínculo como ferramenta potente para a produção do cuidado.

Dizia estar sempre inventando preparos diferentes dos alimentos para servir ao Pescador, para não enjoar da comida e para levantar o seu astral. Nesse sentido, trazia peixes de casa, como aruanã<sup>24</sup>, e preparava na cozinha do HRT. Em outros momentos a irmã do Pescador levava peixe, que preparava com muito caldo porque, segundo a Cozinheira, *as pessoas antigas gostam de tomar caldo*. Quando era frango, procurava variar o modo de preparo, fazendo grelhado e com verduras. Suas narrativas revelam como preparava os alimentos de maneira criativa e afetuosa.

---

**24** - Aruanã é uma espécie de peixe com escamas de água doce. Na relação dos ribeirinhos com alimentos reimosos e não reimosos, a aruanã é tida como não reimosa, pois ao ser ingerida não dificulta o processo de cicatrização.

*Aí um dia eu falei, aí seu Pescador o senhor quer comer peixe? Aí ele falou 'a dona Cozinheira, eu queria tanto comer peixe', aí eu falei amanhã eu vou trazer aruanã pro senhor [...] eu fazia com caldinho né, a comida deles lá mais é seca né, sem caldo e essas pessoas antigas elas gostam mais de tomar calda né. Aí fiz com bem verdura, cheiro verde, levei um pouco de farinha, farinha seca, levei um pouco de arroz, mas as meninas viram, as técnicas. E eu falei pro seu Pescador ainda, aí outra vez eu falei assim, ele falou irmã, ele só me chama de irmã, 'irmã a menina disse que vai trazer uma sardinha pra senhora fazer pra mim', traga que eu faço. Aí eu fiz no almoço um pouco, aí na janta eu fiz de novo pra ele, aí eu levava separadinho o arroz numa e o caldo e a coisa na outra (Cozinheira). (Editado em função de alteração dos nomes).*

Aí eu falei hoje eu vou fazer um peito grelhado pra ele, eu grelhava, aí eu grelhava o peito, cortava verdura, colocava em cima da marmitinha dele, colocava um pouco de arroz, macarrão não pode comer né, levava pra ele (Cozinheira).

A alimentação no processo de trabalho da Cozinheira deixou de ser apenas uma prática para saciar a fome, necessidades fisiológicas e um fazer técnico. Os alimentos em si e todo o seu processo foram (res)significados por ambos, tornando-se uma ferramenta de troca, afeto e de cuidado na relação. Percebemos isso quando a Cozinheira burlava os protocolos de nutrição servindo mais comida para o Pescador, por saber que este, com o avançar da noite, sentia fome. Os movimentos de produção dos atos de saúde consideram a história de vida, do lugar e da cultura do outro. Isto está implícito quando fala que os ribeirinhos gostam de comer peixe e comida com muito caldo, imprimido performances diversificadas no preparo dos alimentos. Em relação a esses modos de atuar em saúde, Ayres (2009) fala que o momento assistencial pode e deve fugir de uma objetivação sobre um corpo biológico, por um fazer obcecado na doença, e voltar-se para as trocas mais amplas e genuínas que ali nos encontramos em ato realizam-se.

De acordo com Merhy (2014), a assistência à saúde historicamente esteve centrada nas tecnologias duras e leve-duras para atender aos interesses corporativos, econômicos e consumistas daqueles que atuavam na saúde. O autor também fala de uma terceira tecnologia, qual seja, as tecnologias leves, que estão centradas em formas de abordagens mais relacionais, simétricas e autônomas. Desse modo, identificamos fortemente nos discursos a utilização das tecnologias leves nas práticas do cuidado e na relação da Cozinheira com o Pescador. Em sua caixa de ferramentas, a Cozinheira possui o conhecimento técnico como o preparo do alimento, o tempo de cozimento e fritura, as medições dos ingredientes e o ponto ideal de cada alimento, conhecimentos próprios do ato de cozinhar.

Esse conhecimento norteia seu fazer como cozinheira, mas não a define e nem a limita. Assim, lança mão das tecnologias leves que está ancorada na flexibilidade, criatividade, inventividade, ousadia, quais sejam: inventar uma variedade de

preparo dos alimentos para Pescador não enjoar. Isso incluía trazer peixe de casa, perguntar ao usuário como queria que o alimento fosse preparado, fazendo do ato de servir a refeição momentos de conversações, de escuta, de levar uma palavra de conforto e até mesmo de risos. Operar com a predominância das tecnologias leves é colocar em cena um cuidar mediado pela presença, fala, escuta, toque, olhares que operam em conjunto com outros saberes. Tais parâmetros afetam e impactam positivamente o cuidado e assistência produzida (Franco, 2013).

Por último, destacamos o vínculo como ferramenta potente para a produção do cuidado. A Cozinheira nos conta que quando ia deixar a comida tirava um tempinho para conversar sobre os mais variados assuntos, disse que ele gostava muito de conversar com ela, já que era conversador e brincalhão. Acredita que se identificou com ela porque tentava fazer tudo que pedia, não lhe negava alimentos que entendia que não iria lhe fazer mal, levava uma palavra, riam juntos, às vezes falava: *ai que bom que a senhora tá hoje*. Mesmo o Pescador estando triste e com dor, sentia alegria quando destinava um tempo para ir com ele.

Encontramos nas narrativas da Cozinheira e do Pescador aberturas de um para o outro, reconhecimento e compartilhamento das histórias (o usuário-guia nos contou que a Cozinheira compartilhou a vivência com dois tipos de câncer), a procura de um pelo outro a cada plantão e o importar-se um com o outro. Seixas et al. (2019) ressaltam que embora o conceito de vínculo esteja massificado nas políticas de saúde, nem sempre este é construído ou alcançado. Nesse sentido, temos que ter em mente que vínculo é algo que só se constrói se o outro também quiser, pois os vínculos não produzem força como obrigação, mas dependem dos múltiplos encontros que vão agenciando-se na medida em que se abre a possibilidade de reconhecimento do outro. Assim, há a necessidade de uma postura ética que olhe para o outro na relação como alguém que se possa fazer pactuações, como um sujeito válido possuidor de saberes diferentes do seu, sendo que isso enriquece os encontros e as práticas em saúde (Silva, et al., 2016; Seixas, et al., 2019).

Após os quatro meses e 15 dias, o Pescador teve alta, mas não era o dia da escala de trabalho da Cozinheira. Esta foi tomada por uma emoção quando chegou no quarto e não o viu, disse que ficou muito feliz em imaginar que estava bem e que teve alta: *eu já vivi bastante com aquele Pescador ali* (editado em função de alteração de nome). Os cuidados da Cozinheira aconteceram no decorrer os quatro meses em que ficou internado, mas nosso encontro revelou um desejo que a relação dos dois continuasse para além dos muros do HRT, pois afirmou, diversas vezes, que iria em breve visitá-lo. Não sabemos se os dois ainda se encontraram ou se falaram por telefone porque uma semana depois de nosso encontro com a Cozinheira, o Pescador faleceu.

Um dos ensinamentos desse modo de cuidar construído entre a Cozinheira e o Pescador é o reconhecimento de que trabalhar com saúde exige que os próprios trabalhadores se permitam fazer deslocamentos em seus territórios existenciais, já



que compreendemos que a mais importante ferramenta de trabalho é a relação e sem ela não existem redes.

Ainda no território do HRT, outros pontos de cuidado foram sendo mobilizados durante a sua internação. No encontro com um dos trabalhadores de saúde, mencionou que no momento da internação do Pescador no HRT acabou reencontrando um colega da época de infância que moraram na mesma comunidade ribeirinha no município de Uarini. Na ocasião da internação, este amigo trabalhava como vigilante do hospital e quando era dia de sua escala de trabalho tirava um tempo para ir ao seu quarto conversar. Além disso, este colega, juntamente com a trabalhadora de saúde, tentou identificar algum familiar de Punã, que estivesse disposto a vir para Tefé ficar como acompanhante do Pescador, mas não conseguiram.

Nas narrativas do Pescador, um ator que surge com frequência é seu colega de quarto no HRT, a quem se referia de parceiro, que também convivía com o pênfigo e compartilhava de sofrimento e vivências parecidas. Ambos eram da área ribeirinha, os sintomas se manifestaram praticamente no mesmo mês e começaram a usar os serviços de saúde ao mesmo tempo. Inclusive, estiveram internados juntos tanto no HRT quanto no FMT- HVD, retornaram no mesmo barco depois da longa internação em Manaus. No HRT, dividiam o mesmo quarto e por quatro meses, na maior parte do tempo, só tinham um ao outro para conversar. Quando a equipe do Hospital manifestava a intenção de encaminhar um dos dois para Manaus, combinavam de dizer que não iriam. Pescador faleceu em uma semana em Tefé, e seu colega faleceu na semana seguinte em Manaus, no FMT- HVD.

Após quatro meses de internação, no dia 05 de outubro, o Pescador teve alta do HRT e foi para a casa do irmão B, que morava no bairro Colônia Ventura. Este bairro, embora faça parte da cidade de Tefé, é separado desta por dois cursos d'água, o Lago de Tefé e o Igarapé do Xidarini, que no período de cheia o acesso é exclusivamente fluvial e na seca é possível atravessar por uma ponte de madeira, construída em 2010.

No período da cheia, o acesso aos bairros do Abial, Colônia Ventura, Deus é Fiel e Castanheira se realiza principalmente por meio das catraias que transportam as pessoas da cidade de Tefé para estes bairros. Em outubro, o Lago de Tefé e o igarapé do Xidarine ficam secos, quando as catraias dão espaço para os mototaxistas e carros, inclusive a ambulância consegue acessar esses bairros pela ponte. Dessa maneira, a remoção do Pescador foi facilitada, tendo em vista que a ambulância do Hospital fez a remoção para a casa do irmão pela ponte. Ao chegar na rua da casa do irmão, foi necessário carregá-lo em uma cadeira de balanço, já que a casa ficava localizada atrás de outras casas.

Já na casa do irmão B, o Pescador passou a ser cuidado pelo irmão, a cunhada D e uma tia, além dos cuidados oferecidos pela ESF que atende o bairro Colônia

Ventura. A esposa cuidava a maior parte do tempo, pois o irmão B trabalhava. Embora tenha tido alta, as bolhas continuavam a surgir e estouravam, formando feridas o que exigia um tempo maior deitado em uma cama coberta por um mosquiteiro para evitar os insetos.

A cunhada D providenciava o mosquiteiro, dava banho, preparava alimentação e administrava a medicação. Complementarmente aos cuidados oferecidos pela cunhada D, o irmão B rezava e preparava chás. O irmão passou a rezar em sua casa porque no hospital às vezes *eles não aceitam, mas a gente acredita muito na medicina caseira*.

A cunhada D nos conta que com aproximadamente um mês na casa, o Pescador começou a receber os cuidados de uma tia. Assim, duas vezes na semana a tia preparava banhos com plantas, ervas e óleos e lavava o seu corpo. Além dos banhos, preparava garrafadas, formada por uma mistura de plantas e ervas batidas e armazenadas em garrafas para tomar no decorrer da semana. Preparava ainda um creme à base de óleo de girassol, misturado com sulfato e o paracetamol para massagear o corpo.

Embora a tia usasse muitas folhas que ocasionavam dores quando estavam sendo usadas nos banhos, Pescador, o irmão B e a cunhada D trazem em suas narrativas que esses cuidados contribuíram para alguma melhora, pois percebiam que as feridas inflamavam e sangravam com menos intensidade. Esse tratamento permitia que pudesse se sentar e caminhar. Dois meses após ter recebido alta do HRT, o Pescador faleceu na casa do irmão.

A chegada do Pescador na casa do irmão, em outro território, demandou novas conexões e linhas nas redes, sendo algumas conexões mais intensas, como no caso de seus familiares e outras com menor intensidade, como a ESF que atuava no bairro em que se encontrava. O que logo chamou a nossa atenção sobre a permanência na casa do irmão foi a presença de ervas e garrafadas na cozinha da casa, pois o seu uso surgiu fortemente nas narrativas do irmão B, cunhada D e do próprio Pescador.

Dessa maneira, percebemos que a produção do cuidado a partir dos conhecimentos tradicionais presentes no território próximo ao usuário, seja na figura do rezador, das plantas, chás, banhos, massagens e garrafadas também se configurara como pontos de cuidados reconhecidos e validados pelo próprio Pescador, já que se sentia melhor quando passava por essas experiências.

Destacamos que quando os familiares dizem que *acredita muito na medicina caseira* estão falando de uma realidade ancestral, histórica, cultural, familiar e territorial. O emprego das plantas como cuidado em saúde das pessoas tem suas bases no território por estar próximo da tradição familiar. Além disso, as plantas são de fácil acesso e podem ser cultivadas em casa. As práticas tradicionais acontecem na casa

e envolve tecnologias leves (Alves *et al.*, 2015; Souza *et al.*, 2019). Essa realidade emergiu no caminhar do Pescador nas redes.

Continuemos a acompanhar o Pescador em seu nomadismo nos territórios e nas redes e destacamos dois pontos de cuidados que foram muito importantes e que aparecem em seu caminhar com muita intensidade: a Mãe e a irmã X do Pescador. Um marcador do cuidado na relação da mãe como rede viva foram suas viagens a Manaus em busca de cuidado nos serviços de saúde, quando a mãe novamente estava em cena. Na primeira viagem que fizeram, ficaram na Casa de Apoio, mas em decorrência de tensões geradas com os outros moradores por conta de preconceito e discriminação, a mãe o levou para a casa de sua irmã que morava em Manaus, mas a discriminação também foi forte e o Pescador não ficou.

Nas diversas remoções do Pescador da Vila Nova para a cidade de Tefé, as narrativas revelam que a Mãe estava sempre como acompanhante. Além das remoções, nas primeiras internações no HRT era a Mãe quem ficava a maior parte do tempo no hospital. Sobre ter a Mãe como acompanhante, Pescador diz: *a preocupação dela também comigo, só quem podia me acompanhar era ela, e minha família é grande, mas...* Nessas internações, quando os médicos encaminhavam serviços especializados em Manaus, dizia que só iria na companhia da Mãe.

A Mãe estava presente nos primeiros atendimentos na FUAM. Foi ela que procurou outro lugar quando percebeu a discriminação, entrando em conflito com uma das trabalhadoras da Casa de Apoio por ter perdido o documento de encaminhamento do Pescador. Quando ficou internado por quatro meses no FMT-HVD, a Mãe ficaria no hospital, mas pelo fato de já ser idosa não permitiram que ficasse como acompanhante, mesmo assim continuou em Manaus indo visitá-lo nos finais de semana. A Mãe adoeceu e retornou para Tefé, mas antes comprou um celular para ele, pois assim poderiam se comunicar. A Mãe esperou receber sua aposentadoria para deixar um dinheiro para o filho. Na visita disse que não se sentia em condições de cuidá-lo, pois estava doente.

Nesse transitar pelas redes, ambos vão dando visibilidade ao cuidado e, em alguns momentos, aos descuidos num território que não faz parte da sua existência, no caso Manaus. As narrativas do Pescador, bem como as de sua mãe, revelam algumas das dificuldades enfrentadas nesse caminhar, principalmente as relacionadas ao fato de não conhecerem a cidade, de não terem domínio dos modos de deslocamento e seus códigos. Outro medo era a questão do saque da aposentadoria, pois não confiavam nas pessoas de Manaus. As narrativas marcam essas dificuldades:

*Sei que foi nossa vivência por aí, tinha dia que eu chorava naquele corredor de Hospital, deixavam nós era de manhã, iam buscar nós cinco horas da tarde, nós o dia todinho com fome, e tomava só um pouquinho de mingau assim. Foi assim a nossa coisa com ele, não foi fácil não e tava lutando com ele assim, tinha dia que eu chorava mesmo, chorava mesmo lá no*

*corredor lá (no Tropical), eu digo meu Deus! Aqui eu não sei pra onde ir! - eu disse - Porque eu não conheço o que tem em Manaus - eu disse - Não é como tem em Tefé que eu mesmo saio e vou me embora a pé né, e lá? (Mãe do Pescador).*

*Aí era aquela burocracia né, porque assim toda coisa não é certa, uma coisa tem um vacilo, tem uma coisa que escapa (...) aí lá (em Manaus) tinha que ter crédito no celular pra ele vir deixar na Casa de Apoio né, o Lúcio (motorista da Representação de Tefé) né deixar a gente lá no Alfredo da Matta, aí quando terminasse da consulta, dos exames tudinho aí ligar pra ele vir pegar de novo, e sabe como é Manaus né...eu não conhecia mesmo ne, pra mim ficava pros bairros, acaba que ficava no centro (Pescador).*

Nessas andanças do Pescador pelos serviços de saúde, a mãe não foi só uma acompanhante que os protocolos de internação exigem, e, em alguns casos, nem isso pode ser, mas foi um ponto de cuidado permanente, mesmo diante do desconhecido, do medo e da insegurança de estar em uma cidade como ela diz: *que não dá conta.*

Quando a mãe soube que teria alta do FMT-HVD, depois de quatro meses de internação, ligou para o filho para dizer que reservaria parte de sua aposentadoria para buscá-lo em Manaus, mas o Pescador disse que não precisava vir, pois voltaria na companhia de outro usuário que também estava internado no FMT-HVD, junto com irmã. Embora não fora buscar o filho em Manaus, se deslocou para a cidade de Tefé para esperar o barco recreio. A mãe foi com a intenção de trazer o filho para sua casa em Vila Nova, mas o Pescador, nesse primeiro momento, preferiu ficar na casa da 2ª ex-mulher. Com o agravamento da situação clínica, voltou para casa da mãe em Vila Nova.

