

## **Abaré I: Atenção Básica em contextos ribeirinhos na região Oeste do Pará**

**Abaré I: Primary Care in riverside contexts in Western Pará**

### **Larissa Ádna Neves Silva**

Bacharela em Saúde, Graduanda do curso de farmácia na Universidade Federal do Oeste do Pará.

E-mail: larialissa\_@hotmail.com

ORCID: 0000-0003-4287-5844

### **Juliana Gagno Lima**

Docente do Instituto de Saúde Coletiva na Universidade Federal do Oeste do Pará. Doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ.

E-mail: julianagagno@yahoo.com.br.

ORCID: 0000-0002-5576-0002

### **Hernane Guimarães dos Santos Júnior**

Docente do Instituto de Saúde Coletiva na Universidade Federal do Oeste do Pará. Doutorando em Epidemiologia e Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ.

E-mail: hernanegs@gmail.com

ORCID: 0000-0002-9998-2141

### **Rui Massato Harayama**

Docente do Instituto de Saúde Coletiva na Universidade Federal do Oeste do Pará. Mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal de Minas Gerais.

E-mail: rui.harayama@gmail.com.

ORCID: 0000-0002-7231-3589.

## **Resumo**

**Objetivo:** Descrever a experiência do Estágio Supervisionado Observacional em Saúde Pública, realizado na UBSF-Abaré I, na região do Baixo Tapajós, Santarém - Pará, no ano de 2019. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência pautado em atividades de estágio que foram desenvolvidas durante 10 dias de atendimento da unidade de saúde fluvial em contextos ribeirinhos. Esse artigo foi dividido em: histórico da UBSF – Abaré I, estrutura da unidade, modelo de atenção e atividades de formação desenvolvidas na unidade. **Resultados:** A vivência na unidade evidenciou a importância dos serviços básicos de saúde para as comunidades ribeirinhas. Alguns dos avanços proporcionados pela UBSF estão relacionados ao maior acesso e cobertura da Atenção Básica para essa população; o desenvolvimento de um trabalho interprofissional, intersetorial e interinstitucional; o trabalho de apoio e acompanhamento dos ACS para essas comunidades; e a contribuição da unidade como espaço para formação em saúde. Entretanto, ainda persistem grandes desafios à gestão como a necessidade de realização de monitoramento e avaliação dos serviços disponibilizados, assim como a execução dos princípios dos eixos estratégicos da Política Nacional de Saúde Integral das

Populações do Campo, da Floresta e das Águas, a partir de qual a unidade é financiada, reafirmando a valorização dessa política pública como estratégia para a promoção da equidade em saúde.

**Conclusões:** O fortalecimento da Atenção Básica para as populações ribeirinhas e a garantia dos princípios da universalidade, integralidade e equidade são essenciais para promoção de estratégias que contemplem as diferentes necessidades dessas populações, garantindo a prestação dos cuidados em saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde das comunidades; Amazônia.

## Abstract

**Objective:** To describe the experience of the Observational Supervised Internship in Public Health, held at UBSF-Abaré I, in the Baixo Tapajós region, Santarém - Pará, in 2019. **Methods:** This is an experience report based on internship activities that were developed during 10 days of care of the river health unit in riverside contexts. This article was divided into: history of UBSF - Abaré I, structure of the unit, model of care and training activities developed in the unit. **Results:** The experience at the unit showed the importance of basic health services for the riverside communities. Some of the advances provided by UBSF are related to greater access and coverage of Primary Care for this population; the development of interprofessional, intersectoral and interinstitutional work; the support and monitoring work of the CHA for these communities; and, the unit's contribution as a space for health training. However, there are still major management challenges, such as the need to carry out monitoring and evaluation of the services available, as well as the implementation of the principles of the strategic axes of the National Policy for Integral Health of the Populations of the Countryside, the Forest and the Waters, from which unit is financed, reaffirming the valorization of this public policy as a strategy for the promotion of equity in health. **Conclusions:** The strengthening of Primary Care for riverside populations and the guarantee of the principles of universality, comprehensiveness and equity are essential for the promotion of strategies that address the different needs of these populations, guaranteeing the provision of health care.

**Keywords:** Primary health care; Community health; Amazon.

## Introdução

A Como reconhecimento das condições e determinantes sociais no processo saúde-doença das populações rurais do Brasil, em 2011, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, de caráter transversal e intersectorial. Seu objetivo é garantir o direito e o acesso dessas populações aos serviços de saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) com iniciativas que reconheçam suas especificidades<sup>1</sup>.

São consideradas Populações do Campo, das Florestas e das Águas: os agricultores familiares, os trabalhadores rurais assentados ou acampados, os quilombolas, os ribeirinhos, os extrativistas, as populações atingidas por barragens, dentre outras. De modo geral, essas populações concentram baixos indicadores de saúde e altos índices de pobreza e analfabetismo, que se relaciona às iniquidades de distribuição da riqueza no Brasil<sup>2</sup>. O baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços estão presentes na região Amazônica, evidenciando a necessidade de políticas públicas integradas para as populações que apresentam insatisfatórios indicadores sociais<sup>3</sup>.

