

Abaré I: reflexões sobre formação multiprofissional e saúde ribeirinha na Atenção Primária à Saúde

Abaré I: reflexiones sobre la formación multiprofesional y la salud de ribera en Atención Primaria de Salud

Abaré I: reflections on multiprofessional training and riverside health in Primary Health Care

Cristiano Gonçalves MORAIS⁽¹⁾

Ilvia Silva GOMES⁽¹⁾

Juliana Gagno LIMA⁽²⁾

Teógenes Luiz Silva da COSTA⁽²⁾

Recebido: 30 set 2020

Revisado: 18 fev 2021

Aceito: 27 fev 2021

Autor de correspondência:

Cristiano Gonçalves Morais
cristiano.goncalves.morais@gmail.com

Como citar: Morais CG, Gomes IS, Lima JG, Costa, TLS. Abaré I: reflexões sobre formação multiprofissional e saúde ribeirinha na atenção primária à saúde. J Manag Prim Health Care. 2021;13:e011.
<https://doi.org/10.14295/jmphc.v13.1043>

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC-BY-NC). Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.



⁽¹⁾ Residência Multiprofissional em Estratégia Saúde da Família para as Populações do Baixo Amazonas, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Oeste do Pará, Santarém, Pará, Brasil.

⁽²⁾ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Oeste do Pará, Santarém, Pará, Brasil.

Resumo

Este artigo descreve as experiências de formação dos residentes em estratégia saúde da família numa Unidade Básica de Saúde Fluvial na Amazônia. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa. A experiência relatada se desenvolveu em outubro de 2018, com ribeirinhos de 20 comunidades do Baixo Amazonas, durante as atividades de assistência, ensino, pesquisa e extensão na Unidade Básica de Saúde Fluvial - Barco Abaré I. A inserção em atividades como essa faz parte da grade curricular de uma residência em estratégia saúde da família, que conta com profissionais nas áreas de enfermagem, odontologia e farmácia. Para fins de aprendizado utilizou-se de ferramentas de metodologias ativas como o diário reflexivo individual. Os principais aprendizados dessa experiência foram: conhecer a realidade local das comunidades ribeirinhas e refletir sobre as condições de vida e determinantes da saúde na Amazônia. A importância da vivência no Abaré I foi favorecer experiências para além do âmbito tecnicista, facilitando o contato com a realidade particular da Amazônia, ao mesmo tempo que serviu para entender as necessidades e fragilidades da unidade fluvial na assistência à saúde do contexto ribeirinho.

Descritores: Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Capacitação Profissional.

Resumen

Este artículo describe las experiencias de formación de residentes en estrategia de salud familiar en una unidad básica de salud fluvial de la Amazonía. Se trata de un estudio descriptivo, un relato de experiencia, con enfoque cualitativo. La experiencia reportada se desarrolló en octubre de 2018, con pobladores ribereños de 20 comunidades de la Baja Amazonía, durante las actividades de atención,

docencia, investigación y extensión en la Unidad Básica de Salud Fluvial - *Barco Abaré I*. La inserción en actividades como esta es parte del plan de estudios de una residencia en estrategia de salud de la familia, que cuenta con profesionales en las áreas de enfermería, odontología y farmacia. Para fines de aprendizaje se utilizaron herramientas de metodologías activas, como el diario reflexivo individual. Las principales lecciones aprendidas de esta experiencia fueron: conocer la realidad local de las comunidades ribereñas y reflexionar sobre las condiciones de vida y los determinantes de la salud en la Amazonía. La importancia de vivir en *Abaré I* fue favorecer experiencias más allá del ámbito técnico, facilitando el contacto con la realidad particular de la Amazonía, al tiempo que sirva para comprender las necesidades y debilidades de la unidad fluvial en la atención de la salud en el contexto ribereño.

Palabras-claves: Salud Pública; Atención Primaria de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Capacitación Profesional.