Entre idas e vindas pela casa da Mãe, nos revela em suas narrativas como se dava a produção do cuidado com o filho em sua casa, seja com o preparo dos remédios caseiros, seja no resguardo com a alimentação, pois não oferecia comidas reimosas como peixes lisos que possuem esporas. Ao lado disso, administrava os remédios prescritos pelo médico da ESFR e também realizava banhos.

Aí sei que deram alta pra ele nós voltemo pra cá de novo (pra Vila Nova). Veio pra cá e aqui eu cuidava dele né. Não dando comida reimosa pra ele, fazendo um mingauzinho, fazendo uma comida pra ele comer, dando banho nele, limpando ele, aquelas coisas (bolhas e feridas) pelo pescoço dele, aquilo ficou feio! Agora se vocês viram ele, ele já tá bonito (Mãe do Pescador).

*Aí eu cuidando dele todo tempo, né. Aí tornemo voltar com ele pra... aí os Médicos (se referindo aos profissionais da ESFR que atuam na área 14) andavas por aqui, né, iam por aqui vendo ele ou trazia eles aqui pra ver ele e iam ver ele, e dando*

*remédio, remédio, mais remédio e aí nada, e nada. Meu Deus do céu, tinha vez que a gente via que ele já ia ficar bom, né, aí quando demora saia aquelas bolhas de novo nele, saia muito, aí tornava febre, febre, febre (Mãe do Pescador).*

*Aí ele queria comer tudo. Aí eu digo, não, eu não vou te dar essas comidas reimosas por causa que faz mal (...) Peixe liso, uhum! Que tem espora né, eu não queria que ele comece. Aí ele ficava com raiva. Aí eu dizia meu filho, não é assim não. Aí aquilo assim me doía dentro de mim, né, as vezes eu vinha pro quarto chorar e ia chorar, chorava, clamava a Deus, pedindo de Deus, meu Deus, eu não sei mais o que posso fazer, ele tá entregue nas suas mãos Senhor, o Senhor que pode dar a vida dele, pode curar porque o Senhor é o dono da vida. E aí eu ficava aí, né. Aí depois eu levantava de novo ia embora pra lá, era de manhã e de tarde lavando pano, assim como se ele fosse uma criança (Mãe do Pescador).*

Quando o Pescador voltou a ser internado no HRT, onde permaneceu por quatro meses, os cuidados oferecidos pela mãe continuaram vivos. No início, ficou com o filho por duas semanas, mas devido à agitação e ao cheiro do ambiente hospitalar sentia-se mal, agoniada. Decidiu retornar para Vila Nova, mas visitava o filho com frequência, quando passava dois a três dias na cidade.

Mesmo quando o Pescador não estava em Vila Nova, os cuidados da mãe se manifestavam de várias maneiras, como por exemplo, na compra de alimentos: *comprei um frango, cheiro verde, levei umas frutas daqui pra ele, aí sempre que quando eu vou lá na feira topo com ela né (a nora), dou dinheiro pra ela comprar carne assim pra ela levar, pra ela fazer sopa, ela leva.* Quando ia à cidade, levava frutas e peixe da comunidade, quando não podia comprar os alimentos, mandava dinheiro ao filho. Após à sua alta e o deslocamento para a casa do irmão no Colônia Ventura, a Mãe buscava notícias diárias sobre a sua condição.

A partir das narrativas da mãe, outros gestos e ações iam se revelando como fonte de cuidado do Pescador, por exemplo, os cuidados com os materiais de trabalho e objetos pessoais do filho, suas malhadeiras e canoa rabeta, que mantinha guardadas na Vila Nova. Pelas dificuldades financeiras, ele precisou vender um terreno que tinha na área rural, mas um comprador do município de Alvarães demorou para realizar o pagamento, sendo a Mãe quem cobrava e mandava recando, alertando sobre a importância daquele dinheiro para o filho. O comprador do terreno efetivou parte do pagamento e com o dinheiro a mãe comprou uma cama para o Pescador na casa do irmão.

Nos nossos encontros, íamos nos aproximando de suas histórias de cuidado produzidas pela Mãe, principalmente nos períodos em que as condições de saúde do Pescador se agravavam e precisava usar os serviços de urgências e emergências.

*Tava numa cama lá, e a mamãe pra lutar comigo, eu grande, porque quando eu pisava assim sangrava tudo, aquele sangueiro (...) aí não conseguia andar não, aí mamãe vamos, aí a mamãe disse se ajeita aí vou lhe acompanhar de novo, umbora, é a senhora mesmo dona Clara [...] cheguei aqui na maca mesmo, aí (trecho inaudível), rapaz vou ficar internado, aí me trouxeram pra cá, tava feio o negócio, aqui seja o que Deus quiser, eu não conseguia me levantar pra ir no banheiro, não tinha forças pra ir no banheiro, pra fazer as necessidades a mamãe tinha que colocar um saco e dá o jeito, agradeço muito a Deus também a ela de tá viva, lutando comigo (Pescador).*

Em diversas passagens de suas narrativas, o Pescador reconhece, agradece e fala com afeto da relação que construiu com a Mãe e dos desafios que passaram juntos. Em sua fala existe uma busca constante pela Mãe, principalmente quando suas condições de saúde se agravavam. A Mãe sempre era lembrada nas internações e nos percursos para Manaus, mesmo na casa do irmão solicitava a visita da mãe. Quando demorava para ir visitá-lo se dizia preocupado com a Mãe: *fazer que nem o cara é mãe da gente, eu agradeço porque ela... é minha mãe e meu pai, meu pai morreu. E ela que me acompanhou lutando até agora.*

A partir do encontro com a mãe surgem pontos nas redes de cuidados produzidas pelos vizinhos e seus amigos, embora menos intensa do que as demais, mas produziram cuidados. A Mãe relata que no momento que o Pescador estava em sua casa, alguns vizinhos da Vila Nova e de outras comunidades próximas foram visitá-lo algumas vezes. Em uma dessas visitas, fizeram uma roda de conversa na sala da casa, ocasião em que conseguiu ficar em pé no centro da roda: *quando ele achava uma pessoa pra conversar, ele conversava mesmo.* Outros colegas lhe visitaram quando estava internado no HRT, enquanto outros auxiliaram com cestas básicas.

Nos teçumes das redes vivas do Pescador, novos pontos de cuidado iam se abrindo e um desse pontos foi sua irmã X, que surge nas narrativas como um forte agente na produção do cuidado, sendo visível antes mesmo do seu adoecimento. Quando se casou e foi morar na cidade de Tefé, construiu sua casa próxima à da irmã, o que facilitou no fortalecimento da relação.

Antes adoecer, essa relação de cuidado já se mostrava nas trocas de alimentos e no empréstimo de dinheiro. A irmã X nos conta que todas as vezes que o irmão estava chegando de seu terreno, passava pela sua casa para deixar frutas e outros alimentos, tomavam café e ficavam conversando. Já a irmã X, quando o Pescador estava apresentando dificuldades financeiras, costumava ajudá-lo, emprestando dinheiro ou comprando alimentos. Nos revela como era sua relação cotidiana com o irmão antes deste adoecer:

*(...) todas as vezes que ele chegava do trabalho a primeira coisa que ele fazia era parar aqui em casa né, aí as vezes*

*ele merendava aqui comigo, tomava café, as vezes ele trazia pupunha e banana pra mim né, a gente conversava até mesmo aqui nessa frente, as vezes ele entrava pra merendar as vezes não (...)* (Irmã X do Pescador).

Quando adoeceu, a presença e os cuidados da irmã X seguiram de maneira intensa. Na primeira vez que o Pescador precisou ir ao HRT, os seus filhos recorreram para acompanhar no atendimento do Hospital, quando foram retiradas as larvas. Em uma das vezes em que o quadro de saúde do irmão se agravou, sendo necessária a remoção para Tefé, foi acolhido pela irmã em sua casa, onde ficou morando por um tempo. A irmã X, ao perceber que as condições de saúde do irmão não melhoravam, o levou para o HRT, quando ficou internado pela primeira vez pelo período de aproximadamente um mês.

O Pescador, ao solicitar o benefício de auxílio-doença no INSS, contou com o apoio da irmã para providenciar os documentos necessários. A irmã X também apoiou o irmão na consulta de um advogado para saber como proceder com o benefício, e pagou os valores referentes às contribuições atrasadas para solicitar o auxílio-doença.

Durante a longa internação de quatro meses no HRT, a irmã X narra vários acontecimentos que revelaram a produção de cuidado com o irmão. A irmã X fazia as visitas semanais, normalmente nos finais de semana, inclusive dormiu várias vezes no HRT. Devido à diabetes, o Pescador tinha que cumprir dieta alimentar e era privado de vários alimentos e, por conta das longas internações, passava muito tempo sem comer o que mais gostava: peixe. Assim, a irmã X tinha o cuidado de conseguir peixe não reimoso como sardinhas e aruanãs, deixando para a cozinheira do HRT. A equipe do HRT não colocava resistência quando a irmã X levava esses tipos de alimentos. No entanto, ele pedia para que a irmã levasse outros tipos de alimentos como leite, bolos e cuscuz. Ela providenciava e levava, algumas vezes conseguia entrar, outras não, e isso era motivo de tensões na recepção do Hospital, pois alguns dos profissionais não deixavam entrar com alimentos. A irmã narra como eram esses momentos:

*E aí as mulheres (trabalhadoras do HRT) lá reclamavam, as cozinheiras, não podia comer certas coisas, aí ele pedia daqui de fora pra gente levar aquele leite desnatado, mas não sei se, ficava em dúvida, uns diziam que servia outros diziam que não servia né, por isso que as vezes eu também era barrada porque eu levava né* (Irmã X do Pescador).

Em outras situações, a irmã X continuava mostrando cuidados, seja comprando as coisas ou quando o irmão recebia algum dinheiro e pedia para guardar, seja acolhendo e orientando as sobrinhas, já que percebia que o irmão se preocupava muito com as filhas. Após o Pescador ter recebido alta da FMT - HVD, era a irmã X quem fazia a mediação por conversas telefônicas com a enfermeira Y da referida



Fundação, mostrando interesse na condição de saúde do Pescador. Assim, a irmã X dava-lhe notícias e enviava fotos.

Nas narrativas do Pescador transbordavam a relação de afeto e cuidado pela irmã X, *pois é, ela sempre me ajudou*, já que esta era sempre requerida pelo irmão para visitá-lo enquanto estava internado ou quando já estava na casa do irmão no Bairro Colônia Ventura. Após ter alta, ele costumava ligar para a irmã, conversando sobre vários assuntos, mas predominavam os pedidos para que a irmã X fosse visitá-lo e saber notícias dos seus filhos. Seguem trechos das narrativas da irmã:

(...) Quando ele foi internado logo lá, a gente passemos uma semana sem ir lá, aí a volta dele de lá que ele passou esses dois meses lá, a gente passemos uma semana sem ir lá, aí eu fui um dia de domingo lá ele tava muito triste, triste, triste né porque ele estava no isolamento lá, naquele quatinho de isolamento, tava muito triste [...] a preocupação dele até hoje é com os filhos, a primeira coisa quando ele liga pra mim é a primeira coisa que ele pergunta (...) me dói assim e muitas vezes assim eu chorei pensando, quantas vezes ele chegava aquele homem, ele era forte, alto e quando eu olhava as fotos dele daquele jeito, muitas das vezes eu chorava assim, meu Deus (Irmã X do Pescador).

Ficou claro que, embora haja uma rede formal de saúde estruturada em níveis hierárquicos de assistência tendo como base um território pré-definido, como bem discutiu Mendes (2011), esta concepção de rede não consegue dar conta das necessidades, multiplicidades e complexidade que envolvem os sujeitos, seus atravessamentos, singularidades, suas vidas (Franco, 2013; Merhy *et al.*, 2016). Devido a isso, os usuários demandam construções que exigem que os próprios trabalhadores se envolvam e se in-mundizem com o usuário e nas tecituras de redes que extrapolam os limites dos serviços formais, os muros e circuitos da saúde, como observamos a todo momento no caminhar do Pescador.

Os territórios percorridos pelo Pescador extrapolaram qualquer ordenamento geográfico. Basta lembrarmos que em seu nomadismo caminhou pelo município de Uarini, áreas ribeirinhas de Tefé, cidade de Tefé, Manaus e o bairro Colônia Ventura. Ao caminhar por esses territórios, provocava movimentos de territorialização e desterritorialização que afetavam tanto o usuário quanto os trabalhadores.

O Pescador, na sua vida nômade, como tantos outros usuários, é um fabricante de redes vivas. As redes que emergiram nesta pesquisa, no acompanhamento das diferentes situações de cuidado, especialmente naquelas de urgência e emergência, desenharam linhas e conexões existenciais com diferentes atores, entre usuários, profissionais, gestores, familiares, tecnologias e territórios. Observamos, ao caminhar com usuário-guia, que as redes de atenção são construídas a partir de uma multiplicidade de fatores que as potencializam e as enfraquecem.

## Caminhos in-mundo que fizeram banzeiros: considerações quase finais

Iniciamos essas considerações inconclusas destacando os efeitos da pesquisa na pesquisadora, pois as transformações foram intensas e profundas. As vivências com outras colegas do LAHPSA foram coletivas e divididas com muitas afecções. Além disso, as andanças pelos territórios, território líquido de Tefé e pelos textos me tornaram uma pesquisadora *in-mundo*.

A minha imersão em Tefé não foi marcada pelos “dados coletados, pelas informações colhidas”, mas pelos encontros e acontecimentos em ato com os gestores, trabalhadores e usuários. Destaco aqui a acolhida que tivemos pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde em Tefé, sendo recebidos nas rodas com chás feitos pelos trabalhadores de saúde que cultivam plantas medicinais e fitoterápicas nos quintais das UBS. Em outras rodas, após andarmos o dia inteiro com nossas mochilas pesadas sob o forte sol de Tefé, recebemos atendimento de Auriculoterapia, que ajudaram a diminuir as dores musculares. Bom foi encontrar com os usuários e fazer atividades físicas na Praça da Saúde, conduzidas pelos trabalhadores do Núcleo de Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica (NASF).

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) acontece desde 2016, sendo incorporadas nas RAS em Tefé. Confesso a estranheza que essas práticas me causaram no início, porque só as conhecia na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Em Manaus, nunca fui recebida com garrafas de chás na recepção para os usuários, mas em Tefé vi e senti as PICS acontecendo no SUS. Foi necessário ir para um município considerado remoto e longe para ter as PICS perto de mim.

Acompanhar as ESFR e ESFF, carregar os materiais, deslocar-se com as lanchas, empurrar a lancha no rio raso, ficar embarcado por dias, participar com os usuários de determinada comunidade do processo de seleção para ACS, sentar-se à mesa com os usuários para tomar chá em uma casa flutuante, ouvir as histórias dessas pessoas nesses acontecimentos foram outros atravessamentos nos nossos corpos. Dos riquíssimos encontros que tivemos nas produções dos mapas falantes, que por mais que me esforce para colocá-los aqui, o narrado, vivido e sentido vazam, escapam e transbordam a esse texto.

No início dessa caminhada, na apresentação do projeto no Seminário de Monitoramento de Projetos do Programa, os questionamentos dos avaliadores eram desse tipo: Como será pesquisar a RUE no interior do Amazonas, pois os serviços de Urgência e Emergência estão concentrados na capital Manaus? Qual a relevância do estudo? Como pesquisar algo que não existe?

Contudo, não nos deixamos capturar por esse discurso da falta, da ausência. Como ribeirinha que sou e pelo fato de a literatura já apontar as defasagens na

implementação da RUE na Amazônia brasileira, sabíamos de antemão que não existia todos os componentes da RUE conforme prevê a Portaria nº 1.600, como SAMU, Centrais de Regulação e Componente Assistencial feito por telefone, UPA e Hospitais de grande porte, por exemplo.

Dessa maneira, reconhecemos que nem todos os componentes da RUE estão presentes no território de Tefé, mas podemos perceber as presenças que marcam a saúde na Amazônia. Neste território temos arranjos, desenvolvidos pela gestão, trabalhadores e usuários, para produzir saúde aos ribeirinhos. Temos potências que emergem nas práticas em saúde, das dificuldades encontradas, das tensões no mundo do trabalho, mas que não impedem a produção da atenção e do cuidado.

A pesquisa produziu informações que conversam, e muito, com algumas diretrizes da RUE: fortalecimento da Atenção Básica com a ampliação das equipes de saúde; implantação de Unidades de Apoio em comunidades ribeirinhas estratégicas com lanchas rápidas; atendimento das UBSF no território ribeirinho com comunidades e localidades dispersas; melhorias nas condições de trabalho dos profissionais; contratação de Gerentes de Unidades que liberou os profissionais de enfermagem para o desenvolvimento das suas atividades; Vigilância em Saúde atuando fortemente nas áreas ribeirinhas, com microscopistas e equipamentos nas comunidades; manejo ambiental de áreas endêmicas. Esses arranjos contribuem para a ampliação do acesso aos casos agudos demandados aos serviços de saúde.

O nosso caminhar pelas cinco áreas que compõem o território ribeirinho de Tefé revelou enorme diversidade em relação à organização e distribuição espacial das comunidades. Essa diversidade implica diretamente no modo que se produz o cuidado e no acesso aos serviços de saúde e na diversidade de vida que é produzida neste território. Assim, podemos perceber que tem áreas que as ESFR e ESFF conseguem deslocar, realizar a assistência e voltar no mesmo dia, como no caso das áreas 14 e 19, já a área 21 requer outros arranjos tanto por parte do usuário quanto pelas equipes para a produção do cuidado.