Figueira et al.<sup>4</sup> descrevem que as populações ribeirinhas são consideradas tradicionais na Amazônia e se caracterizam pela localização às margens de pequenos e grandes rios, em moradias planejadas para os tempos de enchentes e secas. Além disso, a infraestrutura deficiente e as características

geográficas presentes nessas comunidades, associadas às condições climáticas extremas, evidenciam as dificuldades de implementação e manutenção dos serviços de saúde para a população. Dessa forma, o acesso aos serviços de saúde do SUS, baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, ainda é uma realidade distinta, desigual, não integral e não universal para as comunidades ribeirinhas Amazônicas, se compararmos com as comunidades urbanas na região, e com pior situação de saúde e pior oferta de ações e serviços de saúde quando comparadas com as regiões Sul e Sudeste do Brasil<sup>1, 5, 6</sup>.

Em estados da região Amazônica, o deslocamento para os serviços de saúde habitual, e na maioria das vezes único, é feito por via fluvial, demanda que dificulta o fluxo assistencial e a interação com a rede, visto que o tempo de deslocamento entre um serviço de atenção básica para a atenção especializada pode variar de horas a dias<sup>7</sup>. Diante desse desafio de conformação da rede e como estratégia para fortalecer a política de saúde para essas populações, em 2011 e 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) dispôs equipes para as populações específicas, entre elas as equipes de saúde da família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira composta pelas Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), estas últimas desempenhando suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF)<sup>8, 9</sup>. Para cada tipo de Equipe de Saúde da Família (ESF) há repasse financeiro específico de custeio do Governo Federal<sup>10</sup>.

A UBSF-Abaré I é a precursora das unidades fluviais no Brasil, e serviu como base para o desenvolvimento da política de atenção às populações ribeirinhas brasileiras. As UBSF, de acordo com a PNAB, devem atender comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso acontece por meio fluvial. A unidade deve adotar um circuito de deslocamento que garanta o atendimento e a execução das ações da Atenção Básica, ao menos a cada 60 dias, a todas as comunidades assistidas<sup>9</sup>.

Diante destes desafios o objetivo desse artigo é descrever a experiência de Estágio Supervisionado Observacional em Saúde Pública, realizado na UBSF-Abaré I, na região do Baixo Tapajós, Santarém - Pará, no ano de 2019.

### Métodos

Trata-se de um relato de experiência do Estágio Observacional em Saúde Pública desenvolvido no período de 18 a 28 de março de 2019 na UBSF-Abaré I, no município de Santarém, situado na região Oeste do Pará. O estágio é um componente obrigatório dos Projetos Pedagógicos dos Cursos do Instituto de Saúde Coletiva (ISCO), da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)<sup>11</sup>.

Os estágios acontecem em integração com os diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo essa vivência na realidade local essencial para as mudanças que se pretende na formação em saúde<sup>12</sup>. Além disso, os cursos do ISCO devem estar adaptados com o processo saúde-doença e as reais necessidades da população, promovendo integralidade nas ações de cuidado em saúde<sup>11</sup>. O município de Santarém pertence à mesorregião do Baixo Amazonas e está localizado na confluência dos rios Tapajós e Amazonas no estado do Pará. É o terceiro município mais populoso do estado, com uma população estimada de 304.589 habitantes, em uma área de 22.984 km<sup>2</sup>, com densidade populacional de 12,82 hab/km<sup>2</sup> e apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio (0,691)<sup>13</sup>.

Cerca de 26,8% da população de Santarém vive em área rural<sup>13</sup>. 28,9% da unidade de conservação

da Floresta Nacional do Tapajós e 66% da Reserva Extrativista (RESEX) Tapajós-Arapiuns fazem parte do município, com a presença de várias comunidades ribeirinhas às margens do rio Tapajós, Arapiuns, Maró, Inambú e nos igarapés do Mentai e do Amorim. Estima-se, que no ano de 2012, a RESEX Tapajós-Arapiuns abrangia 72 comunidades ribeirinhas e indígenas, com mais de 27 mil moradores, sendo 88% dessa população natural do município de Santarém<sup>14,15</sup>. Assim como em vários municípios do Oeste do Pará, Santarém apresenta uma alta dispersão populacional e dificuldades de deslocamento geográfico, cujo acesso dessas comunidades até a sede do município geralmente acontece por meio fluvial em viagens que duram cerca de cinco a 18 horas, dependendo da localidade do destino, do regime de rios (cheia e seca) e do tipo de embarcação<sup>14</sup>.

Com relação à saúde, o município possui uma cobertura de Atenção Básica de 74,8%<sup>16</sup> e até maio de 2020, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município contava com 66 unidades básicas de saúde, seis postos de saúde e duas unidades móveis fluviais, entre elas a UBSF-Abaré I<sup>17</sup>. A Atenção Básica, *locus* principal do estágio de saúde pública, é qualificada como a porta de entrada preferencial do SUS e cumpre papel estratégico na rede de atenção, sendo ofertada integralmente e gratuitamente, de acordo com as necessidades da população e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes da saúde<sup>9</sup>. Desse modo, o estágio que ocorreu na UBSF – Abaré I é referente ao processo de trabalho da ESFF para as comunidades ribeirinhas ao longo das margens do rio Tapajós, e contou com a participação de seis acadêmicas do curso de Farmácia e duas acadêmicas do curso de Saúde Coletiva do ISCO.