Abstract

This article describes the experiences of training residents in family health strategy in a Basic Fluvial Health Unit in the Amazon. This is a descriptive study, an experience report, with a qualitative approach. The experience reported was developed in October 2018, with riverside dwellers from 20 communities in the Lower Amazon, during the assistance, teaching, research and extension activities at the basic fluvial health unit - *Barco Abaré I*. The insertion in activities like this is part of the curriculum of a residency in family health strategy, which includes professionals in the areas of nursing, dentistry and pharmacy. For learning purposes, tools of active methodologies were used, such as the individual reflective diary. The main lessons learned from this experience were: to know the local reality of the riverside communities and reflect on the living conditions and health determinants in the Amazon. The importance of the experience at *Abaré I* was to favor experiences beyond the technical scope, facilitating contact with the particular reality of the Amazon, while serving to understand the needs and weaknesses of the river unit in health care in the riverside context.

Keywords: Public Health; Primary Health Care; Health Services Accessibility; Professional Training.

Introdução

Historicamente, profundas mudanças ocorreram quanto à concepção do que se entende por **saúde**. Anteriormente, o conceito se restringia a **ausência de doença**, e com o decorrer do tempo avança para uma nova concepção,¹ na qual na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, define como saúde o resultado das condições de habitação, alimentação, educação, renda, trabalho, meio-ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e aos serviços de saúde.² A necessidade de mudança na abordagem surge também da pouca eficácia das ações que priorizam a medicina curativista individualizada.

As ciências da saúde passaram a enfatizar a ampliação dos olhares voltados à promoção da saúde bem como em atuar de forma coletiva nos diferentes fatores que a influenciam, tais como: educação, saneamento básico, abastecimento de água entre outros.³ Ou seja, a saúde deixou de ser vista, como algo delimitado ao aspecto biológico, passando a ser concebida como algo mais amplo que envolve diferentes aspectos da vida das pessoas. Esse conceito ampliado de saúde, com base na determinação social do processo saúde-doença também pode ser visto na assistência à saúde que alterna um modelo centrado no médico e passa a almejar o trabalho em equipe, um exemplo dessas equipes são as de saúde da família que atuam na atenção primária à saúde.⁴

Esse processo de mudanças, que para além de meramente conceitual, foi teórico e igualmente prático, aponta um conjunto de discussões na formação dos profissionais da área da saúde no que se refere a delimitar a ênfase em aspectos tecnicistas e visar estratégias que almejem a integralidade na assistência com base nas circunstâncias enfrentadas pelos profissionais de saúde. Esse processo é visível nas modificações das diretrizes nacionais curriculares nos cursos de graduação em saúde; com a valorização da formação generalista e da abordagem multiprofissional, tendo enfoque nas especificidades da população. Tais transformações acompanham a necessidade da forte articulação entre serviço-ensino e de metodologias ativas e problematizadoras que promovam autonomia aos profissionais, isso consequentemente agrega ao serviço e a população.⁵

Em consonância, registrou-se o surgimento das residências multiprofissionais, que tiveram início na década de 1970, com o objetivo de possibilitar aos trabalhadores uma formação profissional em saúde, alinhada aos princípios democráticos do SUS, contribuindo para a promoção do cuidado integral e uma visão ampliada em saúde.⁶ A Residência Multiprofissional de Estratégia Saúde da Família para populações do Baixo Amazonas, desenvolvida pela Universidade Federal do Oeste do Pará – UFOPA teve sua primeira turma no ano de 2017, com o objetivo:

Formar especialistas na Atenção Básica com enfoque na Estratégia Saúde da Família para as populações do Baixo Amazonas (Campo, Floresta e das Águas), com visão holística capaz de promover ações interdisciplinares no atendimento visando melhorar a qualidade de vida da população.^{7, p. 12-13}

A Residência Multiprofissional de Estratégia Saúde da Família – REMUESF para populações do Baixo Amazonas, concentra esforços para capacitar trabalhadores da enfermagem, farmácia e odontologia, pautando a formação de tais profissionais a partir do desempenho de atividades práticas de campo a serem realizadas na atenção básica (AB).⁷ A AB integra o Sistema Único de Saúde – SUS em que atuam as equipes multiprofissionais das Estratégia Saúde da Família – ESF, a quem cabe ações direcionadas à saúde em seu conceito amplo tendo território delimitado, sendo responsável pelo primeiro contato com a população, cabendo ainda em suas incumbências o acompanhamento e coordenação de cuidados, a fim de proporcionar meios para atenção integral à saúde.⁸

No Brasil a AB aponta a ESF como modelo prioritário a ser implementada e atuar em todo o território nacional. A Amazônia Legal é um desses territórios que apresenta especificidades como: baixa renda e esperança de vida, subsistência da população baseada na pesca e agricultura, serviços de saúde com fragilidades no cuidado integral, falta de insumos e recursos humanos, bem como, barreiras geográficas que afetam esses serviços.

