



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIEDADE, NATUREZA E
DESENVOLVIMENTO

FRANCIANE DE PAULA FERNANDES

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

PRÁTICAS PROFISSIONAIS DIFERENCIADAS
(ARAPIXUNA, SANTARÉM-PA)

SANTARÉM (PA)
2019

FRANCIANE DE PAULA FERNANDES

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
PRÁTICAS PROFISSIONAIS DIFERENCIADAS
(ARAPIXUNA, SANTARÉM-PA)**

Tese apresentada a banca examinadora da Universidade Federal do Oeste do Pará para obtenção do título de Doutor. Área de concentração: Sociedade, Natureza e Desenvolvimento.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Delma Pessanha Neves.

**SANTARÉM (PA)
2019**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/UFOPA

F363a Fernandes, Franciane de Paula

Atenção primária à saúde: práticas profissionais diferenciadas (Arapixuna, Santarém -Pa). / Franciane de Paula Fernandes. – Santarém, 2019.

202 p. : il.

Inclui bibliografias.

Orientador: Delma Pessanha Neves

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação Tecnológica, Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Natureza e Desenvolvimento.

1. Profissionais em serviço de saúde. 2. Amazônia. 3. Pesquisa interdisciplinar. I. Neves, Delma Pessanha, *orient.* II. Título.

CDD: 23 ed. 362.1098115

FOLHA DE APROVAÇÃO

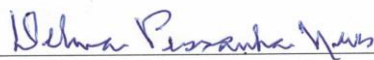
FRANCIANE DE PAULA FERNANDES

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
PRÁTICAS PROFISSIONAIS DIFERENCIADAS
(ARAPIXUNA, SANTARÉM-PA)**

Tese apresentada a banca examinadora da Universidade Federal do Oeste do Pará para obtenção do título de Doutor. Área de concentração: Sociedade, Natureza e Desenvolvimento. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Delma Pessanha Neves.

Data: 02 de dezembro de 2019.

Banca Examinadora:



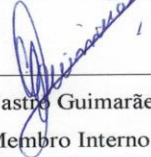
Prof.^a Dr.^a Delma Pessanha Neves (PPGSND/UFOPA)

Presidente da Banca



Prof.^a Dr.^a Luciana Gonçalves de Carvalho (PPGSND/UFOPA)

Membro Interno



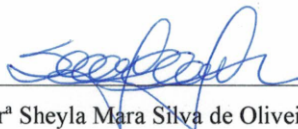
Prof.^o Dr.^o Jarsen Luis Castro Guimarães (PPGSND/UFOPA)

Membro Interno



Prof.^a Dr.^a Edna Ferreira Coelho Galvão (PPGESA/UEPA)

Membro Externo



Prof.ª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira (UEPA)

Membro Externo



Prof.ª Drª Marina Smidt Celere Meschede (UFOPA)

Membro Externo

Dedico este estudo aos meus pais, Francisco José de Paula e Marlúcia Silva de Paula (em memória), que sempre me incentivaram a estudar e buscar meus objetivos.

Aos meus filhos Cesar Filho e Ana Gabriela, amor maior eu desconheço.

Ao meu esposo Cesar Fernandes, pelo amor e dedicação.

À minha cidade, Santarém-Pará-Brasil.

AGRADECIMENTO

Penso que expressar gratidão em um texto não terá certamente uma bagagem de plenitude, uma vez que sempre faltarão palavras para fazer jus à generosidade das pessoas que tive a sorte de encontrar ao longo desses quatro anos. Deste modo, sintam-se fraternalmente abraçados.

Primeiramente agradeço à DEUS, por guiar minhas escolhas e iluminar meus caminhos em todos os momentos da minha vida, e de modo muito especial, durante a construção desta pesquisa. Proporcionando-me saúde, equilíbrio e sabedoria sem os quais eu não teria chegado até essa conquista na minha vida e da minha família. Acredito que, a vida acadêmica não deva se dissociar da felicidade pessoal, deve sim existir vida para além do doutorado. A caminhada acadêmica faz mais sentido se ela estiver vinculada à vivência pessoal, familiar e a um coletivo no qual se está inserido.