Com relação às atividades desenvolvidas, durante os 10 dias de estágio, as acadêmicas alternaram entre os setores da UBSF – Abaré I. Entre os setores estavam: o **acolhimento e triagem**, com atividades como organização dos prontuários, aferição de pressão arterial e medição de peso e altura, além de preenchimento de fichas e organização para o atendimento médico; a **farmácia**, com atividades como organizar os medicamentos nas prateleiras e ainda “dispensar” esses medicamentos aos usuários; o **laboratório**, com a realização de testes rápidos de sífilis, HIV, Hepatite B e C; a **imunização**, com a ajuda na preparação do material a ser levado para a comunidade; as **visitas domiciliares**, com deslocamento até a casa dos usuários com o profissional médico para o atendimento, principalmente de pacientes acamados, idosos hipertensos e diabéticos que não conseguiam se deslocar até a unidade e pequenas urgências; e as atividades de **promoção da saúde**; com apoio a Organização Não Governamental (ONG) Projeto Saúde e Alegria.

O relato foi dividido em: histórico da UBSF – Abaré I, estrutura da unidade, modelo de atenção e atividades de formação desenvolvidas na UBSF - Abaré I. Por ser um relato de experiência, esse estudo não passou por avaliação de Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), de acordo com a Resolução N° 510/2016 e Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP), valendo-se de princípios como: ética, não maleficência, beneficência, sigilo e respeito<sup>18,19</sup>.

### Resultados e discussão

#### UBSF – Abaré I: Histórico

Conhecido como barco ou navio-hospital Abaré, a UBSF administrada pela ONG Projeto Saúde e Alegria, iniciou suas atividades no ano de 2006 e tinha um modelo de atenção baseado no ensino e pesquisa nos moldes de uma ESF itinerante. O barco Abaré era financiado pela ONG *Terres Hommes* Holanda e atendia cerca de 70 comunidades ribeirinhas dos municípios de Santarém, Aveiro e Belterra, promovendo acesso aos programas da Atenção Básica, como imunização, pré-natal, saúde da criança, entre outros<sup>20</sup>. Kadri et al.<sup>21</sup> discutem que essa experiência prévia do Abaré demonstra

características de um modelo campanhista de assistência, de caráter individual e curativo, diferente da atenção que deve ser desenvolvida por uma UBSF, que é de promover o cuidado preventivo e longitudinal, centrado na família e com conjunto ampliado de ações e serviços básicos.

A partir de 2008 o Abaré I foi incluso no CNES, entretanto somente em 2010, o Ministério da Saúde implementou, pela Portaria nº 2191/2010 revogada pela Portaria nº 2488/2011, estratégias para o desenvolvimento de equipes de saúde da família para as populações ribeirinhas da Amazônia e do Mato Grosso do Sul<sup>8,17</sup>. Com isso, o Abaré I foi integrado ao SUS e credenciado como a primeira UBSF do Brasil<sup>22</sup>. No ano de 2017, a UBSF – Abaré I foi doada e incorporada a UFOPA, por meio da Resolução nº 40/2017<sup>23</sup>. Desse modo, além de operar como uma UBSF, a unidade tornou-se um hospital-escola<sup>1</sup> com atividades de ensino, pesquisa e extensão do ISCO/UFOPA e de outras instituições do Brasil.

Em 2018, em reunião do Conselho Municipal de Saúde, foi assinado um Termo de Cooperação Mútua, entre a Secretaria Municipal de Saúde de Santarém (SEMSA) e a UFOPA, para uso conjunto da UBSF – Abaré I<sup>24</sup>. Desde então, o Abaré I é mantido por esse termo de cooperação, sendo a universidade responsável por manter a manutenção e guarda da embarcação e a SEMSA pelas ações assistenciais de saúde para as comunidades, além da responsabilidade por todo o material de consumo, como lubrificante, óleo diesel, insumos de saúde e recursos humanos, visto que é o município quem recebe os recursos do Ministério da Saúde para realizar as atividades<sup>25</sup>.

### UBSF - Abaré I: equipe e estrutura

O Abaré I está cadastrado no CNES como UBSF, de acordo com a Portaria nº 1591/2012, que trata sobre os critérios para habilitação de UBSF para fins de recebimento de incentivo mensal de custeio<sup>17</sup>. A unidade possui uma ESFF composta por médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnica em patologia clínica, odontólogo e técnica de saúde bucal.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que integram a equipe, residem nas comunidades e desempenham suas atividades no acompanhamento da população do Baixo Tapajós e assistem de uma a duas comunidades na região. Além disso, a equipe da unidade conta ainda com a tripulação da embarcação (comandante, marinheiro fluvial, auxiliares de serviços gerais, entre outros). Dados recentes do CNES mostram que estão credenciadas uma equipe de saúde da família, uma equipe de saúde bucal e 10 ACS na UBSF – Abaré I<sup>17</sup>. Vale destacar, que, quando não há saídas da UBSF - Abaré I para região ribeirinha, essa equipe atua em outras unidades de saúde de Santarém.

Apesar da equipe da UBSF - Abaré I estar completa, como preconiza a PNAB, durante a viagem em questão, observou-se que a presença de diferentes instituições como a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), a Divisão de Vigilância Sanitária (DIVISA), a ONG Projeto Saúde e Alegria, uma residente de medicina da Universidade de São Paulo e acadêmicas do ISCO/UFOPA, evidenciando o desenvolvimento de um trabalho interinstitucional, interprofissional e intersetorial, como disposto na política específica para essas populações<sup>1</sup>. Fatores observados referente a esse modelo de organização para o desenvolvimento das atividades, são corroborados com a observação de Farias et al.<sup>26</sup> que descreve que a interprofissionalidade corresponde ao trabalho em equipe de profissionais com diversas formações, articulando diferentes campos de práticas e fortalecendo a centralidade no usuário e nas suas necessidades, a partir da dinâmica dos serviços de saúde.