Emergiu neste território a importância da instalação e funcionamento das Unidades de Apoio, com profissionais de enfermagem e lanchas rápidas em comunidades estratégicas. Desse modo, diante de situações de urgência e emergência muitos usuários acabam tendo alguma intervenção nas Unidades de Apoio, no atendimento pelo profissional de enfermagem, no uso da lancha ou na disponibilidade da gasolina ser mais fácil nestas Unidades, facilitando a remoção. Apontamos, ainda, para a importância de as lanchas estarem equipadas com instrumentos para navegar à noite, o que gera segurança para os trabalhadores e usuários.

Sobre os fixos e fluxos do cuidado neste território, percebemos enorme diversidade entre as áreas e nas comunidades. As variedades desses fluxos estão relacionadas a alguns aspectos: gravidade do caso; período em que se dá a urgência, se de dia ou à noite; modelagem e potência da embarcação disponível; disponibilidade

de gasolina; localização da comunidade. Todos esses aspectos são atravessados, em todo momento, pelo movimento do ciclo das águas (enchente, cheia, vazante e seca). Nesse sentido, a cheia e a seca definem o modo de fazer a remoção se relativo, pois depende do nível das águas, da distância das comunidades, tipo de embarcação, processos de trabalho e condições dos usuários.

Em relação às modelagens de transportes, o nosso caminhar nesse contínuo de água-terra-floresta-comunidade-pessoas revelou uma diversidade de uso das embarcações: canoas, canoas rabetas, balieiras, voadeiras, lanchas de pequeno porte, barcos de pesca, barcos frigoríficos, barco de linha ou recreio, lanchas Ajatos, balsas com empurradores e navios e as tradicionais catraias. A população e as equipes ao produzirem acesso aos serviços utilizam esses equipamentos, mas usam de tecnologias leves que são relacionais e produzem a gestão do cuidado.

Em relação aos processos de trabalho, percebemos que os arranjos são diferenciados e exigem a realização de uma gestão do cuidado específico, num território que denominamos como sendo "líquido. Assim, um território que se movimenta e se transforma exige práticas de saúde maleáveis e flexíveis. É o território líquido enquanto potência que produz mudanças e adaptações para a saúde na Amazônia, para que o cuidado aconteça em cada curva, dobra e banzeiro dos rios.

O percurso metodológico desta pesquisa privilegiou os aspectos qualitativos, com destaque para o acompanhamento do usuário-guia e suas redes vivas. Tivemos alguns aprendizados na navegação com o Pescador, revelando desafios que são enfrentados cotidianamente pelos usuários e a equipe de saúde. Os encontros foram marcados por intensidades e compreensão sobre os modos de pensar e sentir em saúde, tendo como cenário o território amazônico com suas múltiplas especificidades.

O Pescador, carregando consigo uma multiplicidade e enorme capacidade de conexão, produziu redes vivas em saúde que não se limitaram aos serviços de saúde, nem esteve restrito aos limites do município ou da abrangência da equipe. A abertura das redes foi necessária para superar as barreiras produzidas nos serviços de saúde, como aconteceu na cena do pronto-socorro em Manaus.

O usuário-guia nos ensina ainda que, ao desenvolver o pênfigo, a própria doença se tornou uma barreira para o seu cuidado, em razão do preconceito, odor, deformidade de sua pele, isolamento, estranheza com uma doença rara. Isso impediu que o cuidado se deslocasse da doença para o sujeito, não sendo envolvido e incluído na rede de Urgência e Emergência. Enfim, o acesso aos serviços de saúde envolve a diminuição das barreiras no cuidado, nas relações entre profissionais e usuários, através de tecnologias leves.

Outro ponto observado foi a resistência do usuário na imposição dos protocolos

e normas, construindo relações com outros atores como a cozinheira, com a enfermeira, com o motorista e com outros usuários. Os pontos de tensão mostram que o instituído em saúde se esbarra no instituinte do usuário, produzindo um novo contexto do cuidado. Assim, a ação do usuário surpreende o instituído (Schiffler et al., 2016), produzindo ou não, reflexões e novas configurações do cuidado.

O usuário-guia mobilizou a ESFR, que não somente criou estratégia de cuidado como mobilizou suas redes para ampliar o cuidado na gestão, no contexto do HRT, na dimensão familiar. O usuário passa a ser visto não mais como um senhor que tinha pênfigo, resmungão, mas um sujeito com necessidades concretas de vida.

O Pescador nos ensina que os serviços de saúde, com suas tecnologias duras e leves-duras, não são necessariamente produtores de cuidado (Ayres, 2009; Merhy, 2014). O cuidado necessita de incluir o usuário do cuidado, produzindo um exercício micropolítico da gestão do cuidado, numa perspectiva ética e política no cuidado das pessoas.

*Os processos produtivos nesse espaço só se realizam em ato e nas intercessões entre trabalhador e usuário. É nesse território que adquirem importância a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação trabalhador-usuário. É também neste território das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato - que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar. Às tecnologias envolvidas na produção desse encontro chamamos leves (Feuerwerker, 2016, p. 40).*

O caminhar com o Pescador, morador de uma comunidade e que tinha os rios nas suas práticas cotidianas de vida, produziu encontro com enorme potência e afetações em nós e assim acabamos nos tornando também pontos de sua rede viva. Depois do encontro em Tefé, as conversas continuavam por telefone, sendo incluídos na sua agenda de contatos e de nos colocou na articulação com a enfermeira C de Manaus. O encontro nos deu a possibilidade de conhecer a sua comunidade ribeirinha e nos abriu as suas redes. Pela mão do usuário entramos nos serviços de saúde, especialmente a equipe da saúde ribeirinha e nos pontos da Urgência e Emergência. Pela mão do usuário-guia também conhecemos as suas redes vivas. Assim, “a diferença do outro me interessa ao mesmo tempo em que não há nenhuma pretensão de colocá-lo em análise sem me expor, também” (Feuerwerker; Merhy & Silva, 2016, p. 11). Desse modo, na relação com o outro também nos expomos e nos colocamos em análise.

A partir do usuário-guia, chegamos nos pontos da Rede de Urgência e Emergência, nos aproximamos da Equipe de Saúde Ribeirinha, das práticas da Atenção Básica no território ribeirinho na Amazônia, da realidade dos hospitais de pequeno e médio porte nos municípios do interior do Amazonas. A imersão, como pesquisadora in-mundo, possibilitou a discussão sobre o transporte sanitário, os

modos de classificação de risco no território líquido, o manejo das urgências e emergências nas comunidades. Por fim, observamos que as redes vivas salvam vidas ao produzirem cuidado.

A pesquisa apresenta estes resultados e indica que ainda há necessidade de produção de outros estudos que problematizem os instituídos em saúde e promovam os encontros instituintes com os usuários. De fato, a própria pesquisa necessita produzir encontros potentes nos territórios, que crie afetos e um conhecimento pertinente e aplicado à vida das pessoas e que produza mudança nos serviços de saúde. Por fim, continuamos no exercício permanente de encontros com as pessoas no território líquido, produzindo sonhos e esperanças para uma vida digna e inclusiva para todas as pessoas.

## Referências

Abrahão, A. L., Merhy, E. E., Cerqueira, M. P., Tallemberg, C., Chagas, M. S., Rocha, M., Santos, N. L. P. Silva, E., & Vianna, L. (2014). O pesquisador In-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde (a título de fechamento, depois de tudo que escrevemos). In Gomes, M. P. C., Merhy, E. E. (Org.), **Pesquisadores In-mundo: um estudo da Produção de Acesso e barreira em saúde mental**. Rede Unida.

Albuquerque, M. V. (2013). **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): Diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros**. [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo].

Albuquerque, M. V., & Viana, A. L. d'Ávila. (2015). Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em Debate**, 39 (spe), 28-38. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005390>

Almeida, P. M. V. Dell'Acqua, M. C. Q., Cyrino, C. M. S., Juliani, C. M. C. M., Palhares, V. C., & Pavelqueires, S. (2016). Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, 20(2), 289-295. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160039>

Alves, J. J. P., Lima, C. C. de, Santos, D. B., & Bezerra, P. D. F. (2015). Conhecimento popular sobre plantas medicinais e o cuidado da saúde primária: um estudo de caso da comunidade rural de Mendes, São José de Mipibu/RN. **CARPE DIEM: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**, 13(1), 136-156.

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? **Journal of Health Social Behavior**, 36(1), 1-10.

Anjos, L. C. C.; & Albuquerque, A. R. C. (2019). O acesso geográfico à saúde no triângulo fluvial do setor central da Amazônia. **Confins**, 43. <https://doi.org/10.4000/confins.25386>

Araújo, D. R. A. & Schweickardt, J. C. (2018). As Redes Vivas na organização de Associação de Catadores de Resíduos Sólidos, Manaus, Amazonas. **Saúde em Redes**, 4(4), 61-77. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n4p%p>

Assis, M. M. A., & Jesus, W. L. A. (2012). Acesso aos serviços de saúde: Abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11), 2665-2875.

Ayres, J. R. de C. M. (2009). **Cuidado: Trabalho e interação nas práticas de saúde** (1o ed). CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO.

Azevedo, E. de S., Schweickardt, J. C., Martins, F. M., Lima, N. P. T., & Moreira, M. A. (2019). Saúde ribeirinha em Tefé: Aprendizados da Atenção Básica num território em movimento. In Moreira, M. A., Figueiró, R., Ferla, A. A., Schweickardt, J. C. (Org.), **Educação permanente em saúde em Tefé/AM: qualificação do trabalho no balanço do banheiro**. (p. 160-178). Rede Unida.

Barbiani, R., Junges, J. R., Nora, C. R. D., & Asquidamini, F. (2014). A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: Avanços, limites e desafios. **Saúde e Sociedade**, 23(3), 855-868. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300010>

Bezerra, O. M. P. A., Galvão, M. A. M., Silva, D. J., Brito, C. R. L., Rossini, M. C. S., Gonçalves, P. M. S., Bueno, L. S., & Souza, A. A. (2017). Pênfigo Foliáceo Endêmico (Fogo Selvagem) e sua associação com fatores ambientais e ocupacionais em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, 25(2), 225-232. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700020299>

Borsato, F. G., & Carvalho, B. G. (2020). Hospitais de média complexidade na Rede de Atenção às Urgências: O que sua produção revela? **Saúde em Debate**, 44(124), 86-98. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012406>

**Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (2007)**. Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas.

Brasil. (1990). **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

Brasil. (1998). **Portaria nº 2.923, de 9 de junho de 1998**. Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União.



Brasil. (2009). **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Ministério da Saúde.

Brasil (2010). **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

Brasil (2011a). **Portaria no 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)

Brasil (2011b). **Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Ministério da Saúde. [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866\\_02\\_12\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html)

Brasil (2012). **Resolução nº 4.66, de dezembro de 2012.** Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

Brasil (2013). **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ministério da Saúde. [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html).

Brasil (2014). **Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014.** Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Ministério da Saúde. [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311\\_23\\_10\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html)

Brasil (2019). **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde** - Consulta Estabelecimento. <<http://cnes.datasus.gov.br>>

Brasil (2017). **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

Casanova, A. O., Cruz, M. M., Giovanella, L., Alves, G. dos R., & Cardoso, G. C. P. (2017). A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: Uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Ciência & Saúde**

**Coletiva**, 22(4), 1209-1224. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26562016>

Cassettari, S. S. R., & Mello, A. L. S. F. de. (2017). Demanda e tipo de atendimento realizado em Unidades de pronto atendimento do município de Florianópolis, Brasil. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 26(1), 2-9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003400015>

Cecilio, L. C. D. O., Pires, A. A. C., Hamze, F. L., Silva, A. F., Batista, L. A., Carvalho, A. P. H. (2014). Programa SOS Emergências: uma alternativa de gestão e gerência para as grandes emergências do Sistema Único de Saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, 52, 202-216. <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/15/1.b%20%20Divulgacao52.pdf#page=17>

Cecilio, L. C. O., & Merhy, E. E. (2003). A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In Pinheiro, R., Mattos, R. A. (Org.), **Construção da integralidade: Cotidiano, saberes e práticas em saúde** (p. 197-210). IMS: UERJ: ABRASCO.

Cecilio, L. C. O. (1997). Modelos tecno-assistenciais em saúde: Da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, 13(3), 469-478. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>

Costa, L. L., Cardoso, A. B. R., Sodré, L. R. S., Fornaciari, P. H. O., Lucena, L. B., Martins, D. D., Almeida, K. K. M., & Melo, C. A. S. (2020). Caracterização dos pacientes atendidos pelo programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) nos anos de 2016 e 2017 no município de Marabá, Pará. **Brazilian Journal of Health Review**, 3(3), 6544-6561. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-201>

Cunha, P. R., & Barraviera, S. R. C. S. (2009). Dermatoses bolhosas auto-imunes. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, 84(2), 111-124. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962009000200003>

Deleuze, G. (1989). **O abecedário de Gilles Deleuze**. <[http://escolanomade.org/pensadoretextos-e-videos/deleuze-gilles/o-abecedario-de\\_gillesdeleuze-transcricao-integral-do-video](http://escolanomade.org/pensadoretextos-e-videos/deleuze-gilles/o-abecedario-de_gillesdeleuze-transcricao-integral-do-video)>

Deleuze, G., & Guattari, F. (1972). **O Anti-Édipo**. Assírio e Alvim.

Deleuze, G., & Guattari, F. (1997a). **Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia**. (Vol. 5). Editora 34.

Deleuze, G., & Guattari, F. (1997b). **Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia**. (Vol. 4). Editora 34.

Deleuze, G., & Guattari, F. (2011a). **Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia** (2o ed, Vol. 1). Editora 34.

Deleuze, G., & Guattari, F. (2011b). **Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia** (2o ed, Vol. 2). Editora 34.

Donabedian, A. (1973). **Aspects of medical care administration**. University Press.

Dubeux, L. S., Freese, E., & Felisberto, E. (2013). Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: Abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 23(2), 345-369. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000200003>

Escorel, S. (2012). História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do golpe militar à reforma sanitária. In Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C., Carvalho, A. I. (Org.), **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. (2o ed, p. 323-364). Editora Fiocruz.

Faria, H. X., & Araujo, M. D. (2010). Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: Produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, 19(2), 429-439. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000200018>

Fernandes, A. P. C. S., & Fernandes, A. S. (2016). A (in) acessibilidade nos transportes e as pessoas com deficiência da comunidade ribeirinha da Amazônia paraense. **Revista Cocar**, 10(19), 240-264.

Fernandes, B. M. (2009). Sobre a tipologia de territórios. In Saquet, M. A., Sposito, E. S. (Org.), **Territórios e territorialidades: Teorias, processos e conflitos**. (1o ed, p. 197-215). Expressão Popular.

Ferreira, A. B. de H. (2001). **Mini Aurélio século XXI escolar: O minidicionário da língua portuguesa**. (4o ed). Nova Fronteira.

Ferreira, M. A. C. (2016). **Transporte fluvial por embarcações mistas no Amazonas: Uma análise do trecho Manaus-Coari e Manaus-Parintins**. [Tese de Doutorado, Universidade Federal do Amazonas] <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/5238>

Ferreira, T. P. S., & Costa, C. T. (2017). Saúde e redes vivas de cuidado integral na atenção básica: Articulando ações estratégicas no território. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO**, 1(3), 269-281. <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto4750>

Feuerwerker, L.C.M.; Merhy, E. E.; Silva, E. (2016). Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? A pesquisa sobre acesso e barreira na saúde mental. Feuerwerker, L.C.M.; Bertusi, D.C.; Merhy, E. E. (Org.), Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: **Surpreendendo o instituído nas redes**. (1o ed, Vol. 2, p. 62-73). Hexis.

Feuerwerker, L. C. M. (2016). Cuidar em saúde. In: Feuerwerker, L.C.M.; Bertusi, D.C.; Merhy, E. E. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes**. (1o ed, Vol. 2, p. 35-47). Rio de Janeiro: Hexis.

Feuerwerker, L. C. M., & Merhy, E. E. (2016). Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? Pesquisa em atenção domiciliar. In Feuerwerker, L.C.M.; Bertusi, D.C.; Merhy, E. E. (Org.), **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes**. (1o ed, Vol. 2, p. 62-73). Hexis.

Figueira, M. C. e S., Marques, D., Vilela, M. F. G., Bazílio, J., Pereira, J. A., Silva, E. M., Figueira, M. C. S., Marques, D., Vilela, M. F. G., Bazílio, J., Pereira, J. A., & Silva, E. M. (2020). Processo de trabalho das equipes saúde da família fluviais na ótica dos gestores da Atenção Primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 54, 1-8. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018027303574>

Foucault, M. (2011). **A ordem do discurso**. (21o ed). Edições Loyola.

Franco, T. B. (2013). As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In Franco, T. B.; Merhy, E. E. (Org.), **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: Textos reunidos** (1o ed, p. 226-242). Hucitec.

Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2013). O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In Franco, T. B.; Merhy, E. E. (Org.), **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: Textos reunidos**. (1o ed, p. 151-171). Hucitec.

Fraxe, T. de J. P. (2004). **Cultura Cabocla-Ribeirinha: Mitos, lendas e transculturalidade**. Annablume.

Freitas, T. C. C., Ferreira Moreira, G. G., Aquino, J. M., Lacerda, K. P. C., Da Silva, R., Araújo de Jesus, A. P. G., Fonseca, A. C. S., Gonçalves, K. B., Botelho, A. S., & Gonçalves, M. D. (2020). A Atenção Primária como parte integrante da rede de atendimento as Urgências e Emergências: À luz da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Sup(38), 1-9. <https://doi.org/10.25248/reas.e2881.2020>

Gama, A. S. M., Fernandes, T. G., Parente, R. C. P., & Secoli, S. R. (2018). Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 34(2), 1-16. <https://doi.org/10.1590/0102-3111x00002817>

Garcia, A. C. P., Lima, R. C. D., Galavote, H. S., Coelho, A. P. S., Vieira, E. C. L., Silva, R. C., & Andrade, M. A. C. (2017). Agente comunitário de saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. **Trab. Educ. Saúde**, 15(1), 283-300.