À Prof. Dra. Delma Pessanha Neves minha orientadora, primeiramente obrigada por acreditar em mim. Sempre firme, exigente e ao mesmo tempo incentivadora e tranquila. Professora e pesquisadora de competência ímpar. Despertou-me um conhecimento para além do biológico, e para além do sociológico, de modo a proporcionar-me um olhar mais crítico e reflexivo. Me perguntando por vezes:- cadê você, nesse texto? Obrigada, por ler meus esboços com tanto zelo. Me ensinando assim, a acreditar mais, arriscar mais, e voar sem tantas amarras. Tenho o maior orgulho do mundo ao falar que encontrei mais que uma orientadora, mas uma amiga. Com um bom humor e alegria que irradiam e com quem eu tive a honra de fazer uma grande parceria acadêmica.

Aos meus pais Francisco José de Paula (Francimar) e Marlúcia Silva de Paula (em memória) por todo amor que me deram, sempre acompanhando e apoiando minhas escolhas, abdicando muitas vezes de simples desejos pessoais para atender ao nosso desejo de filhos. Gostaria muito que a senhora estivesse aqui neste momento especial. Para sempre todo o meu amor, à senhora. Meus pais, sempre nos mostraram o caminho, me refiro ao caminho de pessoas do bem, honestas, trabalhadoras, pois o caminho acadêmico eles não saberiam nos ensinar pois não o conheceram. Estudaram somente o ensino fundamental, mas carregaram e tatuaram em nós a sabedoria do amor, da honestidade e do respeito ao próximo. Sei que daí do céu a senhora minha mãe continua olhando por nós. Sempre lembro da senhora nos incentivando a estudar e dizendo que o conhecimento era algo que ninguém nunca poderá tirar da gente. Mas, esse conhecimento a qual ela se referia era tão somente a faculdade. Pelos olhos dos meus pais alcançar uma graduação já era algo incrível, e de fato é.

Percebo que nesta parte do texto já me voltei não somente a agradecer, porém a falar que resisti, pois me sinto resistência. Resistência de vencer na vida em meio à tantas limitações e impossibilidades. Resistência de não pertencer à classe social dominante, e está aqui para defender um título que muito me fortalece e mostrar que é possível sim, e que podemos vencer. Todas as minhas conquistas eu devo a vocês meus pais, pois são o alicerce da minha vida.

Ao César Ferreira Fernandes, meu esposo, companheiro e grande incentivador do meu crescimento pessoal e profissional, uma pessoa mais que especial que Deus me presenteou nesta vida. Alguém que a todo momento soube me compreender e me ajudar nessa fase tão árdua da minha caminhada acadêmica, por compartilhar comigo minhas angústias (que não foram poucas), e multiplicar as alegrias. Tenho dito, conseguimos por que você passava a segurança que eu precisava, para ir em busca dos nossos objetivos com o coração mais calmo. O meu amor para você.

Ao Cesar filho e Ana Gabriela, meus filhos, meus grandes amores, não sabem como agradeço a força que vocês me deram. Cesinha meu filho, várias foram às madrugadas que você levantou, e me perguntou: Mãe você está bem? Dava-me um abraço e voltava a dormir. A Gabi, mãe desliga esse computador, vamos brincar de boneca! (Risos). E Junto ao pai de vocês nunca deixaram que eu desistisse do meu sonho, que é nosso. Vocês são meu tudo. Essa conquista é com vocês, por vocês e para vocês, meus filhos.

À Francenilce, Marcos e Marcelo meus irmãos, obrigada. Sei que estamos sempre torcendo um pelo outro. E sei que torceram por mim. Obrigada pelo apoio necessário.

Aos meus sogros D. Zósila e Sr. Zé, pela presença sempre carinhosa em minha vida e gratidão pelas suas idas e vindas para olhar os seus tesouros como vocês sempre dizem. A Celiz, minha cunhada e Andrew Matheus e Ayan, meus sobrinhos, obrigada por me acolherem sempre tão bem. A Maria Carmozi da Silva e Raimunda Angelina de Paula (em memória), que são minhas avós, pelos ensinamentos e bênçãos recebidas.

À toda minha família pelo apoio constante, ao Elinaldo, a Beta e Maria Aldeni, meus queridos tios, sempre perguntando: e o doutorado, como está? não poderia deixar de agradecer-los pela dedicação conosco, obrigada, vocês são anjos na minha vida. À Sofia e Ana Luiza minha sobrinha, pelo carinho constante de brincar com a Gabi enquanto eu estudava.