---

<sup>1</sup> Centro de atendimentos e serviços de saúde, mantido por ou que colabora com universidades, com objetivo de contribuir nas atividades de formação e investigação em saúde.

Relata-se também que a imersão no campo de prática da rede de saúde proporcionou a aprendizagem sobre o trabalho interprofissional e colaborativo, o contato com a Atenção Básica, a capacidade de intervir sobre os problemas de saúde da comunidade, além de promover uma formação profissional humanista, crítica, reflexiva e generalista, norteada pelos princípios do SUS, de acordo com as propostas das DCN<sup>11</sup>.

Com relação à estrutura física, a UBSF - Abaré I é dividida em três andares, com o primeiro andar destinado ao atendimento da população com quatro consultórios (odontológico, enfermagem e dois médicos), farmácia básica, sala de vacina, sala de procedimentos, sala de expurgo, laboratório de análises clínicas, banheiros, recepção e triagem. No segundo andar ficam: a copa/cozinha, cabine de comando, dois banheiros e os camarotes da equipe, no terceiro e subsolo ainda comportam os camarotes da tripulação.

Aspecto negativo observado na atividade desenvolvida, quanto à estrutura física, foi a falta de equipamentos no laboratório, que limitou a continuidade do cuidado, pois os aparelhos de realização dos exames de rotina estavam danificados, permitindo apenas os testes rápidos. Além disso, a estrutura da UBSF – Abaré I apresenta alguns setores que não possuem climatização e ventilação adequada, assim como número reduzido de cadeiras para acomodar a todos os usuários, gerando aglomeração de pessoas e dificuldades de organização local.

No que se refere aos insumos, como medicamentos e vacinas, as quantidades foram insuficientes para atender todas as comunidades, sendo que as primeiras comunidades foram mais favorecidas no atendimento quando comparadas as últimas. Foi notória a necessidade de aprimorar o planejamento, com análise de dados e projeção das necessidades, para qualificar as ações desenvolvidas.

### **UBSF - Abaré I: Modelo de Atenção à Saúde**

A UBSF – Abaré I atendeu cerca de 40 comunidades ribeirinhas ao longo do rio Tapajós, aproximadamente 150 km em linha reta de deslocamento, sendo elas: Vila Franca, Maripá, Santi, Anumã, Carão, Pedra Branca, Solimões, Vista Alegre, Capixauã, Suruacá, Mapirí, Ukena, Vila Amorim, Enseada do Amorim, Cabeceira do Amorim, Limão Tuba, Brinco da Moça, Pajurá, Parauá, Suruacá, Paricatuba, Muratuba, Vista Alegre do Muratuba, Mixirituba, Santo Amaro, Jauarituba, Jatecuara, Parapixuna, Jaca, São Tomé, Vila de Boim, Tucumatuba, Nuquiní, Nova Vista e Samauma. Como apoio aos atendimentos das comunidades existe unidades, postos e centros de saúde adstritos ao território, entre eles: o Centro de Saúde de Boim e o de Parauá; o Posto de Saúde de Anumã e o de Vila Franca; e, a UBS de Suruacá e a de Sucuruá <sup>17</sup>.

É importante destacar que o período de seca ou cheia do rio Tapajós influencia na dinâmica de atendimento da UBSF – Abaré I, principalmente sobre quais comunidades será atracada<sup>2</sup>. Em períodos de seca, a UBSF – Abaré I não consegue chegar próximo a algumas comunidades devido à baixa profundidade do rio, tendo as pessoas que residem nessas comunidades, se deslocarem até a comunidade em que o barco está atracado, chamada aqui de comunidades polos. O período em que ocorreu a viagem foi um período de cheia do rio, o que facilitou o deslocamento e a proximidade da UBSF – Abaré I com as comunidades.

Os serviços de saúde ofertados foram: atendimento médico, enfermagem e odontológico, imunização, exame preventivo do câncer de colo de útero, testes rápidos, pré-natal, dispensação de

<sup>2</sup> Quando a embarcação aproxima ou encosta-se a terra, ou a outra embarcação.

medicamentos, atividades de promoção da saúde, visita domiciliar, curativos e outros atendimentos de urgência.

Para atender as comunidades, a UBSF – Abaré I era atracada em uma comunidade polo a cada turno (quatro horas = matutino ou vespertino), onde os usuários das demais comunidades circunvizinhas deslocavam-se, em sua maioria por meio de transportes próprios, por via fluvial (canoas a remo ou voadeiras<sup>3</sup>), ou por via terrestre (motocicletas, bicicleta ou a pé) até o local do atendimento. Para a realização de visitas às comunidades adjacentes ao polo, a equipe de saúde dependia de transportes cedidos pelo ACS locais e por vezes servia também para transportes de casos de urgências.

Como descrito por Kadri et al.<sup>21</sup> diferente do modelo tradicional que a população vai até o serviço, pois a área é adstrita a UBS, no modelo fluvial, a UBSF torna-se adstrita ao território, e o serviço se desloca até a população. De modo geral, a UBS tradicional une os equipamentos no qual o usuário deve percorrer, enquanto no serviço fluvial, a UBSF transita pelos equipamentos existentes no território e que já são usados pela população, como igrejas, escolas, barracões, entre outros.