Apesar dos avanços nos últimos anos na consolidação da AB e do aumento da cobertura da ESF no Brasil, estados como Amazonas e Pará apresentam cobertura de ESF inferior à média nacional.⁹

Os estados que compõem a região da Amazônia Legal, apresentam diferentes arranjos socioculturais que compõem o território brasileiro, a população ribeirinha é uma das comunidades que possuem especificidades parcialmente consideradas na Política Nacional da Atenção Básica – PNAB. Àquela política, acresce-se a Política Nacional de Saúde Integral da Populações do Campo, da Floresta e das Águas, marcos legislatórios que organizam a atenção em saúde da população por equipes de ESF que variam na forma de atuação e organização de profissionais em saúde que as compõem.¹⁰

Na PNAB existem duas configurações de equipes de saúde para atender essa população: ESF ribeirinha e fluvial. A diferença entre ambos os modelos está nas dificuldades de acesso destas populações e nas estratégias de atuação profissional desempenhadas na intenção de facilitar o acesso das referidas populações às políticas públicas de saúde que as assiste.⁸ Desde 2011, a PNAB designou as Unidades Básicas de Saúde Fluviais – UBSF como uma possibilidade de adesão aos municípios das áreas da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul, devendo funcionar por no mínimo de 20 dias, com atividades traçadas organizadas previamente pelo gestor municipal.¹¹

Em 2018 havia 12 UBSF na Amazônia Legal, sendo do Amazonas (10), Acre (1) e Pará (1), das quais nove apresentavam incentivo do Ministério da Saúde – MS e três de incentivo próprio. Até então a única UBSF do estado do Pará era do município de Santarém.⁹ Atualmente, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos – CNES, existem 74 unidades móveis fluviais, das quais mais de 45 tratam-se de UBSF.¹²

A Unidade Básica de Saúde Fluvial – UBSF/Abaré I está sob gestão da UFOPA, o que possibilitou o fortalecimento e a expansão das atividades de assistência em saúde aos povos ribeirinhos. Outrossim, através de parcerias com municípios do oeste do Pará entre eles Santarém, Aveiro, Belterra entre outros, além da atenção em saúde, são desenvolvidas ações de ensino, pesquisa e extensão exercidas por docentes e discentes dos diferentes cursos da instituição na UBSF/Abaré I, favorecendo maior contato entre academia e aquelas populações. O presente manuscrito tem por objetivo descrever as experiências de formação dos residentes em estratégia saúde da família em uma unidade fluvial na Amazônia.

Metodologia

Esse texto é resultado de estudo exploratório, descritivo, do tipo relato de experiência, de abordagem qualitativa, motivado a partir da atividade curricular denominada Diário

Reflexivo (DR). Ao que consta na literatura, essa ferramenta pedagógica foi aplicada pioneiramente, com intenções educativas, pela REMUESF da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil. Resultado de encontros multidisciplinares, marcadamente entre cientistas sociais, em especial antropólogos e pedagogos, com a área da saúde. Reúne atributos de duas ferramentas, o diário de campo, desenvolvido pela antropologia como meio de pensar realidades culturais, e ainda o portfólio reflexivo, desenvolvido na área da educação.¹³

Dessa maneira, decidiu-se aplicar o DR à REMUESF para as Populações do Baixo Amazonas, UFOPA, visando problematizar a realidade de populações ribeirinhas a partir da observação em campo do atendimento em saúde prestado pela UBSF/Abaré I. Os residentes foram estimulados a anotarem o máximo possível de impressões e relatos em seus diários de campo. Conversas com comunitários, diálogos informais entre profissionais de saúde, cenas marcantes. Os relatos registrados nos DR usados no presente texto remetem à viagem realizada em outubro de 2018, na ocasião, a UBSF/Abaré I atendeu às comunidades ribeirinhas de 20 comunidades circunvizinhas à Santarém na região do Baixo Amazonas.