À querida Sílvia, obrigada por cuidar tão bem do Cesinha e da Gabi. Você faz parte dessa conquista.

A todos os funcionários da ESF Arapixuna, obrigada por terem me acolhido e aceitado participar deste estudo, só assim esta tese se tornou possível. Aos entrevistados que se dispuseram, de modo gentil, a compartilhar suas experiências onde trabalham.

À toda coordenação do Programa de Pós Graduação Sociedade, Natureza e Desenvolvimento (PPGSND) e a Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), secretária Jéssica, Euclides sempre atenciosos. Ao competente corpo docente, tanto da UFOPA, como de outras Universidades que muito se esforçaram trazendo suas experiências tão atentamente ouvidas durante as aulas. Vocês vieram e cumpriram a missão a que se propuseram.

A todos os colegas do PPGSND, que durante esses quatro anos passamos estudando, rindo, chorando, aprendendo, reclamando, enfim, juntos. Não esquecerei as aulas, seminários, trabalho de grupo, grupos de WhatsApp e conversas no intervalo. Foi muito bom, e como crescemos.

À Sheyla, amiga “par”, grande parceira para além da vida acadêmica, muito obrigada pelas palavras de incentivo e apoio no decorrer deste estudo.

À banca examinadora da qualificação pelas suas importantíssimas contribuições e por acreditarem que eu poderia realizá-las.

Ao 9º Centro Regional de Saúde/ Secretaria de Estado de Saúde Pública e Universidade do Estado do Pará Campus XII – Santarém, meu muito obrigado, de todo o coração, sem a ajuda de vocês, teria sido muito mais difícil.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a construção dessa pesquisa toda a minha gratidão. Assim, agradeço a todos (as) que contribuíram de diversas maneiras, e em distintos e por vezes, distantes momentos.

Já falaram dos rios, das comidas e crenças,
nossas danças e lendas, o nosso linguajá.

Olha já!

Nossas praias tão belas que aliás uma delas
virou notícia, quem viu? Alter do chão a mais
bonita do brasil, desculpe aí!

Mas, o melhor ainda está por vir não
desmerecendo nada que há aqui!

Meu amigo é só olhar pra frente o melhor de
Santarém.

É a nossa gente!

Posso remar pro todo lugar, mas sempre volto
pro Pará. (Jana Figarella)

RESUMO

Pelo estudo, abordamos as condições de implementação dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), e por este ponto de vista, três associados temas se impuseram como eixos das problemáticas concernentes: (i) interdependência ou relação processual entre saúde e doença; (ii) recursos da medicina local, geralmente qualificada como medicina popular, (iii) as condições adversas do trabalho. Assim, emerge como objetivo geral: Compreender e refletir sobre a construção relacional do processo saúde e doença segundo a ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), na Estratégia Saúde da Família, em contexto de vida rural, na Região de Rios no Oeste do Pará. Para o aporte teórico deste estudo, valorizamos as contribuições teóricas e metodológicas de Barbara Starfield, Eugênio Mendes Villaça, Milton Santos. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, fundamentado em abordagem qualitativa. Os dados qualitativos, foram tratados por meio de análise de conteúdo, segundo Bardin, 2011. Constatamos que a atenção terapêutica praticada em Arapixuna corresponde a um sincretismo comunitário, processos reflexivos que levam em conta as necessidades e realidades locais, tais como são coletivamente apreendidas. Há um modo compartilhado de refletir sobre a vida e os saberes populares entre comunitários. Supomos ser demonstrável que a cada discurso referente à interdependência saúde e doença, os profissionais colocam em questão o elo entre conhecimento empírico e científico, provenientes da instituição que representam, bem como vinculam essa relação processual ao bem-estar geral, avaliado em correspondência ao que supõe real e desejado nas condições objetivas ou cotidianas de vida. Verificamos, tal como preceituado na concepção do programa de saúde em apreço, que os profissionais contemplados ou participantes deste estudo são providos de conhecimentos e recursos da medicina popular, em boa parte reflexões próprias, construídas em referência à medicina ocidental. Há uma valoração medicinal da planta agregada à proposição divina e ao aspecto religioso, assim como a eficácia aprovada pela experiência do uso. Percebemos a integração reflexiva pela consideração à grande extensão territorial e fluvial, circunstâncias destacadas pelos entrevistados, tanto pelo que se sabe apropriado, como também pelos modos de vida condicionados ao ciclo da natureza, que condiciona a necessidade de transportes adequados, quase sempre impositivos de relativos altos custos financeiros para o acesso da população aos serviços de saúde. A construção do itinerário terapêutico concebido pelos comunitários não segue hierarquias, mas situacionais necessidades e abertura ou fechamento de alternativas. Impuseram-se então as reflexões: - fatores determinantes, dispositivos para atendimento da demanda e o protagonismo dos sujeitos em questão. Por fim, destacam-se as limitações, não sem antes considerar como a APS consegue praticar o que a ela compete. Por isso mesmo, a APS na região norte em sendo desenhada por portarias e normativas do Ministério da Saúde, a partir de especificidades formais-legais, incluindo os recursos financeiros, que são sempre limitados, deve se pautar em concepção ideária e prática que considere a valoração de profissionais com a incumbência de atender a tantas peculiaridades inerentes à população da região amazônica.