Poderíamos pensar o modelo de atenção da UBSF - Abaré I, como o da atuação de um Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), que funciona a partir da construção de redes articuladas de atenção e cuidado, sob diretrizes da ação interdisciplinar e intersetorial. Entretanto, o NASF é orientado pelo referencial metodológico de apoio matricial, que se materializa na ESF por meio do compartilhamento de problemas, troca de saberes e práticas entre os profissionais, assim como a articulação pactuada das intervenções<sup>27</sup>.

Os atendimentos às comunidades foram realizados por demanda programada, em que cada ACS realiza o levantamento prévio a chegada da UBSF, percorrendo a comunidade para identificação dos usuários que necessitavam de atendimento. Em casos de demanda espontânea, os usuários eram atendidos observando o limite de atendimentos proposto para cada profissional da equipe. O processo de trabalho da equipe era por rotinas integradas ou atendimento por demanda espontânea, em que a equipe estava disponível para atender qualquer demanda necessária no dia em que a UBSF estava na comunidade. Porém, o modelo atual continua em sua essência campanhista e hospitalocêntrica, com viagens programadas e com certa dificuldade para uma continuidade do cuidado. Além disso, questões sobre geração de renda, promoção da cidadania, entre outros pontos que são transversais desse modelo de atenção à saúde, não foram verificados.

Um turno de atendimentos clínicos foi insuficiente para abarcar as necessidades das comunidades, uma vez que se tinha um limite da quantidade de atendimentos diários (14/médico, 6/odontológico). Os usuários não atendidos foram colocados na lista de espera para a próxima ida da UBSF, o que significou deixar a população desassistida por um período de 40/50 dias, rompendo com a integralidade e longitudinalidade da assistência. Com relação à gestão do cuidado, observa-se que o foco da ESFF, está na assistência à família, porque o serviço não está disponível em tempo integral, logo toda a família é atendida simultaneamente<sup>28</sup>.

Na unidade, os usuários que necessitassem de outras demandas não ofertadas na UBSF – Abaré I eram acolhidos, triados e posteriormente referenciados ao serviço em Santarém/PA, para atendimentos especializados. Relacionado a isso, para as comunidades terem acesso aos serviços especializados precisavam se deslocar ao município, gerando gastos desproporcionais a sua realidade econômica, pois estes somente se dirigiam a área urbana para o recebimento de benefícios sociais como aposentadoria, bolsa família, ou até para comercialização de seus produtos ou aquisição de alimentos e insumos de saúde. No norte do Brasil, as distâncias percorridas pelos

<sup>3</sup> Pequenas embarcações de alumínio movida a motor, geralmente motor de popa.

usuários do SUS para ter acesso a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é mensurada por horas ou dias de viagem e não por quilometragem, entre a comunidade e a sede municipal, com variações a depender do tipo de transporte usado ou do período de seca ou cheia dos rios.

### **UBSF - Abaré I: Atividades desenvolvidas**

Quanto às atividades desenvolvidas, inicialmente foi realizada uma reunião para apresentação da equipe e dos serviços ofertados pela UBSF - Abaré I. Como preceptora das acadêmicas estava uma médica atuante em São Paulo, que auxiliou no processo de ensino e práticas durante os atendimentos e visitas domiciliares, atuando como facilitadora no processo de formação.

Para a organização das atividades, a enfermeira gerente da unidade solicitou que as estagiárias organizassem a farmácia básica da unidade, na noite de saída da UBSF – Abaré I para as comunidades. Os medicamentos foram organizados por ordem alfabética, data de validade e por instituição que disponibilizou, também foram separados os medicamentos vencidos para descarte.

Foram observados alguns entraves para o melhor desenvolvimento das atividades na farmácia da unidade, como a necessidade de padronizar os medicamentos; melhorar o controle de entrada e saída de medicamentos; a falta de um profissional habilitado para a dispensação dos medicamentos, sendo que qualquer pessoa (profissional/estagiário/tripulação) da unidade poderia fazer essa “dispensação”, sem a oferta de qualquer orientação sobre o uso correto dos medicamentos. A única forma que as estagiárias utilizavam para orientar os usuários era a leitura da posologia que constava na prescrição do médico.

Outros problemas observados quanto à farmácia foram: medicamentos prescritos que não estavam disponíveis na farmácia; medicamentos que estavam disponíveis não foram utilizados, o que incorria em desperdícios; e, medicamentos como analgésicos, antibióticos, anti-hipertensivos, entre outros, não foram suficientes até o final da ação de saúde no Rio Tapajós, demonstrando falhas no planejamento do abastecimento. Situação corroborada com outros estudos que mostram que o acesso a medicamentos continua sendo um desafio, pois ainda é fortemente comprometido pela baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta<sup>29, 30</sup>.

Outra questão importante sobre os ACS das comunidades é quanto à responsabilidade de levarem medicamentos para os postos de saúde de apoio, ou diretamente para os usuários da sua base geográfica de atuação. Essa atribuição de orientação e apoio ao uso correto de medicamentos em domicílio está descrita na PNAB para territórios em situação de vulnerabilidade, entretanto há necessidade de treinamento específico para esses profissionais, suporte de profissionais de nível superior e equipamentos adequados para atuação no território<sup>9</sup>.