Garnelo, L., Lima, J. G., Rocha, E. S. C., & Herkrath, F. J. (2018). Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte

do Brasil. **Saúde em Debate**, 42(spe1), 81-99. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s106>

Gaudenzi, P., & Ortega, F. (2012). O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 16(40), 21-34. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000020>

Giovanella, L., & Almeida, P. F. de. (2017). Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, 33(suppl 2), 1-21. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00118816>

Giovanella, L., & Fleury, S. (1995). Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como categoria de análise. In Eibenschutz C. (Org.), **Política de Saúde: O público e o privado** (p. 177-198). Fiocruz.

González Rey, F. L. (2002). **Pesquisa qualitativa em psicologia: Caminhos e desafios**. Pioneira Thomson Learning.

Guimarães, A. F., Barbosa, V. L. M., Silva, M. P., Portugal, J. K. A., Reis, M. H. S., & Gama, A. S. M. (2020). Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, 11, 7-7.

Haesbaert, R., & Bruce, G. (2002). A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari. **GEOgraphia**, 4(7).

Hans-Filho, G., Aoki, V., Bittner, N. R. H., & Bittner, G. C. (2018). Fogo selvagem: pênfigo foliáceo endêmico. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, 93(5), 638-650. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20188235>

Hermida, P. M. V., Danczuk, F. T., Alves, D. L. F., & Jung, W. (2016). Percepção de equipes de saúde da família sobre a atenção básica na rede de urgência. **Rev enferm UFPE on line**, 10(4), 1170-1178.

Heufemann, N. E. C., Schweickardt, J. C., Lima, R. T. S., Farias, L. N., & Moraes, T. L. M. (2016). A produção do cuidado no 'longe muito longe': A Rede Cegonha no contexto ribeirinho da Amazônia. In Feuerwerker, L.C.M.; Bertusi, D.C.; Merhy, E. E. (Org.), **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes**. (1o ed, Vol. 2, p. 102-113). Hexis.

Hur, D. U. (2019). **Psicologia, política e esquizoanálise** (2o ed). Alínea.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades (2018). **População estimada**. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/tefe/panorama>

Jorge, A. de O., Coutinho, A. A. P., Cavalcante, A. P. S., Fagundes, A. M. S., Pequeno, C. C., Carmo, M., & Abrahão, P. T. M. (2014). Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: Uma análise crítica. **Divulgação em saúde para debate**, 52, 125-146.

Júnior, H. S., Kulpa, S., Seixas, C. T., Bortolletto, M. S. S., Baduy, R. S., Cruz, K. T., & Merhy, E. E. (2016). Engravidando de outros sentidos a coordenação do cuidado em saúde. In Feuerwerker, L.C.M.; Bertusi, D.C.; Merhy, E. E. (Org.), **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes**. (1o ed, Vol. 2, p. 365-379). Hexis.

Kadri, M. R., & Schweickardt, J. C. (2016). O território que corta os rios: a atenção básica no município de Barreirinha, estado do Amazonas. In Ceccim, R. B., Kreutz, J. A., Campos, J. D. P., Culau, F. S., Wottrich L. A. F., Kessler, L. L. (Org.), **Intensidades na Atenção Básica: Prospecção de experiências informes e pesquisa-formação** (1o ed, Vol. 2, p. 195-226). Rede Unida.

kadri, M. R., Santos, B. S., Lima, R. T. S., Schweickardt, J. C., & Martins, F. M. (2019). Unidade Básica de Saúde Fluvial: Um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 23, 1-14. <https://doi.org/10.1590/interface.180613>

Lima, D. (2005). A ocupação humana nas várzeas dos rios Solimões e Amazonas. In Lima, D. (Org.), **Diversidade socioambiental nas várzeas dos rios Amazonas e Solimões: Perspectivas para o desenvolvimento da sustentabilidade**. (p. 11-36). Ibama, Provárzea.

Lima, L. D., Baptista, T. V. F., O'Dwyer, G. O., Machado, C. V., Andrade, C. L. T., & Pitthan, R. G. V. (2018). As Unidades de Pronto Atendimento na Rede de Atenção às Urgências no Estado do Rio de Janeiro: Desafios para a coordenação do cuidado. In Sá, M.; Tavares, M. F.; Seta, M. (Org.), **Organização do cuidado e práticas em saúde: Abordagens, pesquisas e experiências de ensino** (p. 359-382). Editora Fiocruz.

Lima, E. M. F. A., & Yasui, S. (2014). Territórios e sentidos: Espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, 38(102). <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>

Lima, F., & Merhy, E. E. (2016). Produção de conhecimento, ciência nômade e máquinas de guerra: Devires ambulantes em uma investigação no campo da saúde coletiva. In Merhy, E. E., Baduy, R. S., Seixas, C. T., Almeida., D. E. S., Júnior, H. S. (Org.), **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes** (1o ed, Vol. 1, p. 18-21). Hexis.

Lima, R. T. S., Simões, A. L., Heufemann, N. E., & Alves, V. P. (2016). Saúde sobre as

águas: O caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial. In Ceccim, R. B., Kreutz, J. A., Campos, J. D. P., Culau, F. S., Wottrich L. A. F., Kessler, L. L. (Org.), **Intensidades na Atenção Básica: Prospecção de experiências informes e pesquisa-formação**. (1o ed, Vol. 2, p. 269-294). Rede Unida.

Lira, S. H., Costa, D. C., Fraxe, T. J. P., & Witkoski, A. C. (2014). Sustentabilidade e territorialidade: Dilemas, desafios e possibilidades de vida para as populações rurais amazônicas. In Witkoski, A. C.; Fraxe, T. J. P.; Cavalcante, K. V. (Org.), **Território e territorialidade na Amazônia: Formas de sociabilidades e participação política**. (p. 55-86). Editora Valer.

Lopes, J. E., & Heimann, C. (2016). Uso das tecnologias da informação e comunicação nas ações médicas a distância: Um caminho promissor a ser investido na saúde pública. *J. Health Inform*, 8(1), p. 26-30.

Loureiro, J. de J. (2015). **Cultura Amazônia: Uma poética do imaginário** (5o ed). Editora Valer.

Machado, C. V., Lima, L. D., & Baptista, T. W. F. (2017). Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: Caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, 33(suppl 2), 143-161. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00129616>

Magalhães Júnior, H. M. (2014). Redes de Atenção à Saúde: Rumo à integralidade. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, 52, 12-37.

Maximino, V. S., Liberman, F., Frutuoso, M. F., & Mendes, R. (2017). Profissionais como produtores de redes: Tramas e conexões no cuidado em saúde. **Saúde e Sociedade**, 26(2), 435-447. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170017>

Mendes, E. V. (2011). **As redes de atenção à saúde**. (2a). Organização Pan-Americana da Saúde.

Merhy, E. E. (2004). **O ato de cuidar: A alma dos serviços de saúde**. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ministério da Saúde.

Merhy, E. E. (Coord). **Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa**. Projeto de Pesquisa - CNPq. UFRJ

Merhy, E. E. (2014). **Saúde: A cartografia do trabalho vivo** (4o ed). Hucitec.

Merhy, E. E., & Cerqueira, P. (2014). Apresentação. In Gomes, M. P. C., Merhy, E. E.



(Org.), **Pesquisadores In-mundo: um estudo da produção de acesso e barreira em saúde mental.** (p. 7-23). Rede Unida.

Merhy, E. E., Gomes, M. P. C., Silva, E., Santos, M. de F. L., Cruz, K. T., & Franco, T. B. (2016). Redes vivas: Multiplicidades girando existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In Merhy, E. E., Baduy, R. S., Seixas, C. T., Almeida., D. E. S., Júnior, H. S. (Org.), **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes** (1o ed, Vol. 1, p. 31-42). Hexis.

Minayo, M. C. S. (2012). O desafio da pesquisa social. In Deslandes, S. F.; Minayo, C. S.; Gomes, R. (Org.), **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** (32o ed, p. 9-29). Vozes.

Moebus, R. L. N., Merhy, E. E., & Silva, E. "O Usuário cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha?" In Merhy, E. E., Baduy, R. S., Seixas, C. T., Almeida., D. E. S., Júnior, H. S. (Org.), **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes.** (1o ed, Vol. 1, p. 43-53). Hexis.

Moreira, L. C. H., & Franco, T. B. (2016). Apoio matricial e processos de subjetivação produzidos a partir dos encontros no território no Programa Médico de Família (PMF) de Niterói. In Ceccim, R. B., Kreutz, J. A., Campos, J. D. P., Culau, F. S., Wottrich L. A. F., Kessler, L. L. (Org.), **Intensidades na Atenção Básica: Prospecção de experiências informes e pesquisa-formação.** (1o ed, Vol. 2, p. 131-160). Rede Unida.

Moreira, M. A., Azevedo, E. S., Figueiró, R. K. S., & Silva, M. R. F. (2019). A saúde em processo no coração do Rio Solimões: Município de Tefé. In Moreira, M. A., Figueiró, R., Ferla, A. A., Schweickardt, J. C. (Org.), **Educação permanente em saúde em Tefé/AM: qualificação do trabalho no balanço do banheiro.** (1o ed, p. 32-42). Rede Unida.

Neves, M. da S. M. das. (2019). **Redes Vivas em região de fronteira: Usos e percursos da saúde materna na Amazônia** [Dissertação de Mestrado, Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz]. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33763>

Nogueira, A. R. B. (2014). **Percepção e representação gráfica: A geograficidade nos mapas mentais dos comandantes de embarcações no Amazonas.** EDUA.

O'Dwyer, G. O., Konder, M. T., Reciputti, L. P., Lopes, M. G. M., Agostinho, D. F., & Alves, G. F. (2017a). O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 51, 125. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000072>

O'Dwyer, G., Konder, M. T., Reciputti, L. P., Macedo, C., & Lopes, M. G. M. (2017b). O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: Estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, 33(7), 1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00043716>

Oliveira, A. E. F. de, Araújo, F. L. S. M. de, & Garcia, P. T. (2018). **Redes de Atenção à Saúde: Redes de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde**. EDUFMA.

Orlandi, E. P. (2008). **Discurso e Texto: Formulação e Circulação dos Sentidos** (3o ed). Pontes Editores.

Padilha, A. R. S., Amaral, M. A., Oliveira, D. C., & Campos, G. W. S. (2018). Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. **Saúde em Debate**, 42(118), 579-593. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811803>

Paim, J. S. (2009). A criação e a implementação do SUS. In PAIM, J. S. **O que é o SUS**. (p. 42-101). Editora FIOCRUZ.

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

Pereira, L. L., & Pacheco, L. (2017). O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 21(suppl 1), 1181-1192. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0383>

Pessoa, V. M., Almeida, M. M., & Carneiro, F. F. (2018). Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**, 42(spe1), 302-314. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s120>

Pessoa, V. M., Rigotto, R. M., Carneiro, F. F., & Teixeira, A. C. de A. (2013). Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(8), 2253-2262. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800009>

Porro, A. (1995). **O Povo das águas: Ensaio de etno-história amazônica**. VOZES/EDUSP.

Portela, A. P. C. (2017). O território e as Redes Vivas de Saúde em uma comunidade flutuante no Amazonas [**Dissertação de Mestrado**, Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz]. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33498>

Queiroz, K. O. (2019). As lanchas “ajato” no Solimões: Modernização pretérita e integração territorial. **Novos Cadernos NAEA**, 22(1), 89-109. <https://doi.org/10.5801/ncn.v22i1.4900>

Rente Neto, F., & Furtado, L. G. (2015). A ribeirividade amazônica: Algumas reflexões. **Cadernos de Campo**, 24(24), 158. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v24i24p158-182>

Ribeiro, M. A. (2012). O rio como elemento da vida em comunidades ribeirinhas. **Revista de Geografia (UFPE)**, 29(2), 16.

Rolnik, S. (2016). **Cartografia sentimental. Transformações contemporâneas do desejo** (2o ed). Sulinas.

Rolnik, S., & Guattari, F. (1996). **Micropolítica: Cartografias do desejo**. (4o ed). Vozes.

Rosa, N., Souza, M. C., Rodrigues, R. M., & Esteves, C. O. (2016). Entre a chave e o cadeado: Dobras sobre acesso e barreira na atenção à saúde da pessoa com câncer. In Feuerwerker, L.C.M.; Bertusi, D.C.; Merhy, E. E. (Org.), **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes**. (1o ed, Vol. 2, p. 92-101). Hexis.

Rose, N. (2013). **A política da própria vida: Biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. Paulus.

Sampaio, J., Ferreira, T. P. S., Oliveira, I. L., Soares, R. S., Gomes, L. B., Coelho, T. M., & Almeida, R. B. (2016). No meio do caminho: A produção do cuidado na UPA, entre a atenção básica e hospitalar. In Feuerwerker, L.C.M.; Bertusi, D.C.; Merhy, E. E. (Org.), **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes**. (1o ed, Vol. 2, p. 127-137). Hexis.

Santos, M. (2003). **Por uma outra globalização (do pensamento único à consciência universal)** (10o ed). Record.

Santos, M. (2006a). O retorno do território. In Santos, M., Souza, M. A. A.; Silveira, M. L. (Org.), **Território: Globalização e fragmentação**. (5o ed, p. 15-20). Hucitec.

Santos, M. (2006b). **A natureza do espaço: Técnica e tempo**. Razão e emoção (4o ed). edUSP.

Scherer, E. F. (2004). Mosaico Terra-Água: a vulnerabilidade social ribeirinha na Amazônia. In: **Congresso Luso-afro-Brasileiro de Ciências Sociais da CES**, 8., 2004. Coimbra. Anais [...]. <http://www.ces.uc.pt/lab2004/inscricao/pdfs/painel74/JoseAldemirdeOliveira.pdf>

Schiffler, A. C. R.; Feichas, M.L.C.; Xerez, L.M.; Brena Silva dos Santos, B.S.; Silva, S.C.; Silva, S.; Merhy, E.E. (2016). Engravidando a rede de atenção materno infantil: multiplicidades e redes vivas na produção do cuidado. In: Feuerwerker, L.C.M.; Bertusi, D.C.; Merhy, E. E. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis

Schweickardt, J. C.; Soares, E. P.; Guedes, T. R. O. N.; Reis, A. E. S.; Hauradou, G. R.; Freitas, J. M. B. (2021). Somos ribeirinhos: pensamento, território e cuidado em saúde. In: Soares, Elaine Pires; Schweickardt, Júlio Cesar; Guedes, Thalita Renata Oliveira das Neves; Reis, Ana Elizabeth Sousa; Freitas Joana Maria Borges (Orgs). **A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM**. Porto Alegre: Rede Unida.

Schweickardt, J. C., Lima, R. T., Ferla, A. A., & Martino, A. (2016b). O “Programa mais Médicos” e o trabalho vivo em saúde em um município da Amazônia, Brasil. **Saúde em Redes**, 2(3), 328-341. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n3p328-341>

Schweickardt, J. C., Lima, R. T. de S., Simões, A. L., Freitas, C. M., & Alves, V. P. (2016a). Território na Atenção Básica: Uma abordagem da Amazônia equidistante. In Ceccim, R. B., Kreutz, J. A., Campos, J. D. P., Culau, F. S., Wottrich L. A. F., Kessler, L. L. (Org.), **In-formes da Atenção Básica: Aprendizados de intensidade por círculos em rede**. (1o ed, Vol. 1, p. 101-132). Rede Unida.

Schweickardt, J. C. & Martins, L. R. (2017). História das políticas de saúde no Amazonas: Da Zona Franca ao SUS, 1967-1990. In Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Lima, R.T., Kadri, M. R. **História e política pública de saúde na Amazônia** (1o ed, p. 19-42). Rede UNIDA.

Schweickardt, J. C. (2002). **Magia e Religião na modernidade: os rezadores em Manaus**. Manaus: EDUA.

Seixas, C. T., Baduy, R. S., Cruz, K. T. da, Bortoletto, M. S. S., Slomp Junior, H., & Merhy, E. E. (2019). O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: O que usuários-guia nos ensinam. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 23, 1-14. <https://doi.org/10.1590/interface.170627>

Secretaria Municipal de Saúde (2018). **Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021**. Tefé, Amazonas.

Silva, C. M. M. S., & Fraxe, T. J. P. (2014). Sustentabilidade e territorialidade rurais: O território rural do Baixo Amazonas, Parintins (AM). In Witkoski, A. C.; Fraxe, T. J. P.; Cavalcante, K. V. (Org.), **Território e territorialidade na Amazônia: Formas de sociabilidades e participação política**. (p. 87-117). Editora Valer.

Silva, D. A. R. D. (2013). **Pacientes com Pênfigo: Estética da Existência e**

**Condições para um Cuidado de Si** [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Dom Bosco].

Silva, D. A. R., & Bernardes, A. G. (2018). Pênfigo: Uma cartografia sobre as articulações das políticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(8), 2631-2640. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.14892016>

Silva, F. C. M. (2015). A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas e o Ambiente. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas**. Ministério da Saúde.

Silva, S. F. (2011). Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: Desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6), 2753-2762. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>

Silva, E. (2007). **Circo-teatro: Benjamin de Oliveira e a teatralidade circense no Brasil**. Altana.

Silva, K. L., Magalhães, R. V., Lana, V., & Capistrano, D. (2016a). Sofia e tantas outras mulheres usuárias de crack e seus filhos: Quando a (in)capacidade de gerir sua própria vida afeta a produção do cuidado. In Feuerwerker, L.C.M.; Bertusi, D.C.; Merhy, E. E. (Org.), *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes*. (1o ed, Vol. 2, p. 292-307.). Hexis.