As atividades aconteceram no decorrer de 10 dias, em que se visitou, em média, duas comunidades por dia. As equipes responsáveis pela atenção à saúde na unidade fluvial eram compostas pelas seguintes categorias de profissionais de saúde: enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, odontólogo e técnico de saúde bucal. O desenvolvimento das ações resultou da articulação, prévia e durante, do atendimento na UBSF/Abaré I entre os gestores de saúde do município e agentes comunitários, enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuavam nas comunidades.

Os atendimentos ocorreram em duas formas de assistência, a partir da divisão da equipe de saúde em dois grupos para atender à população. Uma equipe ficava na unidade fluvial e recebia a população que se direcionava através de pequenas embarcações próprias e/ou eram transportadas até à UBSF/Abaré I para atendimento, e outra equipe que ia às comunidades que teriam dificuldades de se deslocarem até à UBSF. Dessa maneira, o atendimento ocorria em duas frentes de assistência: em terra, com uma equipe que se dirigia até um ponto de referência social, geralmente o posto de saúde, uma igreja ou clube de futebol; e outra equipe ficava no próprio barco Abaré I prestando assistência a comunitários a bordo. O fluxo de atendimento geralmente já havia sido previamente agendado, pelos agentes comunitários, ou tratavam-se de casos de livre demanda.

As consultas realizadas na UBSF eram médicas, de enfermagem e odontológicas, sendo atendido o público de todas as faixas etárias. Caso necessário, ocorriam procedimentos na unidade fluvial. A segunda equipe desenvolvia as atividades nas comunidades direcionadas à imunização, geralmente, utilizavam-se casas de apoio ou

espaços estratégicos da comunidade como: escolas, unidades básicas de saúde, igreja, entre outros. Os residentes acompanharam as ações de assistências supracitadas e desenvolveram atividades de promoção e educação em saúde, de forma interativa, tais como: roda de conversa, com temas voltados ao autocuidado (a exemplo de higiene corporal, saúde bucal e meio ambiente). Tais ações foram realizadas, principalmente, em razão do público-alvo serem crianças e adolescentes, que estão em fase assimilação e consolidação de hábitos, enfatizando, portanto, a integralidade em saúde.

As informações de campo foram anotadas nos DR, para ajudar a posteriores reflexões, tais como as que aqui são apresentadas e agrupadas em dois eixos de experiências dos residentes dando ênfase nas peculiaridades do território e população e a importância do Abaré I enquanto ferramenta de ensino. O presente estudo dispensa aprovação de Comitê de Ética e Pesquisa por fazer uso apenas de informações de campo adquiridas no DR dos residentes.

Resultados

Unidade básica de saúde fluvial: território, acesso e população

Na região amazônica a maior parte da existência, tanto natural, quanto social, é regulada e mediada pelo regime das águas. Na época das grandes chuvas, correspondente mais ou menos ao período do verão no hemisfério sul, os rios enchem-se desde as cabeceiras, ocorrendo o avanço das margens sobre as áreas habitadas pelos povos ribeirinhos. Quando o ciclo das grandes chuvas passa, fase correspondente à passagem para o inverno, inicia-se o tempo de baixa nas margens dos rios.

O atendimento em saúde precisa se adequar a esse ciclo. Por isso demos destaque ao fato de a experiência aqui relatada ter ocorrido no período de baixa nos rios, o que dificulta o atendimento em razão de o acesso à maior parte das comunidades ficar sobremaneira mais difícil. Já na cheia dos rios, o esforço de deslocamento entre a UBSF/Abaré I é menor, haja vista serem melhores as condições de atracação da embarcação nas faixas de areia que dão acesso às comunidades (Figura 1).

Faz-se necessário destacar o fato de que o período de realização das atividades correspondeu à seca dos rios. Essa situação ocasionou a necessidade da UBSF/Abaré I parar em áreas mais distantes das faixas de areia que davam acesso às comunidades a fim de evitar encalhar em bancos de areia. Mesmo com as pequenas embarcações que auxiliam na assistência às comunidades ribeirinhas, parte da estrutura de suporte da unidade fluvial, sofre com as limitações que a seca impõe nos canais dos rios, isso resultou em maiores deslocamentos da equipe de assistência em terra.

Figura 1. UBSF/Abaré I, Santarém, Pará, outubro de 2018

Fonte: Acervo pessoal (2018).