No setor de acolhimento e triagem, quando a unidade era atracada na comunidade polo, os ACS traziam uma lista com o nome dos usuários e o tipo de atendimento a ser prestado (consulta médica, consulta de enfermagem, consulta odontológica, exame Preventivo de Câncer do Colo do Útero [PCCU] ou pré-natal). Os prontuários desses usuários eram localizados dentro dos armários que estavam dispostos na recepção. Cabe ressaltar a dificuldade de organização e localização dos prontuários, mesmo que estivessem em divisórias de acordo com as comunidades, alguns prontuários estavam perdidos.

Antes do atendimento específico, os usuários passavam pela triagem, onde as acadêmicas que sabiam aferir pressão e medir peso e altura auxiliaram nessas atividades, ou ainda ficavam responsáveis por anotar essas informações no prontuário enquanto um profissional técnico de

enfermagem ou enfermeira faziam os procedimentos. Observou-se também que nesse momento da triagem, os profissionais da SESAI solicitavam que fossem identificados os usuários indígenas, para atendimento com a nutricionista e recebimento de Ácido Fólico e Sulfato Ferroso. Ainda que o acolhimento aconteça na realidade da UBSF – Abaré I é preciso avaliar a qualidade dessa prática no processo de trabalho, pois o acolhimento deve envolver a escuta ampliada, o reconhecimento de vulnerabilidades e resolubilidade para as necessidades de saúde dos usuários<sup>31, 32</sup>.

Com relação à imunização, uma ou duas estagiárias se deslocavam junto com os técnicos de enfermagem para o atendimento da população. Todas as vacinas ficavam armazenadas em uma geladeira disponível em uma das salas da unidade. Quando amanhecia, os profissionais responsáveis pelo atendimento naquele dia preparavam a caixa térmica com bobinas de gelo para a conservação das vacinas. Santos<sup>33</sup> descreve que as atividades de imunização nas áreas remotas são extramuros (realizadas fora da unidade de saúde) e nestas condições reúnem uma série de especificidades desafiadoras que precisam ser superadas, como a falta de energia elétrica em tempo constante, manutenção de rede de frio, grande dispersão geográfica, dificuldades de acesso geográfico, condições ambientais e diversidades culturais das populações.

Geralmente, o ponto de apoio para essa ação eram os barracões ou os postos de saúde presentes nas comunidades. Esse deslocamento da equipe acontecia, por vezes, na embarcação de apoio da UBSF – Abaré I, a pé, ou com transporte cedido pelos ACS das comunidades. Ao chegar à comunidade, todos os materiais eram organizados e as estagiárias ficavam responsáveis por organizar as carteiras de vacina por ordem de chegada. Muitos usuários eram atendidos, entretanto, algumas vacinas ficaram indisponíveis no decorrer da viagem pela quantidade insuficiente levada para o atendimento da grande demanda das comunidades, em especial crianças. Tal conjuntura pode contribuir para a baixa cobertura ou atraso no calendário vacinal, sendo a falta do imunobiológico considerada como um dos principais limitadores de acesso a esse serviço<sup>34</sup>.

No que se refere ao laboratório, os equipamentos estavam em falta ou sem funcionamento. Dessa forma, a única atividade que estava ocorrendo era à realização de testes rápidos de Sífilis, HIV, Hepatite B e C. A sala do laboratório foi mantida para a realização dos testes, por não ter nenhum outro espaço exclusivo que estivesse de acordo com os parâmetros de biossegurança, garantia de privacidade e a ética profissional. Cabe observar a importância e o diferencial de se ter em funcionamento um laboratório na unidade fluvial, pois, na sua ausência, os comunitários só conseguiriam ter acesso a esses serviços deslocando-se para o município de Santarém, e, muitas vezes, ainda precisando passar pelo fluxo/regulação do sistema de saúde. Observou-se que todas as solicitações de exames foram preenchidas e entregues a enfermeira gerente da unidade para serem levadas a SEMSA. Entretanto, não se sabe se todas as demandas foram atendidas, isso porque muitas comunidades não tem acesso a telefone fixo, celular, internet, ou até mesmo energia elétrica, o que demandaria do ACS levar essa informação até o usuário em tempo hábil para a realização dos exames.

A realidade descrita demonstra dificuldades importantes na continuidade do cuidado dos usuários encaminhados à sede do município, pois a demora no agendamento, a baixa oferta de consultas especializadas e exames, assim como a distância entre a casa do usuário e a localização do serviço, são barreiras de acesso à atenção secundária e podem estar associados tanto às características do próprio serviço quanto às barreiras organizacionais e geográficas presentes no território<sup>35,36</sup>.

Após os atendimentos na UBSF, aconteciam as visitas domiciliares, em que os ACS levavam os médicos para essas visitas aos pacientes acamados, hipertensos e diabéticos e até pequenas urgências, deslocamento que ocorria igualmente ao da vacina. Duas estagiárias acompanharam o médico nessas visitas e atuaram como apoio. Notou-se que a maioria dos casos estava relacionada

à hipertensão descompensada e teve uma pequena urgência que foi um acidente com arraia, em que o paciente teve que se deslocar por meio lancha até a USBF. Nas visitas, era aferida a pressão arterial do paciente e o médico conversava com o usuário, ou com o cuidador sobre a continuidade dos cuidados. Embora, nesses casos, a visita enfatize a atuação terapêutica a pacientes acamados, através dela observou-se uma maior interação entre os profissionais e os usuários, maior aproximação com as condições de vida, trabalho, habitação, relações sociais e os agravos presentes na comunidade, questões que podem facilitar o direcionamento das ações de promoção da saúde e fortalecimento familiar<sup>37,38</sup>.