Palavras-chave: Profissionais em Serviços de Saúde. Amazônia. Pesquisa Interdisciplinar.

ABSTRACT

Through the study, we approached the conditions of implementation of Primary Health Care (PHC) services, and from this point of view, three associated themes emerged as axes of the issues concerning: (i) interdependence or procedural relationship between health and disease; (ii) resources of local medicine, generally qualified as folk medicine; (iii) adverse working conditions. Thus, it emerges as a general objective: Understand and reflect on the relational construction of the health and disease process from the perspective of professionals of Primary Health Care (PHC), in the Family Health Strategy, in the context of rural life, in the Rivers Region in Western Pará. For the theoretical contribution of this study, we value the theoretical and methodological contributions of Barbara Starfield, Eugênio Mendes Villaça, Milton Santos. This is a descriptive, cross-sectional study based on a qualitative approach. Qualitative data were treated through content analysis. We found that the therapeutic attention practiced in Arapixuna corresponds to a community syncretism, reflexive processes that take into account local needs and realities, such as they are collectively apprehended. There is a shared way of reflecting on life and popular knowledge among community members. We assume that it is demonstrable that at each discourse regarding the interdependence of health and disease, professionals question the link between empirical and scientific knowledge, from the institution they represent, and link this procedural relationship to the general welfare, assessed in correspondence with what supposes real and desired in the objective or daily conditions of life. We verified, as prescribed in the conception of the health program under consideration, that own, built in reference to Western medicine. There is a medicinal valuation of the plant added to the divine proposition and religious aspect, as well as the efficacy approved by the experience of use. We perceive the reflexive integration by the consideration of the great territorial and fluvial extension, circumstances highlighted by the interviewees, as much for what is known appropriate, as also by the ways of life conditioned to the nature cycle, which conditions the necessity of adequate transport, almost always imposing of relative high financial costs for the population's access to health services. The construction of the therapeutic itinerary conceived by the community does not follow hierarchies, but situational needs and opening or closing of alternatives. The following reflections were imposed: - determining factors, devices to meet the demand and the protagonism of the subjects in question. Finally, the limitations stand out, not without first considering how PHC can practice its own competencies. For this reason, PHC in the northern region, being designed by ordinances and regulations of the Ministry of Health, based on formal-legal specificities, including financial resources, which are always limited, should be based on an ideal and practical conception that considers valuation of professionals with the task of attending to so many peculiarities inherent to the population of the Amazon region. the professionals contemplated or participants of this study are provided with knowledge and resources of popular medicine, largely reflections.

Keywords: Health Professionals. Amazon. Interdisciplinary Research.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AAS	Ácido Acetil Salicílico
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AT	Acidente de trânsito
AIH	Autorização de internação hospitalar
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa em Seres humanos
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Código Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	Comissão Nacional de Saúde
CMSS	Conselho Municipal de Saúde de Santarém
CRS	Centro Regional de Saúde
CBO	Código Brasileiro de Ocupação
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EACS	Estratégia de Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESFF	Estratégia de Saúde da Família Fluvial
ESFR	Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha
ETSUS	Escola Técnica do SUS
GPS	Global Positioning System
HIPERDIA	Hipertensão e diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS	Planos Municipais de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
SARGSUS	Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SEMTRAS	Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Consentimento de Uso de Dados
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSFF	Unidade Básica de Saúde Fluvial
UEPA	Universidade do Estado do Pará
UFOPA	Universidade Federal do Oeste do Pará