Os atendimentos na UBSF/Abaré I foram desenvolvidos, principalmente, com base nos agendamentos feito junto aos agentes comunitários de saúde e os líderes comunitários, responsáveis por intermediar o contato entre a equipe de saúde com a população, estando inclusive acompanhando as pessoas nas consultas.

A delimitação do território é uma das características mais importantes da atuação das equipes de ESF, conhecê-lo, bem como a sua população, são ações de incumbência da AB.⁸ Diante disso, o processo de territorialização possibilita entender o território e a população, e de como esses elementos se relacionam com o processo saúde-doença, permitindo um leque de possibilidade de ações das equipes de ESF baseadas nas singularidades dessas interações. Apesar das potencialidades que esse processo oferece, pouco se tem visto nesse sentido que não fosse relacionado a delimitação geográfica para realização de ações da AB.¹⁴

No contexto das comunidades ribeirinhas os problemas de territorialização se tornam proeminentes, devido às lacunas na falta de equipes ESF fixas em cada comunidade e às características do território (vazante do rio, distância entre as comunidades, vias de difícil acesso). O estudo de Kadri *et al.* (2019)¹⁵ realizado em uma UBSF no estado do Amazonas, também enfatiza a diferença de território entre UBSF e UBS tradicionais, visto que aquelas enfrentam a influência do ciclo de cheia dos rios. Na experiência aqui relatada, tais dificuldades foram superadas devido à experiência da equipe de saúde e a tripulação da embarcação, que já haviam desenvolvido atividades de assistência nas comunidades agendadas naquela viagem. Além disso, houve a forte articulação com os representantes da

comunidade (líderes comunitários) e os agentes comunitários de saúde, a fim de o deslocamento e mobilização da população a ser atendida.

A influência das características do território (comunidades ribeirinhas em época de vazante nos rios) evidenciou a dificuldade das pessoas em serem atendidas, mesmo com “proximidade” dos serviços de saúde (Figura 2).

Figura 2. Usuária gestante se direcionando para consulta de pré-natal na UBSF/Abaré I, Santarém, Pará, outubro de 2018



Fonte: Acervo pessoal (2018).

Cabe salientar que, apesar das estratégias adotadas pela tripulação do barco e equipe de assistência, as grandes distâncias percorridas, piorada pela falta de transporte, bem como as características do percurso e o clima afetaram a ida das pessoas a UBSF/Abaré I. Isso fica evidente nas observações registradas pelos residentes durante a viagem:

“[...] segundo dia de triagem, as pessoas vestidas de maneira simples se direcionavam à unidade de saúde, mesmo sob o sol intenso com temperaturas exorbitantes de localidades distantes, como vinham andando [pelos faixas de terra existentes em razão da seca do rio] chegavam com sede e cansadas [...]. Hoje, assim como ontem, se fazia um dia ensolarado isso somado ao terreno repleto de areia e pedras pequenas dificultava o caminhar.” (DR 1)

Essas dificuldades, mais uma vez, evidenciaram-se com a ida dos profissionais para os polos de apoio localizados nas comunidades. A logística de transporte da equipe de saúde contava com uma bajara (pequena embarcação com motor de popa) que levava os profissionais de saúde e os insumos (medicamentos, imunobiológicos, seringas e agulhas) necessários ao ponto mais próximo possível da comunidade. Em linhas gerais, quanto mais próximo da margem do rio UBSF/Abaré I deixasse a equipe de atendimento, maior era a distância a ser percorrida a pé até o centro do povoado. Esse movimento contrário de ir ao

encontro dos comunitários, ao invés de recebê-los no UBSF/Abaré I, favoreceu o contato com as particularidades geográficas do território e de como afetam as pessoas na ida aos atendimentos na UBSF:

"[...] a comunidade se localizava a distância relativamente grande da margem em que ficamos, há mais ou menos meia hora de distância da margem, lidando com terreno arenoso que dificultava o andar. Por estar na areia essa dificuldade no terreno e peso dos materiais também se refletia no desenvolvimento das atividades de imunização e educação em saúde [...] tendo inclusive na entrada da comunidade, uma escada íngreme feita de madeira, para dar acesso à mesma, que não era difícil ter acidentes dada a precariedade da estrutura." (DR 1)

Esse direcionamento da equipe de ter a sensibilidade de ir até o ponto mais acessível para a comunidade no período da seca, corrobora com o que Aguiar e colaboradores (2019),¹⁶ coloca como essencial para a implementação da AB em algumas regiões brasileiras, como a Amazônia que apresenta especificidades que afetam a sua atuação, de acordo com estes autores, o território é um ponto chave, requerendo que haja adaptações do modelo de cuidado para que as ações de saúde sejam desenvolvidas.