Referente às atividades de promoção da saúde, as atividades aconteciam na comunidade à noite, eram apresentadas em uma espécie de “noite cultural” na comunidade. Para ajuda no desenvolvimento dessas atividades, participavam um produtor de áudio e vídeo da ONG Saúde e Alegria e duas estagiárias do ISCO/UFOPA. Os temas das atividades emergiam da conversa entre as pessoas presentes, que geralmente eram crianças, adolescentes e jovens, e eram apresentadas em forma de peça teatral ou paródias. Estas atividades fazem parte dos princípios da promoção da saúde, observados por Westphal<sup>39</sup>, pautadas em concepções holísticas de saúde e voltadas para multicausalidade do processo saúde-doença.

Todas essas atividades práticas descritas se relacionam diretamente com as disciplinas teóricas dos cursos de Farmácia e Saúde Coletiva, principalmente ligada à formação interdisciplinar básica e comum, que ambos os cursos compartilham o modelo interdisciplinar da UFOPA<sup>12</sup>. Ambas as formações com ênfase na equidade e integralidade do SUS e orientadas para fortalecer e contribuir para a qualidade de vida local da população da região Oeste do Pará.

### **Considerações finais**

Em geral, a vivência na USBF – Abaré I demonstrou a importância de levar os serviços básicos de saúde às comunidades ribeirinhas. Alguns dos avanços estão relacionados ao maior acesso e cobertura da Atenção Básica para essa população, considerando a assistência à saúde como um dos determinantes sociais da saúde da população; o desenvolvimento de um trabalho interprofissional, intersetorial e interinstitucional articulando diferentes saberes para o fortalecimento do cuidado em saúde; o trabalho de apoio e acompanhamento dos ACS para essas comunidades; e a contribuição da USBF – Abaré I como espaço de formação em saúde.

Entretanto, os cuidados de saúde em áreas remotas ainda se constituem como grandes desafios à gestão, considerando as dificuldades de acesso geográfico e as questões sociais e econômicas das comunidades. Além disso, outras dificuldades também são relevantes como: formação de profissionais voltada para áreas urbanas, escassez de financiamento e a falta de planejamento adequada para o perfil social e epidemiológico da região Amazônica. A carência de insumos de saúde demonstrou a necessidade de realização de monitoramento e avaliação dos serviços disponibilizados, com objetivo de garantir que o planejamento das ações, a quantidade de recurso, o número de profissionais e a infraestrutura da USBF sejam suficientes para atender as demandas das comunidades.

Vale ressaltar que a USBF – Abaré I é uma das primeiras iniciativas de incentivo com financiamento específico para o contexto amazônico, o que reafirma a valorização dessa política pública como estratégia para a promoção da equidade em saúde nesse território. Além disso, a USBF é um campo de estágio diferenciado para formação em saúde, visto que traz à tona as diferentes realidades e especificidades da região Amazônica. Dentre os principais aprendizados referentes a essa

experiência, relata-se questões sobre o modelo de atenção à saúde, a importância do planejamento, promoção da saúde, epidemiologia e da abordagem territorial e comunitária.

Portanto, o fortalecimento da Atenção Básica voltada para as populações ribeirinhas e a garantia dos princípios da universalidade, integralidade e equidade são essenciais para a promoção de estratégias que contemplem as necessidades específicas dessas populações, garantindo a prestação dos cuidados em saúde.

## Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. 1. Ed. 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 48 p.
2. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil. *Saúde debate*. Rio de Janeiro, 2018; 42 (esp. 1): 302-14.
3. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Soc*. São Paulo, 2015; 24 (2): 413-22.
4. Figueira MC, Marques D, Vilela MF, Pereira JA, Bazílio J, Silva EM. Fluvial family health: work process of teams in riverside communities of the Brazilian Amazon. *Rural and Remote Health* 2020; 20: 5522.
5. Albuquerque MV, Viana ALA, Lima LD, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(4): 1055-64.
6. Santos JAF. Classe Social, território e desigualdade de saúde no Brasil. *Saúde Soc*. São Paulo, 2018; 27 (2): 556-72.
7. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(4): 1225-34.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, de 22 out. 2011 [citado em 17 de janeiro de 2020]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html).
9. Brasil, Ministério da Saúde. 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). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, de 21 set. 2017 [citado em 17 de janeiro de 2020]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).

10. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.229, de 6 de junho de 2014. Define os valores do incentivo financeiro mensal de custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR), das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). Diário Oficial da União. Brasília, DF, de 7 jun. 2014 [citado em 17 de janeiro de 2020]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1229\\_06\\_06\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1229_06_06_2014.html).
11. Brasil, Ministério da Educação. Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, de 20 out. 2017 [citado em 17 de janeiro de 2020]. Disponível em: [http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19363913/do1-2017-10-20-resolucao-n-6-de-19-de-outubro-de-2017-19363904](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19363913/do1-2017-10-20-resolucao-n-6-de-19-de-outubro-de-2017-19363904).
12. Brasil. Universidade Federal do Oeste do Pará. Resolução nº 182, de 10 de fevereiro de 2017. Aprova o Projeto Pedagógico do curso de Farmácia da Universidade Federal do Oeste do Pará [citado em 20 de maio de 2020]. Disponível em: <http://www2.ufopa.edu.br/ufopa/arquivo/consun/resolucoes/resolucao-no-182.17-consepe-ppc-de-farmacia/view>.
13. Atlas de Desenvolvimento Humano [internet]. Dados do município de Santarém (PA), 2010 [citado em 20 de maio de 2020]. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/>.
14. Brasil, Ministério do Meio Ambiente. Floresta Nacional do Tapajós: Plano de Manejo. Nov. de 2004. 580 p.
15. Brasil, Ministério do Meio Ambiente. Reserva Extrativista Tapajós-Arapiuns. Brasília, DF, 02 de set. 2014. 141 p.
16. Brasil, Ministério da Saúde. E-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica do município de Santarém (PA), 2020 [citado em 20 de maio de 2020]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2020 [citado em 20 de maio de 2020]. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>.
18. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [citado em 25 de março de 2020]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
19. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 [citado em 25 de março de 2020]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.
20. Bernades DC, Oliveira FPA. Projeto Saúde e Alegria: educação em saúde para melhorar a qualidade de vida. Revista Saúde e Desenvolvimento, 2012; 1 (2).

21. Kadri MRE, Santos BS, Lima RTS, Schweickardt JC, Martins FM. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo de atenção básica para a Amazônia, Brasil. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2019 [citado em 12 de maio de 2020]; 23 (180613). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832019000100262&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100262&lng=en&nrm=iso).
22. Projeto Saúde e Alegria [Internet]. Saúde comunitária; 2020 [citado em 25 de maio de 2020]. Disponível em: <https://saudeealegria.org.br/saude-comunitaria/>.
23. Brasil. Universidade Federal do Oeste do Pará. Resolução nº 40, de junho de 2017. Aprova o Termo de Doação e incorporação da Unidade Fluvial Abaré à Universidade Federal do Oeste do Pará. 2017 [citado em 25 de maio de 2020]. Disponível em: <http://www2.ufopa.edu.br/ufopa/arquivo/boletim-de-atos-administrativos/2017/boletim-de-servico-n.-89-2017-07-14>.
24. Prefeitura de Santarém [Internet]. Prefeitura e Ufopa assinam termo de cooperação mútua e Abaré retoma atividades na área de saúde; 2018 [citado em 25 de maio de 2020]. Disponível em: <http://agenciasantarem.com.br/noticia/2379/>.
25. Projeto Saúde e Alegria [Internet]. 13 anos de Abaré e quase nove de política pública; conheça algumas das 70 Unidades Básicas de Saúde Fluvial inspiradas no primeiro Barco Hospital; 2019 [citado em 25 de maio de 2020]. Disponível em: <https://saudeealegria.org.br/redemocoronga/13-anos-de-abare-e-quase-nove-de-politica-publica-conheca-algumas-das-70-unidades-basicas-de-saude-fluvial-inspiradas-no-primeiro-barco-hospital/>.
26. Farias DN, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Brito GEG. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. *Trab. Educ. Saúde*. Rio de Janeiro, 2018; 16 (1): 141-62.
27. Santos RABG, Uchôa-Figueiredo LR, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Saúde debate*. Rio de Janeiro, 2017; 41 (114): 694-706.
28. Kadri MR, Wilson DR, Schweickardt JC, Linn JG, Farias LSG, Moreira A et al. The Igarçu fluvial mobile clinic: Lessons learned while implementing an innovative primary care approach in Rural Amazonia, Brazil. *International Journal of Nursing and Midwifery*. 2017; 9 (4): 41-45.
29. Álvares J, Junior AAG, Araújo VE, Almeida AM, Dias CZ, Ascef BO et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(2): 20s.
30. Nascimento RCR, Álvares J, Junior AAG, Gomes IC, Costa EA, Leite SN et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51 (2): 10s.
31. Silva LAN, Harayama RM, Fernandes FP, Lima JG. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro. 2019; 43 (122): 742-754.

32. Uchoa AC, Souza EL, Spinelli AFS, Medeiros RG, Peixoto DCS, Silva AR et al. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2011; 21 (3): 1061-1076.
33. Santos EP. Guia de boas práticas de imunização em áreas remotas de difícil acesso. Sociedade Brasileira de Imunizações. 2017. 44 p.
34. Ferreira AV, Oliveira CF, Guimarães EAA, Cavalcante RB, Moraes JT, Oliveira VC. Acesso à sala de vacinas nos serviços de atenção primária à saúde. *Rev. Eletr. Enf [Internet]*. 2017 [citado em 22 setembro de 2020]. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/42468/24010>.
35. Tonelli IS, Lana FCF. Demanda de exames complementares média complexidade na atenção primária à saúde. *Rev. Baiana enferm*. 2017; 31 (3): e22172.
36. Sousa FOS, Medeiros KR, Junior GB, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19 (4): 1283-1293.
37. Drulla AG, Alexandre AMC, Rubel FI, Mazza VA. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enferm*. 2009; 14 (4): 667-74.
38. Barbosa DCM, Mattos ATR, Corrêa MH, Faria M, Ribeiro LC, Santos LL et al. Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família. *Medicina*. 2016; 49 (4): 360-366.
39. Westphal MR. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond MJ, Carvalho YM, editores. *Tratado de Saúde Coletiva*. Editora Hucitec: Fiocruz; 2006. p. 635-667.

**Submissão: 10/08/2020**

**Aceite: 05/10/2020**