Silva, K. L., Moebus, R. L. N., & Ferreira, V. L. (2016b). Sobre e sob o território: Entre a delimitação e a desterritorialização na produção do cuidado. In Merhy, E. E., Baduy, R. S., Seixas, C. T., Almeida, D. E. S., Júnior, H. S. (Org.), **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes**. (1o ed, Vol. 1, p. 91-95.). Hexis.

Silva, S. F. (2013). **Redes de Atenção à Saúde: Desafios da regionalização no SUS** (2o ed). Saberes Editora.

Silveira, L. C., Gomes, A. M. T., Lima, D. W. C., & Vieira, A. N. (2015). **Análise do discurso e a pesquisa na saúde**, 3, 12-15.

Silveira, R. P., & Pinheiro, R. (2014). Entendendo a Necessidade de médicos no Interior da Amazônia - Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 38(4), 451 - 459.

Situba, N. dos S., & Santana, P.V. (2017). Mobilidade urbana no rio: O ire vir das catraias do bairro do Abial ao centro da cidade de Tefé- Amazonas. **REVISTA GEONORTE**, 8(28), 145-160. <https://doi.org/10.21170/geonorte.2017.V.8.N.28.145-160>

Soares, E. P., Scherer, M. D. A., & O'Dwyer, G. (2015). Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste. **Saúde em Debate**, 39(106), 616-626. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151060003004>

Soares, F. J. A., & Filho, W. B. V. (2014). Caracterização Dinâmica de Embarcações Regionais do Amazonas. **UNOPAR Científica Ciências Exatas e Tecnológicas**, 13(1), 13-19.

Soares, S. S., Lima, L. D. de, & Castro, A. L. B. (2014). O papel da atenção básica no atendimento às urgências: Um olhar sobre as políticas. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care**, 5(2), 170-177. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v5i2.213>

Sousa, A. B. L., Garnelo, L., Mota, P. H. S., & Bousquat, A. (2017). Rede regional de saúde no contexto Amazônico: O caso de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 17(suppl 1), S239-S248. <https://doi.org/10.1590/1806-9304201700s100011>

Souza, C. F., Souza, J. M., & Veras, M. F. P. (2019). A vida ribeirinha amazônica: Alteridade, Territorialidade e Invisibilidade. **Anais dos Cursos de Pós-Graduação Lato Sensu UniEVANGÉLICA**, 3(1), 36-53.

Souza, S. A. F. (2014). **Análise de discurso: Procedimentos metodológicos**. Instituto Census.

Souza, M. J. C., Lobato, S. L. X., & Menezes, R. A. O. (2019). Conhecimento tradicional de plantas medicinais na comunidade ribeirinha do Igarapé Banha no Município de Mazagão - Amapá, Amazônia brasileira. **Estação Científica (UNIFAP)**, 9(1), 51-62. <https://doi.org/10.18468/estcien.2019v9n1.p51-62>

Starfield, B. (2002). **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO: Ministério da Saúde.

Tesser, C. D., Norman, A. H., & Vidal, T. B. (2018). Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: Situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, 42(spe1), 361-378. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s125>

Toledo, R. F., & Pelicioni, M. C. F. (2009). A Educação Ambiental e a construção de mapas-falantes em processo de pesquisa-ação em comunidade indígena na Amazônia. **Interações**, 11, 193-213.

Travassos, C., & Castro, M. S. M. (2012). Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C., Carvalho, A. I. (Org.), **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil** (2o ed). Fiocruz.

Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(suppl 2), 190-198. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>

Trindade, G. O., & Júnior, S. C. C. T. (2012). A ver navios, barcos e canoas...vivências urbanas e relação cidade-Rio na Amazônia Ribeirinha. **Geografia Ensino & Pesquisa**, 16(1), 35-54. <https://doi.org/10.5902/223649947321>

Unglert, C. V. S. (1990). O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev Saúde Pública**, 24(6), 445-452.

Villela, E. F. M., Dimech, G. S., & Garcia, M. H. de O. (2020). Vigilância em Saúde e SAMU: a parceria que dá certo. In Pereira, T.; Castro, L. H. A.; Oesterreich, S. A. (Org.), **Ciências da saúde campo promissor em pesquisa** 3 (p. 248-260). Atena Editora.

Witkoski, A. C. (2007). **Terras, florestas e águas de trabalho: Os camponeses amazônicos e as formas de uso de seus recursos naturais**. AnnaBlume.

Zoboli, E. (2007). Cuidado: Práxis responsável de uma cidadania moral. In Pinheiro, R., Mattos, R. A. (Org.), **Razões públicas para a integralidade em saúde: O cuidado como valor**. (p. 63-78). IMS/UERJ.



# Diálogos

## Diálogos

---



# Camínhos que se fazem ao camínhar: criação e compromisso ético da pesquisa com as amazonidades da Amazônia

03

*Alcindo Antônio Ferla  
Sônia Maria Lemos  
Maria Adriana Moreira*

## Introdução

Com alegria vemos uma sugestão feita na banca de defesa da dissertação de Josiane de Souza Medeiros, com orientação do Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt, materializar-se: a publicação do texto no formato de livro. Para a banca, fizemos uma pequena comunidade científica, com conversações prévias e, também, posteriores à defesa, por isso a autoria compartilhada. Uma das tarefas da banca na pós-graduação estrito senso é ajudar a compor artigos para publicação, e normalmente o fazemos pensando em revistas científicas, que são o “topo” da produção acadêmica há algum tempo. Entretanto, há produções que não são redutíveis a artigos no formato tradicional, sob pena de esvaziar o seu conteúdo. Retirar trechos e capítulos do contexto original e espremê-los para o formato de artigos retira deles parte da natureza original e, sobretudo, a principal função da disseminação científica, que é comunicar o percurso do pensamento e dos procedimentos utilizados para a produção do conhecimento, que se compartilha para a discussão entre pares.

A tradição dos artigos parece ofuscar uma estética de disseminação anterior a esse formato e diversa dele, que é o livro, além de outras, como apresentação em congressos, circulação de resumos e outras formas contemporâneas de “popularização” da ciência. Então, ao naturalizar o artigo como formato tornado prioritário, acaba-se por naturalizar essa segunda forma de processar a pesquisa: sua redução à estética do artigo. É, portanto, necessário e oportuno que se traga a reflexão sobre a tradição da pesquisa como uma parte substantiva do que vem movendo a maquinaria da ciência moderna, sobre as crises que são vividas na contemporaneidade e, ainda mais, no momento atual, assim como as iniciativas de superação da crise. Afinal, reflexões epistemológicas sobre a ciência também são ciência e têm feito falta no meio acadêmico em tempos tão difíceis quanto o que vivemos!



A oportunidade dessas reflexões também está na pergunta sobre como conversar sobre o conhecimento produzido com as gentes que o tornaram possível e ampliar o escopo e o alcance dos efeitos que podem produzir. Reduzir distâncias entre quem produz conhecimento e quem dele pode fazer uso para desenvolver outras possibilidades de leitura e mudança na realidade, também é uma questão relevante. Estimular meios de disseminação e comunicação que aproximem e possibilitem encontros em ato, que sejam significativos também para aqueles que ofertaram a base empírica para escritos e narrativas na construção de caminhos, trocas e abertura de trilhas para novas descobertas. Essas são questões que envolvem as formas de disseminação e compartilhamento.

O livro não é um meio inédito de disseminação do conhecimento, embora atualmente tenha versões mais facilmente acessáveis, como edições eletrônicas, mas ilustra essa trilha de mais intensidade, onde a informação breve e tratada disciplinarmente dos artigos é substituída pela originalidade de um texto que está mais em diálogo com o cotidiano estudado. Pode, portanto, conduzir à descoberta das contribuições do campo empírico e seus atores, no “*caminhar*” entre as suas páginas, dos encontros entre pesquisador e participante como uma relação em ato. Mas não são apenas argumentos pragmáticos que retomam a visibilidade do formato livro para o compartilhamento do conhecimento originário de pesquisas empíricas envolvendo diversidades de participantes.

Sobre o livro como forma de disseminação da ciência, Madel Luz escrevia, há mais de 15 anos, que ele se constituiu

*como depositário central, na cultura moderna, não apenas da transmissão do pensamento estruturado em forma de filosofia, ciência ou arte, ou da divulgação da informação considerada socialmente importante, mas também da circulação do imaginário, dos comportamentos e dos sentimentos humanos. Em suma: da expressão formal da cultura em todos os seus aspectos. É isto que designamos aqui como “cultura do livro”. Deve ser assinalado que esta cultura dominou a história da educação desde o século XVII. Praticamente toda a pedagogia dos últimos três séculos apoiou-se no livro como instrumento básico do ensino. De fato, em última análise poder-se-ia falar em uma civilização do livro na modernidade (Luz, 2005).*

A cultura do livro no campo científico atravessa uma crise provocada pela especialização dos pequenos artigos como forma de difusão da ciência, colocado desde o Século XIX como hierarquicamente superior ao livro, sobretudo pela autoridade das ciências exatas. Essa transposição não aconteceu sem consequências. Como nos lembra Madel Luz (2005), o livro é um objeto de comunicação de grande complexidade:

*O livro é (...) também, linguagem em si mesma, código*

*e mensagem ao mesmo tempo, linguagem apoiada na língua, materializada nos idiomas, cada qual com suas normas sintáticas e gramaticais, exigências formais de expressão de conteúdo, regras de estilo etc. Em suma, trata-se de um objeto de comunicação de grande complexidade, diferente de outras formas de impressos, como os folhetos, os panfletos, os manuais e “calendários” de todos os tipos, todos contemporâneos do livro, pois frutos da mesma matriz, a imprensa, e filhos do mesmo pai da modernidade escrita, Gutemberg.*

A complexidade do livro, coloca-o ao mesmo tempo, como acumulação das diferentes disciplinas ao longo da história e dispositivo de inovação da ciência e da técnica, constituindo-se como personagem da produção e disseminação científica (Luz, 2005):

*Se acrescentarmos ao conjunto de exigências linguísticas da produção de um livro todo o progressivo acúmulo histórico de normas de expressão referentes às diferentes disciplinas que constituem a árvore do conhecimento humano, teremos uma ideia aproximada da complexidade do objeto livro como transmissor de cultura, seja ela artística ou científica. (...). O autor, sobretudo o autor científico, é apenas aquele agente social que conhece e sabe lidar bem com todas essas exigências, raramente transgredindo-as, e quando as transgredir é geralmente no sentido de propiciar o avanço do conhecimento em sua disciplina. O autor não é o ator principal no processo que gerou a obra, mas sim a obra em si mesma, isto é, o livro. Em linguagem teatral seria dito: a personagem é quem importa e não o ator. A personagem é o livro, e o ator é o autor, encarregado de “dar à luz” seu personagem livro. Este sim, poderá, por suas características de força inovadora em termos de linguagem e conteúdo, provocar mudanças importantes no conhecimento, na forma de expressar-se - linguagem - ou na conduta humana.*

Recuperar a produção de Madel Luz, com sua enorme relevância para a constituição do campo da saúde coletiva e uma de suas principais formuladoras ao longo dos últimos 50 anos, tem a função de uma homenagem à sua produção e, em particular, a atualidade de sua contribuição sobre a relevância do livro como dispositivo de disseminação da ciência, nutriente específico da cultura e dispositivo de inovação do pensamento e da própria ciência. Sua produção precisa ser reencontrada nesse momento de crise não apenas da cultura do livro, mas da ciência como bússola do percurso das sociedades, em tempos de crise sanitária, social e civilizatória (Ferla et al., 2020). Mas recuperar o registro dessa imensa referência intelectual e simbólica para a construção do campo da saúde coletiva também tem a função de dizer, gritar nesse caso, que o livro não é

formato menos válido da ciência. Ao contrário, é amálgama da ciência ao longo dos ciclos de desenvolvimento que teve na história.

Foi com esse pressuposto que fizemos a recomendação de uma publicação no formato livro para a dissertação de mestrado da Josiane de Souza Medeiros. Mas também por considerar que o documento apresentado à avaliação da banca traduzia bem a estética do livro, da qual nos fala Madel Luz, e do livro como personagem. Há inovações e inéditos na produção que está agora no formato livro, que certamente perderiam contexto e potência ao serem recortados para a produção de artigos, ainda mais se submetidos aos filtros disciplinares que configuram as revistas científicas e a produção científica de forma geral. A “linguagem livro” transparece pela complexidade da construção argumentativa, pela composição entre texto, intertexto e ilustrações e, ainda, pela força do diálogo que o texto estabelece com o território amazônico e suas gentes. Tentaremos explicar isso melhor na sequência, percorrendo uma trilha com alguns marcadores da narrativa apresentada inicialmente como dissertação.

## Ciência, cotidiano do trabalho e amazonidades

A Amazônia não é apenas a moldura e o campo empírico da produção que nos trazem Josiane e Júlio na pesquisa que embasa o livro. O objetivo do trabalho no percurso do mestrado foi compreender a produção de redes vivas e fluxos no acesso da população ribeirinha à Rede de Atenção em Urgência e Emergência no Município de Tefé, que é referência na Região de Saúde do Médio Rio Solimões, no Amazonas. Para tanto, na partida, *foi necessário o engendramento de métodos e técnicas que não impedissem a apreensão da dinamicidade e complexidade do que pretendíamos investigar*, confessam os autores logo no início da obra. Não se tratava de um cálculo matemático entre o que apregoa a Política Nacional que é referência para essa Rede de Atenção, nem tampouco a escolha de um modelo usual de análise de políticas ou de avaliação de projetos. Foi preciso uma produção criativa para o exercício de constituir viabilidade ao objeto da pesquisa, um exercício epistemológico para sustentar o método. Coisa tão incomum nesses tempos de naturalização da fragmentação do conhecimento e de naturalização das hierarquias das quais nos falava Madel Luz há alguns parágrafos.

Foi necessário um processo alquímico, com um forte componente de aventura. Qual a melhor tradução da imagem inicial do primeiro capítulo, com a proa do barco acenando para a travessia? Ou seria a popa apontando para o caminho percorrido? Sem o sulco do barco na superfície do rio, a imagem acena apenas uma terceira margem, como no conto de Guimarães Rosa (2012), onde o leito constitui a terceira margem do rio, entre uma e outra de suas margens “fixas”.

Na Amazônia, os rios constituem a base imagética do “*território líquido*”, como aponta a categoria de análise forjada no âmbito das pesquisas do orientador, Prof. Júlio Schweickardt, para falar das características singulares da região. Apontamos

aqui uma característica que não se aproxima em nada do cenário bucólico ou caótico com que a Amazônia é comumente representada nas publicações literárias e científicas produzidas à distância e, mesmo, com lentes estrangeiras no próprio território. Aqui se apresenta uma existencialidade que requer lentes não colonizadas pela ciência vigente e pela cultura que se retroalimenta dela, mas lentes de ciência como aproximação sistemática e eticamente comprometida com o que observa e se implica.

Há um esforço de inovação visível, que chama por uma estética singular para sua produção e disseminação. Ou seja, também precisa ser destacada a contribuição desta pesquisa para a renovação da ciência, sobretudo da Saúde Coletiva, em termos de conteúdos e métodos. Mas o anúncio da crise paradigmática e do esforço de renovação não é uma descoberta singular na dissertação, senão uma formulação clássica no campo da epistemologia da ciência. O conteúdo e a forma deste livro apenas ilustram um processo que lhe é anterior e, de certa forma, superior, como nos mostra a leitura de outro clássico, agora da epistemologia da ciência.

Os ciclos da ciência acompanham o desenvolvimento da humanidade, já nos alertou Thomas Kuhn (2017) nos primórdios da segunda metade do Século passado. O físico e epistemólogo estadunidense, deparou-se com as mudanças paradigmáticas em 1947, quando selecionava casos de estudos históricos para preparar um curso sobre a ciência para estudantes de universidades. Constatou que a física aristotélica era diferente da física newtoniana e essa diferença não poderia ser classificada linearmente com a hierarquização de uma sobre outra, sobretudo quando a análise se utilizava de um olhar a partir de múltiplas disciplinas. A evolução da ciência ao longo da história não era adequadamente representada pelo acúmulo gradativo de novos conhecimentos, mas um processo cíclico, algumas vezes contraditório, de sucessivos ciclos paradigmáticos, que Kuhn denominou de revoluções científicas.

Os ciclos são estruturados em etapas: desintegração das disciplinas que sustentam a ciência até aquele período, que mobiliza as comunidades vinculadas a elas para reformular os compromissos que embasam a ciência; o desencadeamento de um novo ciclo, que Kuhn denominou de "*ciência normal*"; nova crise que desencadeia outro ciclo, e assim por diante. Importante contribuição do epistemológico é a análise do papel exercido por fatores externos à ciência na irrupção das crises e transformações do pensamento científico e da prática correspondente (Kuhn, 2017).

A dimensão estética dos registros produzidos para a comunicação, desde o formato original de dissertação de mestrado, nos pareceu uma contribuição relevante do texto que está sendo disponibilizado à leitura. Também é bastante original a alquimia que engendrou métodos, técnicas e formas de análise, para o modo como o texto foi construído, em diálogo intenso com os participantes da pesquisa e artesãos de cada pedaço do território, descrito de forma tão intensa pelos diferentes personagens e pelos autores. Ou as informações que tomaram forma

de mapas falantes para ampliar o diálogo dos saberes cotidianos com a narrativa acadêmica. São recursos que dão visibilidade e *dizibilidade* ao singular e diverso, que nem sempre sensibilizam os ouvidos da ciência normal. A estética da produção, como configuração tecnológica do trabalho (Merhy, 2002), apresenta um arranjo denso de tecnologias de diferentes naturezas, que tem uma capacidade forte de fazer emergir o que não está visível no conteúdo representacional vigente, mas que é profundamente necessário para superar o empobrecimento das relações sociais no tempo que vivemos. Tempo de crise paradigmática, que coexiste com uma crise civilizatória muito grave, em que as vidas são expostas de forma irresponsável. Este livro, nesse contexto também é um ato político de rebeldia, que busca diálogo onde estamos habituados à prescrição como exercício de saber/poder.