O papel do barco Abaré I como ferramenta de ensino de residentes no Baixo Amazonas

Houve êxito no processo de inserção dos residentes junto à equipe atuante, visível no acolhimento e vínculo com os profissionais da UBSF/Abaré I e isso foi fundamental para as novas experiências e processo de aprimoramento profissional, como é possível perceber a partir do registro de atividades desempenhadas a bordo da UBSF/Abaré I.

"Com a ausência do profissional farmacêutico na farmácia [ressalta-se que naquela viagem, o barco Abaré I não dispôs de farmacêutico na equipe que prestaria atendimento às comunidades ribeirinhas], e eu como [farmacêutica graduada] estava na embarcação, a enfermeira gerente me solicitou em alguns momentos para que pudesse auxiliar na dispensação dos medicamentos [...]. Realizei a dispensação dos medicamentos com a devida orientação para os pacientes. Sempre que ia fazer a orientação me apresentava como profissional farmacêutico, para que os moradores daquele local, pudessem ver que mais uma categoria estava agregando a equipe naquela viagem [...]. Outra atividade que acompanhei foi a consulta médica [...] este momento foi importante, pois o médico fazia a prescrição e já pedia para eu realizar as orientações ao paciente, assim como, também me pedia sugestões e para fazer a intervenção que julgasse necessário no caso. Estar ali em consulta de modo compartilhado ouvindo o caso e podendo interagir junto com outra categoria profissional foi muito importante para o meu entendimento de como pode ser feita uma consulta compartilhada." (DR 2)

O registro de campo acima demonstra a importância educativa da presença dos residentes nas atividades do Abaré I, bem como enfatiza as possibilidades que a inserção do farmacêutico tem a agregar à equipe de saúde da família, esse profissional que pode atuar tanto na AB em arranjos profissionais como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.⁸

Diante das reflexões referentes ao conceito ampliado de saúde, os residentes realizaram observações e diálogos com pessoas da comunidade, desde o agente comunitário de saúde, passando por antigos moradores, até profissionais de saúde e líderes comunitários intencionando compreender as dinâmicas sociais e os saberes e práticas que perpassam as questões em saúde no âmbito local. Como resultado, coletou-se relatos com informações sobre o modo de vida da população, principais prazeres e problemas de viver em uma comunidade ribeirinha.

Assim, foi possível vivenciar alguns aspectos particulares ao modo de existir em agrupamentos humanos ribeirinhos, atividades relativas ao extrativismo vegetal e animal enquanto base material, que inclusive revela a base das relações sociais que constituem aquele tipo de comunidade, corroborando o que apontam os estudos sociais.^{17,18} Notou-se forte influência de determinantes sociais-condições de vida, água, educação, produção de alimentos- relacionados aos principais problemas de saúde nas comunidades: hipertensão, diabetes mellitus, diarreia, enteroparasitoses, problemas respiratórios. Destaca-se que várias dessas doenças podem ser trabalhadas pela AB por meio de ações de promoção e prevenção em saúde.^{8,11} Esses achados corroboram com os resultados do estudo de Gama *et al.* (2018)¹⁹ desenvolvido em 24 comunidades ribeirinhas do estado do Amazonas, onde evidenciou-se a baixa renda, presença de pessoas analfabetas, dificuldades no acesso a serviços de telefonia, limitações no abastecimento de energia elétrica, uso da água proveniente dos rios para consumo, bem como, identificou problemas de saúde relacionados a dor, tosse, febre, problemas gastrointestinais, diarreia, hipertensão, diabetes, entre outros.