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da descrição da coleta de dados do estudo.	36
Figura 2 - Políticas Públicas e seus desdobramentos	65
Figura 3 - Organograma Secretaria Municipal de Saúde de Santarém, 1987.	81
Figura 4 - Conferência Municipal de Saúde de Santarém, 2019.	82
Figura 5 - Organograma Secretaria Municipal de Saúde de Santarém, 1993.	84
Figura 6 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Santarém, 2019.	89
Figura 7 - Evolução da Taxa de Cobertura Populacional estimada por Estratégia Saúde da Família por Região de Integração, 2016 - 2017.	96
Figura 8 - Local de saída da balsa da Comunidade de Arapixuna para Santarém	103
Figura 9 - Orla local de saída da Lancha de Santarém para a Comunidade de Arapixuna ...	104
Figura 10 - Deslocamento da viagem na Lancha de Santarém para a Comunidade de Arapixuna	104
Figura 11 - Foto da chegada à Comunidade de Arapixuna	105
Figura 12 - Imagem de satélite via aplicativo de celular da Comunidade Arapixuna, 2019..	106
Figura 13 - Delimitação geoespacial do município de Santarém e a localização de Arapixuna.	106
Figura 14 - Imagem de satélite das 13 comunidades, incluindo Arapixuna e que fazem parte da ESF Arapixuna.	108
Figura 15 - Unidade Básica de Saúde e Arapixuna, 2019.	112
Figura 16 - Determinantes sociais da saúde – Modelo de Dahlgren e Whitehead	136
Figura 17 - Caminho adotado para atendimento à saúde e doença a partir das relações sociais dentro da comunidade.	145
Figura 18 - Navio hospital Abaré leva saúde e prevenção para comunidades ribeirinhas, 2019.	156

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição da amostra de acordo com a região geográfica.	38
Quadro 2 - Estudos que, sob algum aspecto dialogam com esta tese de doutoramento.	42
Quadro 3 - Portarias referentes a Política Nacional de Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família (2006 a 2017).	53
Quadro 4 - Destaques da agenda municipal de saúde - Santarém - Pará - Brasil (2001 - 2017).	68
Quadro 5 - Gestões municipais e considerações sociodemográficas da agenda municipal de saúde. Santarém – Pará – Brasil (2011-2017), 2019.	72
Quadro 6 - Gestões municipais e considerações Morbidade hospitalar por grupos de causas e faixa etária da agenda municipal de saúde. Santarém – Pará – Brasil (2011-2017), 2019.....	73
Quadro 7 - Gestões municipais e considerações sobre mortalidade por grupos de causas, faixa etária por grupos de causas e faixa etária da agenda municipal de saúde. Santarém – Pará – Brasil (2011-2017), 2019.....	75
Quadro 8 - Taxa de Homicídio no Trânsito, por 100 mil habitantes, para o estado do Pará e Regiões de Integração, 2015 – 2016.....	76
Quadro 9 - Cenário sobre a quantidade e serviços de saúde pública que compõe o SUS, Santarém, 2019.	90
Quadro 10 - Cobertura de ESF e APS Brasil, 2018.	94
Quadro 11 - Relação das 12 comunidades que fazem parte da área de cobertura da ESF Arapixuna.	107
Quadro 12 - Cobertura de Saúde Bucal Santarém - PA, 2018.	159
Quadro 13 - Acidente por animais peçonhentos - Notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação –Santarém, Pará.....	169

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra de acordo com os tipos de trabalho de conclusão de curso.	37
Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com as palavras chaves de mais ocorrência....	38
Tabela 3 - Distribuição da amostra por instituição e palavras chaves.	39
Tabela 4 - Distribuição da amostra dos programas de pós graduação que mais abordam a temática APS, ESF e Desenvolvimento Social/ território.	41
Tabela 5 - Atributos sociais dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família - Arapixuna do município de Santarém-Pará, 2018.....	98
Tabela 6 - Aspectos sociodemográficos da região ribeirinha Arapixuna no município de Santarém-Pará, 2018.....	111
Tabela 7 - Principais agravos crônicos em Arapixuna no município de Santarém-Pará, 2018.	113