A pesquisa desenvolvida por Josiane e Júlio enlaça uma enorme rede científica demonstrada no texto, em um projeto que mobiliza pesquisadores, mestrands, doutorandos e estudantes de graduação, além de trabalhadores de diferentes sistemas municipais de saúde. E esteve vinculada a um projeto de pesquisa maior (“O acesso da população ribeirinha à rede de urgência e emergência no Estado do Amazonas”), aprovado no Programa de Pesquisa em Saúde para o SUS (PPSUS) e que tinha como objetivo analisar o acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência no Estado do Amazonas. Uma ambiciosa e complexa empreitada científica, que fez enlaces por meio da pesquisa entre o *“mundo da ciência”* e o *“mundo do trabalho”*, por meio de sofisticados dispositivos que, ao tempo que produziram novos conhecimentos, desenvolveram o trabalho. Como complexa também é realidade do trabalho no sistema de saúde no território amazônico. O resultado do enlace torna visíveis aspectos singulares do trabalho e limites muito translúcidos do conhecimento disponível atualmente e das políticas que pretendem ampliar o acesso e a qualidade da atenção à saúde com integralidade, como nos ordena a Constituição Brasileira, e que demonstram déficits grandes de amazonidades. Amazonidades que aqui não pretendem tornar-se o *“novo normal”*, senão visibilidade para sua existência singular, mas com potência de existir também em outros contextos, onde a *“normalidade”* se projeta como fato e como sentença. A produção em redes, os falseamentos pelo diverso, a composição de saberes, o encontro em ato ... há inúmeros inéditos que fazem bem à ciência no tempo em que apresenta sintomas de enfraquecimento e se torna objeto de ataques tão abjetos, negacionistas da vida e sua diversidade.

## As redes de atenção em saúde e a **emergência** na saúde: riscos e novas vidas

Não é possível seguir sem destacar outra contribuição relevante da dissertação, que é também uma característica muito marcante do seu percurso. Falar sobre a Rede de Urgência e Emergência (RUE), que é tão marcada por acidentes de trânsito e violências interpessoais no contexto urbano brasileiro, de tal forma que a imagem de representação cotidiana da Rede, como da Política específica, é frequentemente a ambulância densamente tecnológica chegando no hospital



tecnológico em tempo suficiente para evitar a morte como dramático desfecho. E como o indicador de excelência de avaliação da rede e da política: a redução do tempo de deslocamento entre o evento e o atendimento especializado e a redução da mortalidade no período de deslocamento.

No caso da pesquisa que é relatada na dissertação, o território amazônico possui baixa densidade demográfica, longas distâncias, grande diversidade étnico-cultural, ciclos de enchente e vazante, uma extensa rede hidrográfica e um expressivo contingente de população ribeirinha, que está na margem móvel dos rios. Se essas condições são um desafio para a integração política, social e sanitária para o país, imagine-se os atendimentos de urgência e emergência no interior do Amazonas. Essa sentença poderia, como nas demais políticas de saúde vigentes, desestimular qualquer aproximação analítica, diante de tantas evidências de que o desfecho da pesquisa seria vazio. Afinal, os fascismos da crise civilizatória também povoam o fazer acadêmico, que as universidades estão imersas no cotidiano social e na história das sociedades, e, assim, o diverso frequentemente transformado em anormalidade e, mais recentemente, em foco de combate. Mas não, aqui se recupera também a tradição da pesquisa científica ao longo da história: serve para ampliar o conhecimento e renovar as formas de produzi-los, além de responder aos problemas do cotidiano. Escolher temas encharcados de amazonidades é uma escolha estética para a produção de conhecimentos, mas também uma escolha política com dupla face: a afirmação das *singularidades da Amazônia*, como ciência do presente, se adentrássemos nas ideias de Boaventura Santos, e, também, uma aposta na atualização do fazer ciência, que não é irrelevante em tempos de crise paradigmática.

Ora, se as situações de emergência são um grande desafio para o sistema de saúde, a pesquisa faz emergir do território singular do município de Tefé uma política de encontros, redes quentes e ágeis no cuidado. Desfazendo-se das lentes das metrópoles brasileiras que parecem colonizar os estudos de avaliação de políticas, a pesquisa engendrou dispositivos criativos e reveladores desses encontros, como os mapas falantes e a técnica dos usuários-guia, que fazem emergir dos contextos situações e tecnologias de cuidado que são muito particulares. E uma das particularidades que grita na pesquisa é que ali, no interior do Amazonas, a Rede de Urgência e Emergência não é centrada em aparatos tecnológicos móveis. Ela é centrada no encontro e no cuidado. É com essas tecnologias que a rede se faz, se renova e se realiza.

No depoimento dos cuidadores, no relato dos usuários e na ação dos gestores, é a presença do agente de cuidados e da esperança do encontro que a existência se alimenta entre um evento extremo que compromete a vida e a atenção à saúde e cada ação de cuidado. Mas há também um sem-número de eventos que se tornam visíveis apenas aí, no contexto singular da pesquisa. Como caracterizar o percurso assistencial do usuário-guia Pescador, se não houver visibilidade aos inúmeros recursos e dispositivos que utilizou - mas também que mobilizou e engendrou

- nos seus nomadismos pelos territórios de vida e de atenção à saúde? O Pescador foi um produtor de redes, afirma o texto da pesquisa, mas também uma demonstração evidente que, para uma saúde complexa, não é possível construir-se como paciente/objeto de cuidados médicos.

O conceito de rede como conjunto de serviços já o havíamos superado nas análises sobre o cuidado desde as construções teóricas da Saúde Coletiva. Então, por que ele permanece tão forte na imagem do cuidado em urgência e emergência? A quem interessa que o cuidado de maior gravidade pareça indissociavelmente associado aos aparatos tecnológicos sempre atualizados pelo complexo industrial da saúde? E exclusivamente a eles? A quem interessa que esse mesmo cuidado, no território amazônico, seja invisível? Quanto vale a vida dos ribeirinhos amazônicos e porque ela parece valer menos do que do empresário que olha o mundo de um escritório em andar alto de uma metrópole?

Os depoimentos do campo empírico e a produção de conhecimentos na pesquisa apontam duas grandes constatações: ocorrem urgências e emergências no cotidiano do território líquido da Amazônia (é, portanto, necessária uma política de atenção às urgências e emergências compatível com a realidade na Amazônia!); essas condições mobilizam uma rede de cuidados onde o trabalho vivo, o trabalho em saúde centrado no agente que o realiza (a política de urgências e emergências para Amazônia pode debruçar-se nas práticas que se desenvolvem concreta e cotidianamente para oferecer soluções adequadas ao contexto); há déficits tecnológicos abissais no território: ambulâncias que não têm rotinas de manutenção regular, que são periféricas na política nacional e nos mecanismos de financiamento descentralizado, há ausência importante de meios de transporte adequados para as regiões ribeirinhas, há escassez de serviços de maior densidade tecnológica (a política atual é distante e pouco ergonômica com a realidade amazônica). Três constatações que não se anulam mutuamente, que não têm visibilidade no cotidiano dos agentes do cuidado nesse território, muito mobilizados pelo compromisso ético e político com o cuidado às pessoas com necessidades agudas, e que a pesquisa torna visíveis quando, sensivelmente, aponta que há continuidades desenvolvidas aqui e acolá no território analisado e grita em bom volume para denunciar iniquidades e omissões das políticas públicas.

A pesquisa consolida a tradição emergente de análise de políticas pela ótica micropolítica do cuidado e da gestão, pela ótica dos territórios, que são sempre singulares, e pela ênfase no encontro usuário/trabalhador, onde as tecnologias de maior densidade tecnológica são fatores relevantes de facilitação, ou de expressão das políticas de hierarquização de vidas e negação da saúde como direito de cada um e cada uma. E a publicação torna essas contribuições visíveis e acessíveis a novos leitores.

Fortalece também modos de fazer pesquisa por dobras e escapes que não

decompõem a ciência, mas criam condições de alargamento de suas lógicas contemporâneas (Trepte & Ferla, 2017). Além da pesquisa como dispositivo de aprendizagem, condição propícia no território amazônico, onde a diversidade de situações no campo empírico nos põe sempre a refletir sobre aspectos operacionais, questões metodológicas e relações entre teoria e prática nas pesquisas sociais, que tornam necessário embrenhar-se em situações diversas do habitual (Ferla *et al.*, 2016). A estética do texto que apresenta a pesquisa é muito reveladora de dobras e escapes, mas também como aprendizagem em ato: há uma composição tensa entre fotografias, representações gráficas, depoimentos, confissões, confidências, representações temáticas, citações teóricas e narrativas que estão ali porque *pediram passagem*, eram necessários ali. O texto aqui é personagem da comunicação da pesquisa, como nos dizia Madel Luz na inicial do artigo.

## O que dizer, para a conclusão?

É sempre bem difícil debater um texto como esse. Estamos tão habituados a fazer do debate acadêmico um exercício egóico de demonstração de credenciais e, portanto, exercício de poder, em rituais de iniciação que são advertência e representação, ao mesmo tempo. Bem, essa dissertação não nos permite sequer a possibilidade de fazê-lo, por desinteresse pessoal e por encantamento. Ela reivindica um olhar sensível para o deslocamento que produz no pensamento, mais do que o gozo de descobrir aqui e ali alguma insuficiência que, mesmo pequena, possa ser alçada ao escrutínio disciplinar.

Sem a pretensão desse exercício, ocupamos o lugar também da confissão: o texto nos mobilizou desde a primeira leitura. Se o “debate” toma a forma de uma apresentação ou prefácio, que seja para dizer também da chegada: a dissertação é original e tem uma alquimia teórica e metodológica que tece saberes acadêmicos, saberes cotidianos dos serviços e saberes tradicionais das populações que fazem vivo o território amazônico. Essa não é uma condição regular no mundo acadêmico. Mas, para além do poder disciplinar nos termos foucaultianos, nos interessa afirmar o singular da autoridade acadêmica: a capacidade freireana da aprendizagem em ato (Ferla, 2020).

Então, mais do que questionamentos, diálogos e cumprimentos. À Josiane, pesquisadora-sanitarista, e ao orientador, Júlio César, exímio navegador de boas aventuras científicas no território líquido da Amazônia, que também faz nascer novas vidas e novas margens para a saúde das pessoas. Fazer caminhos ao caminhar, também é possível na pesquisa e na produção de conhecimentos, sendo uma postura ética e política diante do mundo. Comemoramos ao nos deparar com mais essa evidência produzida no âmbito do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD-Fiocruz Amazonas).

## Referências

- Luz, M.T. (2005). O futuro do livro na avaliação dos programas de pós-graduação: uma cultura do livro seria necessária?. **Interface** (Botucatu) [Internet], 9(18), 631-636. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000300017>.
- Ferla, A., Martino, A., Merhy, E.E., Baptista, G. C., Schweickardt, J. C., Nicoli, M. A., Pereira, M. G. A., Ferreira, M. R., Orizco Valadares, M. A., Ceccim, R. B., & Franco, T.B. (2020). Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes**, 6(Supl.2), 1-6. <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3215g478>.
- Rosa, J. G. (2012). **A terceira margem do rio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Kuhn, T. S. (2017). **A estrutura das revoluções científicas**. 13ª ed.. São Paulo: Perspectiva.
- Merhy, E. E. (2002) **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec.
- Trepte, R. F.; Ferla, A. A. (2017). O fazer e aprender pesquisa numa perspectiva menor: narratividade no processo de produção de conhecimento em saúde. **Revista de Psicologia da UNESP**, 16(1), 41-57. <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/844/825>.
- Ferla, A. A.; Trepte, R. F.; Schweickardt, J. C.; Lima, R. T. S.; Martino, A. (2016). Os (des) encontros da pesquisa no tempo-espaço amazônico: um ensaio sobre produção de conhecimento como abertura à aprendizagem. **Saúde em Redes**. 2 (3), 241-261. <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/773>
- Ferla, A. A. (2020). O desenvolvimento do trabalho na atenção básica como política e como efeito pedagógico inusitado: movimentos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. In Akerman, M., et al. (Org.). **A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária em Saúde**. Hucitec.

# Reveres dos caminhos:

possibilidades outras da pesquisa em saúde sobre o Território Líquido na Amazônia

04

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

## Introdução

O presente capítulo representa um constructo teórico-reflexivo sobre as redes de urgência e emergência em saúde de populações ribeirinhas na Amazônia, enquanto membro da banca de defesa, a partir da análise da dissertação de mestrado de Josiane Medeiros que tem como título *“Caminhos da população ribeirinha: produção de redes vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do estado do Amazonas”*.

Assim, tal reflexão perpassa pelos não caminhos da pesquisadora, mas sobretudo, pelos caminhos que a pesquisa fez ao revelar outros temas e modos de pesquisar sobre os meios de vida dos ribeirinhos e sua relação com a saúde no território líquido da Amazônia. Aqui é preciso sinalizar o território líquido como analisador que atravessa os argumentos a serem apresentados, pois é considerado como expressão que concentra o conjunto de relações simbólicas do ribeirinho que vive em espaço específico e mantém suas tradições culturais nesse lugar específico; que precisa ser compreendido pelo movimento constante dos rios e que faz parte do dia a dia das populações ribeirinhas (LIMA *et al.*, 2016). Em que pese a complexidade do analisador, é importante construir novos modos de analisar, questionar, responder o que a pesquisa em questão não conseguiu abordar.

Diante dos sinais que vem da floresta, é preciso contextualizar a potência cuidadora das redes vivas que transborda as redes de atenção de urgência e emergência. Faz-se necessário revelar a política instituinte do cuidado no cotidiano do território líquido que está dentro da política de saúde instituída, a partir do território líquido. Assim, foi premente pensar sobre como a dissertação aqui no divã, proporcionou novas possibilidades de análise, de investigação, que pulsa ou aparece como analisadores emergentes para uma agenda da pesquisa em saúde coletiva na Amazônia.

É pelo exposto que o presente texto teve como objetivo identificar temáticas da pesquisa em saúde, dialogando com os analisadores do território líquido, das redes de urgências e emergências, e da Amazônia. Neste sentido, foi organizado um diálogo com os marcos da pesquisa com os determinantes sociais da saúde,

observando diferenças contextuais, a questão amazônica e o território líquido como lentes da realidade. E no segundo momento, o diálogo com a temática das redes vivas, o dinamismo inserido no território, os contextos de vulnerabilidade à saúde dos ribeirinhos em território amazônico, como temáticas inerentes ao conteúdo complementar da análise em questão.

## **Determinação e Determinantes Sociais da Saúde é coisa do passado. Na Amazônia é diferente**

Essa indagação surge com ímpeto da problematização conceitual necessário para o contexto da Amazônia. Isso porque o conceito sobre os determinantes sociais da saúde não cabe diante da complexidade e da potência da produção de cuidado no contexto de vida dos ribeirinhos.

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Buss & Pelegrini, 2007). Os DSS conseguem, de forma original e incipiente, identificar as iniquidades enquanto desigualdades expressivas, latentes e injustificáveis, para construir um conceito de saúde ampliado e suas interconexões. Afinal, é preciso entender que a saúde está em todos os campos e dimensões da vida das pessoas, seja no trabalho, moradia, lazer, relações de vizinhanças, alimentação, emprego, renda (CNDSS, 2008). O rompimento ou desequilíbrio dessas dimensões podem proporcionar, em certa medida, processos de adoecimento. É provável que a identificação de dimensões sem fazer as interrelações necessárias não é capaz de responder a dinâmica da vida dos ribeirinhos. É preciso a superação dos conceitos e apontar que os DSS se apresentam limitados nas propostas de ação para a transformação de políticas públicas no contexto da Amazônia. Por outro lado, cabe uma análise mais bem apurada sobre as determinações sociais da saúde.

A determinação congrega conjunto de valores que se aproxima das condições de vida dos ribeirinhos.

*A determinação social da saúde está muito além de determinantes isolados e fragmentados que, sob uma perspectiva reducionista, são associados com fatores clássicos de riscos e estilos de vida individuais. Não devemos permitir que o conceito de determinantes sociais seja banalizado, ou reduzido, simplificando-o ao tabagismo, ao sedentarismo, ou a uma inadequada alimentação. O que precisamos reconhecer é que por trás dessas práticas, existe uma construção social baseada na lógica de uma cultura hegemônica [...]. (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2011, p. 1)*

A superação dessa ótica sectarista e acadêmica intenta aproximar de fato da vida

e do cotidiano das pessoas. Essas questões são analisadas em uma perspectiva positivista, fragmentadas, não conexas, sem uma base unificadora que as organize racionalmente e explique sua ocorrência. É preciso contextualizar questões como autonomia dos indivíduos, reconhecimento ou visibilidade, sociabilidade, recompensa ou frustração diante do esforço (Fleury-Teixeira, 2009), ou seja, promover leituras sobre as condições particulares de existência, observando os modos de vida implicados e suas limitações para diferentes grupos sociais. Ou seja, compreender a determinação social da saúde, portanto, consiste em compreender a saúde como possibilidades de realização do humano, e o acesso aos produtos necessários para sua subsistência (Albuquerque & Silva, 2014).