A vivência no serviço de saúde, como é o caso do relato de experiência aqui apresentado, é uma das formas de possibilitar melhor formação para os trabalhadores na saúde, pois é por esse intermédio que os profissionais em especialização aprendem na realidade cotidiana da assistência os conhecimentos iniciados nos módulos teóricos em sala de aula. Apesar do entendimento por parte dos estudiosos de que é preciso modificar os componentes curriculares dos cursos de saúde para que estes venham caminhar atrelado aos princípios do SUS e as políticas públicas, ainda se encontram fragilidades em contemplar essa meta nas diretrizes curriculares nacionais de cursos da área da saúde.¹

Outra reflexão importante apontada inclusive em estudos internacionais é a maior possibilidade de atração e fixação de profissionais de saúde em áreas rurais por meio de estratégias educacionais, desafio tão importante nessas áreas. Ou seja, profissionais têm mais propensão a atuar em áreas rurais se desenvolvem esse contato com a realidade rural desde a sua formação.²⁰

A experiência mostrou que as ações de atenção à saúde precisam e devem ser modificadas para atender às necessidades específicas destas populações, pois as dinâmicas sociais, culturais e econômicas são completamente diferentes das sociedades urbanas, quiçá inclusive, diversificadas até mesmo entre comunidades ribeirinhas às margens de diferentes rios. Influenciadas pelos muitos tipos de ciclos de águas, afinal, a natureza é muito diversa e, por exemplo, as afetações naturais sofridas por comunidades amazônicas que existem às margens do rio Amazonas certamente não são as mesmas das que vivem às margens do rio Tapajós, e as comunidades tapajônicas, não sofrem com o fenômeno das terras caídas, comuns entre ribeirinhos que vivem naquele outro grande rio.

Conclusão

A UBSF/Abaré I surge como um meio de consolidar a articulação entre ensino-serviço-comunidade e no contexto da residência multiprofissional pode ser uma maneira de minimizar a lacuna decorrente de um processo de formação tecnicista, que embora tenha conseguido avanços, ainda é um problema recorrente em cursos da área da saúde. A REMUESF para as Populações do Baixo Amazonas difere de programas de pós-graduação *stricto sensu*, principalmente, por proporcionar aos residentes carga horária prática extensa no serviço de saúde, permitindo que conheçam de fato como ocorre o processo de trabalho no SUS, assim como, possibilita ao residente contribuir diretamente na qualificação do processo de trabalho do SUS.

A experiência relatada proporcionou aos residentes aprendizados que favoreceram a autonomia profissional para participarem de atividades diferentes das realizadas nas UBS convencionais. Possibilitou ainda contato com populações tradicionais que apresentam especificidades intrínsecas ao território amazônico, premissa básica na formação de profissionais no SUS para populações do Baixo Amazonas REMUESF da UFOPA. A vivência aqui em questão afetou-os na percepção de saúde em seu conceito mais amplo, bem como, frente às diferentes conjunturas socioculturais, instigou momentos de colaboração conjunta entre profissionais-população na adaptação, de linguagem, insumos e práticas, no cuidado.

O contato com as barreiras de acesso aos serviços de saúde, constantemente elencadas em diferentes estudos como obstáculos na prestação de serviços de saúde na

Amazônia, aqui se demonstraram como uma realidade que requer maiores esforços no desenvolvimento políticas públicas que atendam à demanda vigente da população. Essa é a importância do Abaré I, perceptível pela aceitação e demanda demonstrado durante as atividades desenvolvidas.

Todavia, cabe ressaltar que dentre os problemas de saúde identificados, alguns fogem ao alcance das ações de saúde da equipe, que envolvem, principalmente, o saneamento básico, motivo elencado como fator determinante de doenças na região e que requerem a atenção das equipes de saúde somada aos esforços de demais setores da esfera pública. Outros problemas envolvem as mudanças climáticas que impõem obstáculos no desenvolvimento das ações plenas da equipe de saúde. Frente a isso cabe a realização do planejamento de ações mais adaptáveis, permitindo maior tempo em cada comunidade e adequando o horário em períodos mais acessíveis à população.

Contribuição autoral

CGM, ISG, JGL, TLSC participaram da concepção, construção, redação, revisão do texto completo e aprovaram a versão final encaminhada.