Mesmo a determinação social da saúde é limitada para albergar todos os níveis local, regional e global das condições de vida de grupos sociais específicos. O exercício de pensamento sobre a pesquisa fez-se inserir um formato de pensamento contra hegemônico, periférico situacional e potente do ausente. Ao se tratar do ribeirão, não se trata somente tentar enquadrar no âmbito dos critérios acadêmicos, os determinantes ou as determinações da saúde. Há um entendimento que o território líquido permite extravasar a concepção da saúde fundada no materialismo histórico-dialético que adota as condições do ser humano produzidas historicamente pela transformação da natureza. Aqui estamos falando algo a mais, algo que não é visto pelas referências científicas do hemisfério norte.

É imperativo entrar na agenda da pesquisa em saúde, categorias analíticas do cotidiano de vida dos ribeirinhos que aponte a teia complexa que interliga as diferentes dimensões do real, que ancore numa abordagem transdisciplinar e holística, mas sem abandonar as noções das partes constituintes do todo. Tais categorias analíticas permitirão contextualizar melhor que dimensões da vida de ribeirinhos precisam levar em conta os modos de vida, e não o estilo de vida ali implicados. Precisa considerar o movimento dos rios e sua sazonalidade, as chuvas, o meio ambiente físico, os espaços emergentes da várzea na relação com a terra firme e os leitos dos rios mutantes a cada ciclo das águas. E, no meio disso, temos os ribeirinhos, grupo social que apresenta modo de vida específico e que congrega atores sociais distintos como indígenas, extrativistas, agricultores, garimpeiros, imigrantes.

Assim, precisamos dialogar sim com o que aponto aqui como condições complexas de vida (CCV) com as dimensões do natural, ambiental, comportamental, social, cultural. O ribeirão, enquanto grupo social, apresenta CCV diferenciado e que o território líquido permite revelar. O líquido, no território amazônico, refere-se ao físico, ao movimento e à energia produzida pelos ciclos das águas. Essa maleabilidade líquida pode ser representada pelo banzeiro, remansos, rebojos pelos rios que secam e enchem. Assim, "o território amazônico é um lugar vivo, dinâmico, regido pelo tempo diferente, singular e único e pelos ritmos dos banzeiros dos rios" (Schweickardt *et al.*, 2016, p.129). Portanto, só é possível pensar a produção de cuidado em saúde no território amazônico pelo viés de um



território vivo e líquido, pensando esse cuidado a partir do fluxo de seus rios que, ao contrário da estrada, não permanece fixo, mas sim dinâmico (Medeiros, 2020).

Não obstante, o binômio acesso/necessidade de saúde dos ribeirinhos precisam, veementemente, ser observados pelas políticas de saúde, na perspectiva analítica do território vivo. O uso dos serviços pelos ribeirinhos só pode acontecer como fato se observados a dimensão do natural, ou seja, do período do ano que incorpora dimensões culturais da época de cheia e vazante dos rios, do período das chuvas torrenciais que geralmente acontecem no inverno amazônico, das condições dos leitos dos rios (se existem pouco ou muito fragmentos de floresta oriundo do fenômeno natural das terras caídas anualmente e que considera que a cada ano o leito do rio modifica paisagem das margens e é altera o seu caminho, ou seja, é um ser vivo na perspectiva do tempo). O natural medido pelo movimento das águas, seja chuva, seja rio, que demonstra que o território não é único, estático e, sim, segue caminhos que permitem fluxos de acesso e uso dos serviços de saúde. Somente os ribeirinhos para ter o conhecimento da dimensão natural para analisar os riscos e o tempo para se alcançar a uma unidade de saúde, que geralmente fica distante de sua casa.

A incorporação desse conhecimento está fora da realidade da agenda de pesquisa. O território líquido provoca as políticas de saúde já implementadas. A Política Nacional de Atenção Básica toma como um dos pressupostos o território adscrito, considerando a unidade básica de saúde fixa e o território adjacente das residências e seus moradores como lugar de atuação e responsabilidade. Mas como fazer atenção primária em saúde em um território vivo, que muda, que se move? O território líquido é a categoria analítica das políticas públicas que precisa ser observado para a implementação de políticas a partir do lugar de vida das pessoas na Amazônia, seja na saúde inclusive. Aqui, foi incorporado a modelagem tecnoassistencial das Unidades Básicas de Saúde Fluvial, embarcações próprias com financiamento do Ministério da Saúde que incorpora o território líquido e que abrange ribeirinhos nos diferentes períodos do ano mediante cheias e secas. Assim a política é deslocada para o lugar do cuidado real, do cotidiano da Amazônia e do modo de vida ali produzidos. Assim, é premente ir além e analisar outras políticas de saúde.

## As redes “vivas” da Urgência e Emergência

O binômio acesso/necessidade de saúde dos ribeirinhos permite analisar em outra instância o uso dos serviços de atenção especializada. Para isso, pesquisas promissoras da agenda da vida dos amazônidas perpassam pelos analisadores das redes vivas e as condições de vulnerabilidade a saúde em território amazônico. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), enquanto política de saúde já instituída pelo Ministério da Saúde, visa articular e integrar todos os equipamentos de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna. São componentes habilitados e qualificados na RUE: a) Unidades de Pronto Atendimento, b) SAMU, c) hospitais e seus leitos

clínicos e de UTI, d) além da atenção domiciliar. Seria razoável a realização dessa política no contexto da Amazônia? Como providenciar em tempo oportuno o cuidado especializado em saúde para garantir o acesso aos serviços mediante necessidade de saúde dos ribeirinhos? É preciso contextualizar a recomendação ministerial para populações ribeirinhas.

Sobre a RUE prevista, é importante destacar a regulação dos serviços na lente da integralidade da atenção que considere o território amazônico. No lugar em que o rio comanda a vida, cabe a lógica das ambulanchas como componente da RUE que faz o transporte sanitário dos usuários até o ponto de atenção especializada mais bem apropriado para atender a necessidade de saúde. Não obstante, é previsível incorporar a regulação dos casos que necessitam de atenção de alta complexidade que é feita por meio de aeronaves preparadas com 2 e até 3 leitos clínicos e UTI. A disposição dos equipamentos de maior complexidade, aqui considerando a tecnologia dura, geralmente se encontram nos grandes centros urbanos da Amazônia, geralmente nas capitais. O acesso a esses serviços deve estar disposto para os ribeirinhos, a depender da gravidade da situação. Portanto, é coerente analisar a efetividade da RUE na Amazônia como proposta de novos estudos que aqui não se encerra.

A pesquisa da Josiane realiza um percurso metodológico em que o caso estudado vocaliza a realidade de muitos ribeirinhos. Pensando as RAS, compreende-se que cada fixo está interligado a uma rede de interação que lhe dá sentido de existência. Fluxos são os movimentos. Circulação de valores entre os fixos é, portanto, resultado da ação humana. A cada fixo diversos fluxos associam-se, como uma rede na qual a cada nó (fixo) conectam-se várias linhas (fluxos). Consideramos que, na busca por entender como o SUS e mais detalhadamente os serviços de urgência e emergência organizam-se em um território, a compreensão dos fluxos estabelecidos tem influência em como uma determinada população tem acesso ao serviço. Neste estudo, considera-se ponto focal da agenda de pesquisa em saúde na Amazônia a compreensão de como se dá o fluxo das pessoas no território e como acessam o serviço de saúde (fixos) apresenta-se como uma questão central (Medeiros, 2020).

No campo da saúde coletiva, o território é uma categoria central para organização de políticas públicas em saúde, sendo necessário agregar com novos sentidos. Precisamos apresentar linhas de fuga para além da análise da política instituída e, se encaminhando para a análise do instituinte dos modos de vida dos ribeirinhos. Aqui cabe uma discussão de uma categoria analítica que é proposta por Merhy e colaboradores (2016) que abrange a dimensão do cuidado e da rede viva. Os processos de organização dos serviços desenham as redes formais como produção de acordos e tecnologias duras. Porém, a vida das pessoas e as possibilidades de produção de construção de redes não se encaixam nas prerrogativas e resoluções das político-administrativas. Contudo, as redes vivas fazem-se presente o tempo todo, indo ao encontro das necessidades e desejos de vida dos usuários e de seus familiares. As linhas de fugas produzidas pelos usuários não aparecem

nos sistemas de regulação formais, o que dificulta sua inclusão como caminhos possíveis (Medeiros, 2020). Ribeirinhos em suas necessidades e o uso dos serviços de atenção especializada produzem caminhos que são abrangidos pelas redes formais instituídas, porém percorrem outros que fazem parte das redes vivas instituintes. O visível e o invisível da política acontece todos os dias nesse território.

Outro aspecto que emerge das leituras existenciais e científicas, é a condição de vulnerabilidade das urgências em saúde no contexto específico. Trata-se de um conjunto de agravos, acidentes notificáveis aos sistemas de informação de saúde que, por vezes, podem estar sendo negligenciados. Considerando esse grupo social que desenvolve modelo produtivo baseado na exploração da floresta e rios, é comum que emergências em saúde sejam ligadas ao trabalho da agricultura, extrativismo. Assim, acidentes causados por animais peçonhentos constituem importante causa de morbimortalidade em todo o mundo, principalmente entre a população do campo, floresta e águas, mas, apesar disso, são negligenciados como problema de saúde pública (WHO, 2007).

No Brasil, os acidentes por animais peçonhentos são a segunda causa de envenenamento humano e podem estar associadas a fatores como: diversidade zoológica e ecológica locorregional, trabalho com proximidade com os meios naturais, altos índices pluviométricos, diferenças culturais (como a percepção do animal pela população), modificações antrópicas do meio ambiente, condições de trabalho precárias, dificuldade de atuação das equipes de vigilância em saúde do trabalhador onde estas atividades econômicas são desenvolvidas, e baixa escolaridade do trabalhador (Brasil, 2019). Além dessas condições, ainda podemos destacar afogamentos, escarpelamentos, contaminação por mercúrio devido a atividades mineradoras, ainda invisíveis aos sistemas de informação, sem esgotar outros agravos já identificados e pouco explorados em estudos epidemiológicos amazônicos.

Essas são condições de vulnerabilidades em saúde que precisam ser considerados nos processos de priorização das redes vivas de urgência e emergência na Amazônia.

## Conclusão

Em síntese, considero que os efeitos da pesquisa analisada causaram em mim percepções diferenciadas sobre temas e métodos que precisam estar na agenda científica para a produção de conhecimentos mais sinérgicos com a realidade amazônica.

Quando aqui trazemos o território líquido que incorpora o natural, faço um diálogo com Milton Santos. Apresento aqui um natural, não estático, não como paisagem passiva e alheio a geografia humana e a perspectiva de território para Milton Santos vai além da visão tradicional que compreende o território como estático apenas

com seus aspectos naturais, mas reforçamos o modelo dinâmico, vivo, expresso na sua territorialidade seja no uso da terra que tem a sua moradia, que realiza as relações de vizinhança, sendo esse essencial à vida das pessoas.

O território líquido é o lugar da resignificação das políticas públicas de saúde. É importante dizer que o fato de existir um determinado serviço de saúde não garante o acesso, e mesmo havendo diversas barreiras da ordem geográfica, financeira, organizacional, é possível a oferta de serviços de saúde nos diferentes níveis às populações amazônicas, observando o modo de vida das pessoas.

As condições complexas de vida consistem em um exercício de pensamento inicial aos processos reflexivos que leva em consideração o território líquido, o cuidado as redes vidas. Não intenta substituir constructos ideológico-científicos, porém provoca a resignificação desses na lógica do pensamento sulista, do contra hegemônico, do invisível das referências científicas consagradas. É a partir das CCVs, que é possível desenhar programas, projetos e serviços adaptados de saúde em um espaço sociopolítico de presença e potência de inovação para a produção de vida na floresta.

Por fim, as temáticas de pesquisa apresentadas aqui ainda são periféricas da agenda científica brasileira, porém são muito caras a realidade amazônica. Foi possível por meio deste texto trazer os reveses dos caminhos e novas possibilidades de pesquisa em saúde. Assim, podemos sugerir que novos estudos devem traduzir o cotidiano dos serviços de saúde, a produção do cuidado e o modo de produção social de saúde específico dada a realidade. É missão social da pesquisa em saúde coletiva na Amazônia relativizar e propor análises substanciais das políticas de saúde que incorporem as modelagens assistenciais a partir dos sinais que vem do território líquido. As redes amazônicas são muito maiores que as redes de atenção em saúde.

## Referências

Albuquerque, G. S. C.; Silva, M. J. S. (2014). Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate** [online], 38(103) [Acessado 26 Agosto 2021], pp. 953-965.)

Brasil, Ministério da Saúde. (2019). **Boletim epidemiológico: Acidentes de trabalho por animais peçonhentos entre trabalhadores do campo, floresta e águas**, Brasil 2007 a 2017. v.50.

Buss, P. M.; Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1), p. 77-93.

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. (2011). **O debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde: posição dos movimentos**

**sociais.** Cebes. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/internaEditoria.asp?idConteudo=1619&idSubCategoria=29>>.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. (2008). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Fleury-Teixeira, P. (2009). Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 33(83), p. 380-387.

Merhy, E. E., Gomes, M. P. C., Silva, E., Santos, M. de F. L., Cruz, K. T. da, & Franco, T. B. (2016). Redes vivas: Multiplicidades girando existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In Merhy, E. E., Baduy, R. S., Seixas, C. T., Almeida., D. E. S., Júnior, H. S. (Org.), **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes** (1o ed, Vol. 1, p. 31-42). Hexis.

Medeiros, J. S. (2020). **Caminhos da população ribeirinha: produção de redes vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do estado do Amazonas** [Dissertação de Mestrado, Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz]. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/45800>.

World Health Organization. (2007). **Rabies and envenomings.** A neglected public health issue. Report of a consultative meeting. Geneva: World Health Organization. 38 p.

# O líquido derrete o sólido: acesso a Urgência e Emergência e Encontro de Saberes no Território Líquido

05

**Paulo Eduardo Mendonça**

*Eu amava como amava o pescador, que se encanta mais com a rede do que o mar... (Oswaldo Montenegro)*

O trabalho de Josiane de Souza Medeiros - Josi (Medeiros, 2020), nos remete a muitas diferentes dimensões disto que temos gostado de chamar de territórios líquidos. Porém o objeto deste pequeno ensaio diz respeito a como certos princípios e conceitos por vezes muito sedimentados em outros territórios de existência se desprendem, se soltam, se afastam, e se tornam insustentáveis diante da dimensão líquida dos territórios de existências no universo amazônico.

O acesso aos serviços de urgência e emergência tem sido objeto de grandes investimentos nas últimas décadas, com a estruturação de atenção pré-hospitalar, e serviço de atenção médica de urgência - SAMU, articulado em redes regionais e com proposições de modalidades de atendimento às necessidades de cuidados emergenciais singularizadas e coordenadas em nível nacional, inclusive com financiamento próprio. Vale lembrar que também se dá a partir de 2003 um conjunto de esforços governamentais para articulação de Planos de Defesa em Situação de Catástrofes, plano este entre as diversas esferas governamentais e intersetoriais, envolvendo órgão da saúde, segurança pública, defesa civil, infraestrutura entre outros.

Equipamentos como lanchas e barcos (ambulanchas), motocicletas, ambulâncias de transporte, de suporte e de suporte intensivo à vida, aviões e helicópteros, são formalmente pensados e instituídos como elementos integrativos e proporcionadores de possibilidades de se atender à distintos ambientes e territórios. O esforço seria nos anos 2000 insuperável, exceto por alguns pequenos problemas. Mesmo a diversidade pensada, este se remetia quase exclusivamente aos territórios urbanos com grande concentração populacional, como por exemplo cidades com mais de 100.000 ou 200.000 habitantes em alguns casos (Brasil, 2012).

O financiamento diferenciado da atenção à saúde, conhecido como política de indução favoreceu a adesão de Municípios e Estados do Brasil aos mais diversos planos, projetos e políticas focais que foram se desenvolvendo, porém, muitas

delas com certo recorte de estatura e tamanho dos territórios, no sentido de certa economia de escala e produção de um maior efeito possível com as medidas sócio sanitárias. E como ficariam os territórios situados à margem das definições das economias de escala? A resposta é que estas seriam objeto de outras políticas específicas, como uma Política Nacional de Saúde da população Negra, dos Idosos, dos Povos do Campo, das Florestas e das Águas e por aí fora.

Veja-se como um exemplo importante de investimento em infraestrutura de suporte a uma situação específica de Emergência, o Plano de Evacuação da Área de Abrangência do Complexo Nuclear de Angra dos Reis e as instalações específicas para enfrentamento de situação de contaminação sem que exista necessidade de evacuação total da população exposta ao risco. Para se manter o empreendimento de geração de energia na matriz atômica, solidariamente, todo o setor energético e em última análise os consumidores de todas as modalidades de fornecimento de energia, contribuem solidariamente como custo operacional daquela atividade que segundo critérios vigentes, considera-se indispensável (Eletronuclear, 2021).

Por outro lado existem reservas para atendimento a situações de emergência e catástrofes derivadas de eventos naturais, tais como grandes inundações, deslizamento de terras sobre comunidades urbanas ou rurais e estas não são episódicas, mas fortuitas, visto que o sistema de proteção à vida não sabe exatamente onde ocorrerão tais eventos, mas que dadas as condições de ocupação dos espaços e das características geológicas e climáticas, provavelmente em algum lugar e momento, teremos um evento catastrófico e deveremos ter em prontidão recursos locais, regionais e mesmo nacionais para serem acionados no enfrentamento daquilo que não é certo que ocorra, mas no mínimo provável. Estes recursos são normativos, tais como previsões legais de excepcionalidades nos ritos de contratação de serviços e compras de insumos, contratação de pessoas etc. O que nos importa neste exemplo é que existe um conceito de solidariedade mútua e que diante da ameaça à vida, há que se lançar mão dos recursos disponíveis e alcançáveis que sejam necessários, inclusive para além das máquinas governamentais contando-se com recursos próprios da população através de suas organizações de caráter permanente ou organizadas ad hoc diante das dificuldades e ameaças imprevisíveis.

Atualmente vemos diante da pandemia de SARS-CoV - Covid-19, um enorme esforço popular e institucional com organizações formais e informais buscando diante da inércia e mesmo das aplicações necropolíticas de um fisiocratismo epidemiológico vigoroso, produzindo sustentação da capacidade de se viver particularmente diante dos povos já vulnerabilizados, acrescidos dos novos ingressantes na faixa da miséria econômica, social, política e quiçá espiritual que está e franca produção nos mais diversos territórios do país.

**O que tais questões teriam a ver com as questões do acesso universal à saúde das populações ribeirinhas do território líquido da Amazônia?**



Mesmo quando governos mais ou menos inclusivos estabelecem políticas públicas, podemos identificar um eixo claro, ou os vestígios de uma componente colonialista e desenvolvimentista, a servir de plano de fundo dos recursos tecnológicos serem pensados, elaborados e colocados em prática. Deste ponto de vista, muitas vezes os territórios em que não se tem de imediato, tal qual sejam e existam, deste ponto de vista uma aplicação de exploração mercantil, financeira, industrial, extrativa ou industrial, se apresenta como território de dificuldades para se colocar “em marcha o progresso” (Mbembe, 2018).

Porém, é mais do que sabido acerca da importância da preservação de espaços específicos, de territórios que se prestam mais do que a simples possibilidade de se viver neles, eles são elemento essencial para a vida dos que não vivem ali. Participam como território em combinação com outros territórios para a produção de um conjunto ainda desconhecido de elementos de equilíbrio e autocoprodução. Então, sob uma égide decolonialista, seria de todo interessante que as políticas públicas buscassem os saberes que transitam, se encontram e desencontram (Santos, 2002) neste território líquido, para então compreendê-lo para adiante dos desafios que precisam ser superados para a entrega de acesso universal ao Sistema de Saúde, entender e elaborar proposições de políticas a partir da orquestração ancestral das relações entre os seres que habitam estas terras, águas e ares.

Aquilo que pode ser visto nos outros territórios de existência, das cidades médias e grandes, das metrópoles e conurbações não precisam de uma adaptação ao território amazônico, mas a um outro exercício elaborativo, não no sentido de como adaptar para lá o que se tem a disposição aqui, mas como construir lá, o que é preciso construir lá. O outro território que não o nosso, impõe um pensamento radical de que ele possui potências, maquinismos, caminhos de enfrentamento de seus problemas e não que é um espaço-território vazio de conhecimento e sentido e que precisa ser colonizado pelos nossos saberes hegemônicos construídos no Brasil urbano e central.

Quando somos expostos a esta conformação dos territórios líquidos somos obrigados a nos remeter a uma imagem negativa do projeto de extensão de cobertura que por vezes invade nosso enunciado de desejo coletivo de acesso universal aos serviços necessários para a defesa e proteção da vida. A dispersão populacional, as formas possíveis de deslocamento, o encontro de saberes que vem ocorrendo há alguns séculos entre os que habitavam, passaram a habitar e se constituíram como um dos nossos povos a mais, já que certamente quando se diz População Ribeirinha isto não remete a quem mora na margem do curso d’água, mas sim a quem vive neste território, não fisicamente apenas, mas em todas as dimensões de pertencimento a este território de existência. Este território é linguístico, cultural, geológico e hidrológico, é cartográfico, é social, é econômico, é mágico e encantado, é espiritual e ancestral. Como imaginar que esta terra de encantamentos não tem o quê propor para promoção de uma vida razoável e um acesso equânime ao Sistema Único de Saúde? Quando do Brasil Central se propõe

que se estabeleça uma frota de ambulanchas, hidroaviões, helicópteros e outras tecnologias de transporte e acesso aos territórios, não se leva em consideração como o apresentado pelos mapas falantes de Josi, que dependendo do ciclo das águas, previsível mas incontável, uma lancha não se aproxima da localidade onde quem precisa ser transportado está, muito menos um hidroavião irá lá pousar, por vezes sequer as rabetas operam com segurança em certas localidades. O caminho por igarapés e furos, que encurtam temporalmente as viagens podem ser completamente inviáveis em momentos de vazante ou seca. Os tempos são regidos pelas águas e as águas são regidas pelo tempo. Como operar o universo tecnológico disponível?

O que ocorre durante o dia não é o mesmo que ocorre durante a noite. O esforço de transporte de alguém em situação apreendida como urgência na seca, em localidade afastada dos núcleos urbanos maiores, à noite e na seca, colocaria os nervos de alguém do centro-sul do Brasil em frangalhos. A solidariedade entre os que não habitam, mas que vivem e existem nestes territórios, de forma visível ou invisibilizados, constrói caminho no meio da mata com instrumentos rudimentares de transporte, como rede e vara, até onde uma canoa possa ser puxada, até onde uma rabeta possa ser acionada, para então se chegar a um lugar onde uma lancha rápida ou voadeira possa transportar ao serviço de saúde, normalmente instalado em sedes de municípios e de lá, se não puder ser resolvido, embarcar em um pequeno avião ou avião de carreira se disponível para acessar a Capital do Estado. Nosso conceito de tempo é atravessado como que por um raio. Como ficam os 5 minutos que fazem a diferença, ou os 15, ou a primeira hora?

Nesta expansão do presente, do agora, ou se sabe muito bem o que fazer, ou nossos conceitos dos centros urbanos proibiriam a vida humana nestes territórios, por riscos insuperáveis e irreparáveis. Mas o Pescador e sua história de vida e viver, convida-nos a verificar que há muito que se sabe fazer neste presente expandido: certos problemas urgentes têm solução ancestralmente construída e cuidadosamente transferida entre gerações, com grande intercâmbio de saberes entre os originários do território e os chegantes iniciais, intermediários e tardios. Assim parte dos problemas urgentes podem ser resolvidos a partir de conhecimentos e saberes-fazer disponíveis nos núcleos comunitários em si, ou nos seus vizinhos. O acolhimento ao parto, a mulher e sua criança, pode ocorrer tranquilamente com os recursos comunitários próprios, ainda que no Centro-Sul do Brasil isto seria matéria de enorme controvérsia. Como colocou Josi (Medeiros, 2020), há recursos nos saberes comunitários para se cuidar de uma ferrada de arraia, mas um acidente ofídico vai demandar um pouco mais de esforço.

O que nos importa muitíssimo nesta discussão, é que é necessário se repensar as formas e conceitos que operamos a partir de um lugar único, com conceito único de desenvolvimento, os planos e projetos de promoção da universalidade do acesso à saúde. Quem poderia melhor propor estes arranjos necessários?

Diante desta pergunta se colocam três dimensões fundamentais do pensamento hegemônico contemporâneo: a) a Racionalidade Gerencial Hegemônica com seu produtivismo, que coloca os índices e padrões de produção e desempenho físico acima do mundo das necessidades de saúde dos usuários do Sistema (Campos, 2010); b) a Economia de Escala como fator de escolha e condicionamento de tomada de decisões em todos os campos das Políticas Públicas, sejam estes reais ou imaginários. Sempre a sobre-onação dada pelo não atingimento de economia de escala será objeto de algum ajuste fiscal e; c) a consideração de que existe um saber hegemônico, unicamente dado a partir das evidências da ciência, com uma negação dos saberes não hegemônicos, mas de grande valia para os povos ancestrais e tradicionais do Brasil e do Mundo (Santos, 2002). E que não se confunda esta questão com o negacionismo em curso frente a muitas questões em disputa na sociedade brasileira, pois se dá a negação do Tradicional e Ancestral, e também, se dá a negação das evidências derivadas de pesquisas comprobatórias ou de recusa da validade do uso de certas hipóteses de uso clínico de processos terapêuticos particularmente farmacológicos (Santos, 2021).

Numa primeira discussão, cabe enfrentar o problema da Racionalidade Gerencial Hegemônica, que numa permanente atualização do Taylorismo, continua advogando uma grande diferenciação com subordinação do trabalho efetivo e do trabalho intelectual, no sentido do primeiro subsumido ao segundo. A Gestão paranoide dos processos de condução do trabalho em saúde, captura gestores para ter sob seu controle o trabalho executado pelos trabalhadores de saúde, se sentindo inclusive responsável pelo bom rendimento das atividades de sua organização. Mas como ter bom rendimento do trabalho em saúde se a régua é dada pelos grandes centros urbanos? Como justificar um trabalho de baixo desempenho físico, mas de importância fundamental no tempo e na distância, para a proteção e manutenção da vida? Por quê é possível pensarmos no gasto improdutivo como essencial nos planos de enfrentamento de eventos adversos da Usina Nuclear, mas não seja possível pensar da mesma forma no consumo de recursos necessários para providenciar a proteção da vida onde mais do que nunca, é necessária uma certa forma de ocupação humana no território? Uma ocupação que preserve as possibilidades de manutenção de um equilíbrio vital no planeta entre todos os seus viventes e consistentes.

Em segundo lugar, numa crítica da economia de escala, vale lembrar que se partíssemos dela como um lugar central do pensamento, não se ocupariam as florestas tropicais úmidas, nem o Saara, nem a Sibéria e muito menos o Alasca. E, também, num país diverso e complexo como o Brasil deveriam ser impedidos os núcleos habitacionais e produtivos em territórios com menos de 15.000 habitantes e que não se tivesse à disposição municípios regionalmente relacionados para se estabelecerem planos regionais integrados de custeio e de investimento, mas que o acesso não significasse dias de viagem. A economia de escala é incompatível com a defesa da vida em situações de dispersão e fora de grandes núcleos urbanos. Com ela o máximo de contribuição possível seriam consórcios de compras de bens

e serviços, no sentido de produzir alguma pressão sobre um possível mercado fornecedor. Mas as soluções de funcionamento e de oferta de serviços de saúde deveriam ser mediadas pelo mundo das necessidades de saúde e a partir daí se estabelecer como seria a divisão solidária dos custos para se proteger a vida em todos os territórios de existência.

Por fim, a terceira questão nos remete ao pensamento hegemônico autoritário, de que apenas o que é elaborado em certos lugares dos mundos possíveis é válido. Ora, tal questão é francamente alto-negada através das pesquisas farmacológicas da indústria, particularmente das Big-Farma, que são realizadas a partir do acervo tradicional de práticas de usos de substâncias de origem vegetal, animal e mineral de povos tradicionais de todo o mundo. Porque não levamos em consideração e nem ao menos chamamos para o debate de formulação e elaboração, os detentores de tantos saberes da ordem da vida, da saúde e da doença, bem como dos meios de contorno e manejo destes fenômenos? Não seria providencial que quando se pensasse na saúde dos povos dos campos, florestas e águas, se incluísse não apenas o detentor de demandas e necessidades, mas também seus acervos de saberes, práticas e manejos em todos os campos em que se articulam as formas de viver e morrer, conquistar a saúde e adoecer?

Não se trataria nem de apropriação de saberes para a construção de novos saberes e novas tecnologias de terapêuticas farmacológicas ou não, nem de respeito aos conhecimentos dos povos distintos dentro das franjas de um multiculturalismo amigável, mas sim de se propor um encontro entre saberes, sem a priori de validade, efetividade e eficácia. Um debate que não seja regido pela lógica das disputas de eficiência, mas pelo encontro possível de lugares inalcançados, exceto no cenário e contexto de profundo respeito e aposta no conhecimento do outro como válido, não por respeito à diferença, mas por total crença que só com o privilégio do saber do outro, diferente de mim, alcançaremos o ainda não alcançado. Esta seria a proposição de um processo de produção de conhecimento solidário, onde amar o outro diferente mim é um oportuno para encontrar saídas razoáveis para problemas complexos.

Tal qual a roda, onde se discute, se fala, se olha, se dança e se confraterniza, talvez, sempre o talvez, este encontro de saberes possa construir e solidariamente como nação e mundo, possamos todos entender e estabelecer uma práxis em que a preservação de territórios necessários para a vida aqui, sejam absolutamente indispensáveis para a vida ali e acolá e que a viabilização destes princípios seja uma função da compreensão da necessidade de reconhecimento solidário dos diferentes saberes e compreensões. Cosmovisões e cosmogonias de um mundo que enfrentam ou se confrontam com outras, as quais impõe uma visão de uso e realização econômica imediata e arcaica, marcadas pelas oportunidades de ganho econômico, como se não fosse necessário nos preservarmos no presente de forma, precisam ser levadas em consideração.

É neste sentido que repensar políticas de garantia ao acesso universal à atenção de urgência e emergência nos povos ribeirinhos, tal descrito em Tefé, no Médio Solimões, nos convoca a deslizar no território líquido, a deixar de pensar na liquefação das relações de Zigmund Bauman como algo de totalidades e pensar em como esta vida líquida, amazônica, de territórios líquidos, pode se nos apresentar com aprendizado para os caminhos dos mundos possíveis em meio à pós-modernidade. O líquido não como em si, mas como mídia, como meio por onde nossas humanidades e mundialidades podem transitar e romper com nossas categorias modernas de tempo e espaço.

## Referências

Brasil (2012). **Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2021**. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010\\_21\\_05\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html)

Campos, G. W. (2010). Cogestão e neoartesanato. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5), 2337-2344.

Eletronuclear. (25 de Agosto de 2021). **Segurança Ambiental - Plano de Emergência**. Fonte: eletronuclear.gov.br: <https://www.eletronuclear.gov.br/Seguranca/Paginas/Plano-de-Emergencia.aspx>

Mbembe, A. (2018). **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. São Paulo: n-1 edições.

Medeiros, J. S. (2020). **Caminhos da população ribeirinha: produção de redes vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do estado do Amazonas** [Dissertação de Mestrado, Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz]. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/45800>.

Santos, B. S. (2002). Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, p. 237-280.

Santos, B. S. (2021). **O Futuro Começa Agora**. São Paulo: Boitempo.



Sobre autores e autoras

---

Sobre autores  
e autoras



# Autores e autoras

05

## **Alcindo Antônio Ferla**

Graduado em Medicina (1996) e Doutorado em Educação (2002) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor associado na UFRGS. Professor permanente nos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPA) e Saúde da Família (UFMS). Membro titular da comissão de recursos humanos e relações de trabalho do conselho nacional de saúde (CIRHRT/CNS). Editor da Editora Rede Unida. Atuação: ensino das profissões da saúde; educação permanente em saúde; modelagens technoassistenciais em saúde; trabalho em saúde; participação social em saúde e políticas públicas; saúde coletiva. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

## **Josiane de Sousa Medeiros**

Graduada em Psicologia. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPGVIDA do Instituto Leônidas & Maria Deane /ILMD/FIOCRUZ Amazônia. Atuou como psicóloga no Centro de Referência de Assistência Social do Município de Anamá/AM e no Centro de Referência de Assistência Social do Município de Manaus/AM. Psicóloga do Departamento de Assistência Estudantil da Universidade Federal do Amazonas - UFAM. E-mail: psimedeiros10@gmail.com

## **Júlio Cesar Schweickardt**

Graduado em Ciências Sociais (UFAM), Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia (UFAM), Doutorado em História das Ciências e da Saúde (COC/Fiocruz). Pesquisador e chefe do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD/Fiocruz Amazônia. Coordenador do Mestrado Profissional Saúde da Família - PROFSAÚDE. E-mail: julio.ilm@gmail.com

## **Maria Adriana Moreira**

Graduada em Enfermagem. Especialista em Gestão e Auditoria em Sistemas e Serviços de Saúde. Atua como Secretária Municipal de Saúde de Manicorá, AM. Membro do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/Fiocruz Amazônia. Trabalha na SEMSA Manicoré desde janeiro/2021. E-mail: adrianamoreira2005@yahoo.com

## **Paulo Mendonça Xavier de Mendonça**

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e mestrado em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutor em



Medicina pelo programa de Clínica Médica da UFRJ. Professor adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente colaborador do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do IESC. Foi Diretor-Geral do INCA - Instituto Nacional do Câncer em 2015. Coordenador da Área de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde do IESC/UFRJ. Membro do Conselho Deliberativo da ABRASCO, triênio 2021-2024. E-mail: pauloexm@gmail.com

### **Rodrigo Tobias de Sousa Lima**

Pesquisador Doutor em Saúde Pública do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) e Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia - Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazônia. E-mail: tobiasrodrigo@gmail.com

### **Sônia Maria Lemos**

Graduada em Psicologia. Doutora em Saúde Coletiva. Docente na área da Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas. E-mail: sonleemos@hotmail.com



# e-livro

SUSTENTABILIDADE  
editora **redeunida**

A Editora Rede UNIDA oferece um acervo digital para acesso aberto com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso gratuito às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parcerias e doações.

Para a sustentabilidade da Editora Rede UNIDA, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha "e-livro, e-livre", de financiamento colaborativo. Acesse a [página](#) e faça sua doação.

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a [Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA](#).



[editora.redeunida.org.br](http://editora.redeunida.org.br)

A pesquisa faz banzeiro, produz movimentos no território, nos trabalhadores e usuários, nos pesquisadores, nas alunas, no orientador.... O movimento do conhecimento precisa embalar os nossos sonhos, mas precisa animar as questões do lugar, das necessidades, das demandas. Desse modo, o trabalho da Josiane, ou simplesmente Josi, foi esse banzeiro que mexeu com a vida das pessoas, entrou nas redes vivas do usuário-pescador, que atravessou as discussões do trabalho, que fez mudança na gestão do cuidado.

O livro é mais uma produção do LAHPSA sobre a saúde ribeirinha e certamente será uma referência para as demais produções.

Desejamos uma ótima leitura para todos e todas que se aventuram na pesquisa da Amazônia profunda, naquela que apresenta a vida dos povos da floresta e das águas.



ISBN 978-65-87180-75-5



9 786587 180755 >