Referências

1. Castro FS, Cardoso AM, Penna KGBD. As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde abordam as políticas públicas e o sistema único de saúde?. Rev Bras Mil Cienc. 2019;5(12):29-34. <https://doi.org/10.36414/rbmc.v5i12.11>.
2. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 8ª conferência nacional de saúde. [Brasília, DF: CNS; 21 mar 1986 [citado 20 fev. 2021]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf.
3. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Cienc Saude Coletiva. 2000;5(1):163-77. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>.
4. Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008 [citado 18 ago. 2021]. p. 419-26. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>.
5. Gigante RL, Campos GWS. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. Trab Educ Saude. 2016;14(3):747-63. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00124>

6. Guerra TMS, Costa MDH. Formação profissional da equipe multiprofissional em saúde: a compreensão da intersetorialidade no contexto do SUS. *Text Context* (Porto Alegre). 2017;16(2):454-69. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2017.2.27353>.
7. Universidade Federal do Oeste do Pará. Projeto pedagógico do curso: residência multiprofissional em estratégia saúde da família para populações do Baixo Amazonas. Santarém: UFOPA; 2018.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 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). [Brasília, DF]: MS; 2017 [citado 16 jul. 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
9. Almeida ER, Brandão CC, Matielo E, Santana MA, Ugarte AO, Costa TS. Atenção básica à saúde: avanços e desafios no contexto amazônico. In: Schweickardt JC, El Kadri MR, Lima RTS, organizadores. *Atenção básica na região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS*. Porto Alegre: Rede Unida; 2019. p. 15-50. (Série saúde e Amazônia, 8. <https://doi.org/10.18310/9788554329266>.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria n. 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui no âmbito do sistema único de saúde de saúde (SUS), a política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta (PNSIPCF). Brasília, DF: MS; 2014 [citado 6 jun. 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 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). Brasília, DF: MS; 2011 [citado 20 jun. 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
12. Ministério da Saúde (BR). Indicadores: tipo de estabelecimento: unidade móvel fluvial. Brasília, DF: CNESNet; [s.d; citado 20 jun. 2020]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=32&VListar=1&VEstado=00&VMun=&VSubUni=&VComp
13. Oliveira FGVC, Carvalho MAP, Garcia MRG, Oliveira SS. A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma residência multiprofissional em saúde da família. *Interface* (Botucatu). 2013;17(44):201-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000001>.

14. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab Educ Saude*. 2010;8(3):387-406. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>.
15. El Kadri MR, Santos BS, Lima RTS, Schweickardt JC, Martins FM. Unidade básica de saúde fluvial: um novo modelo da atenção básica para a Amazônia, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e180613. <https://doi.org/10.1590/interface.180613>.
16. Aguiar TL, Werneck AB, Matos N. Potencialidades e desafios da atenção primária à saúde na Amazônia: a trajetória de implantação de Unidades Básicas de Saúde Fluvial em dois municípios do Estado Amazonas. In: Schweickardt JC, El Kadri MR, Lima RTS, organizadores. *Atenção básica na região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS*. Porto Alegre: Rede Unida; 2019. p. 51-70. (Série saúde e Amazônia, 8). <https://doi.org/10.18310/9788554329266>.
17. Lira TM, Chaves MPSR. Comunidades ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. *Interações (Campo Grande)*. 2016;17(1):66-76. <http://dx.doi.org/10.20435/1518-70122016107>.
18. Fernandes DS. Em busca do desenvolvimento sustentável: a construção de relações sociais em comunidades ribeirinhas da Amazônia. *Cienc Cult*. 2015;67(2):54-7. <http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602015000200017>.
19. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2018;34(2):e00002817. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00002817>.
20. Grobler L, Marais BJ, Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas [Review]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jun 30;2015(6):CD005314. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005314.pub3>.

Minicurrículo

Cristiano Gonçalves Morais | <https://orcid.org/0000-0002-4418-8282>
<http://lattes.cnpq.br/6000517420025367>

Ilvia Silva Gomes | <https://orcid.org/0000-0001-7748-9391>
<http://lattes.cnpq.br/1814223905225695>

Juliana Gagno Lima | <https://orcid.org/0000-0002-5576-0002>
<http://lattes.cnpq.br/5426198496044277>

Teógenes Luiz Silva da Costa | <https://orcid.org/0000-0001-7040-7939>
<http://lattes.cnpq.br/9273366959295926>