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por escala temporal e tipo de TCC.....	37
Gráfico 2 - Perfil Pirâmide etária da população residente na região ribeirinha – Arapixuna no município de Santarém- Pará, 2018.....	109

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
1.1	O tema me escolheu	20
1.2	Contextualização do tema de estudo	22
1.3	Apresentação do problema e justificativa da pesquisa	24
1.4	Objetivo geral.....	27
2	PROCEDIMENTOS DO ESTUDO	28
2.1	Tipo de estudo	28
2.2	Condições éticas do trabalho de campo	28
2.3	Participantes do estudo	33
3	PRODUÇÃO ACADÊMICA E ANCORAGEM TEÓRICA	34
3.1	Atenção Primária à Saúde: apontamentos sobre produção acadêmica	34
3.1.1	Discussão sobre a produção acadêmica.....	47
3.2	Sistema Único de Saúde (SUS): Atenção Primária à Saúde: Abordagens conceituais e históricas	50
3.2.1	Estratégia Saúde da Família	60
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
4.1	O SUS no Município de Santarém: Cenário e Desdobramentos.....	67
4.1.1	Caracterização do município de Santarém: a partir do ponto de vista de saúde do SUS: Temporalidade, cenário e desdobramentos	80
4.1.2	Características sociais do trabalho de campo e da comunidade de Arapixuna	96
4.1.3	Cenário do trabalho de campo	114
4.2	Medicina local e medicina convencional	117
4.2.1	Plantas medicinais e relação saúde e doença.....	122
4.3	Saúde e doença interdependência processualidades	131
4.3.1	Padrão local de Itinerário terapêutico	144
4.4	Condições adversas na Atenção Primária à saúde	150
4.4.1	Cotidiano dos profissionais das águas e constrangimentos situacionais, geográficos e financeiros	151
4.4.2.	Assistência odontológica: a carência parcialmente reconhecida.....	158
4.4.3	Condições adversas aos encaminhamentos para serviços médicos e diagnósticos ...	160
4.4.4	Acidentes por animais peçonhentos e postergação da urgência	166
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	170
	REFERÊNCIAS	173
	APÊNDICE	191

ANEXO..... 198

1 INTRODUÇÃO

1.1 O tema me escolheu!

O presente texto apresenta o desenvolvimento da pesquisa de tese de doutoramento a ser defendida junto a Universidade Federal do Oeste do Pará, no Programa de Pós-graduação Sociedade, Natureza e Desenvolvimento (SND). O estudo está diretamente relacionado à compreensão da Atenção Primária à Saúde (APS), e chama atenção a outras três subordinadas questões que ganham destaque: - Medicina popular, Saúde e Doença e Condições adversas do trabalho. A temática geral está inserida na linha de pesquisa Gestão do conhecimento e inovação para o desenvolvimento sustentável do Programa SND. Necessário se faz, portanto, realizar uma breve apresentação das aproximações, caminhos percorridos e experiências vivenciadas que me conduziram à opção por esse tema de pesquisa.

A decisão quanto à temática de um estudo pode emergir de diversas formas. Mas, em sua maioria, delinea-se a partir de experiência social a ser estudada. No meu caso, não foi diferente. A escolha do objeto de estudo acompanha os passos dados ao longo da minha trajetória acadêmica e profissional. Assim, o presente estudo vem sendo alicerçado antes mesmo da graduação, pois eu já vivenciava experiências importantes na APS, no exercício da função de técnica em enfermagem na Unidade Básica de Saúde do bairro de Fátima em Santarém- Pará. A graduação em enfermagem foi significativa na medida em que me ofereceu subsídios e me despertou para ampliação de conhecimentos na área de saúde coletiva. A minha formação acadêmica se iniciou em 1999, quando ingressei no curso em Enfermagem das Faculdades Integradas do Tapajós, na cidade de Santarém-Pará.

Outrossim, durante os quatro anos de duração do curso de graduação em Enfermagem, realizei diversas atividades conforme previa a matriz curricular do curso. Estas contribuíram na minha formação profissional e na decisão da carreira que eu seguiria após a outorga da respectiva titulação. Nesse sentido, a experiência que vinha sendo construída enquanto técnica em enfermagem/nível médio profissionalizante, em unidade básica de saúde (UBS), desde 2001, revelou-se muito mais gratificante do que eu própria poderia imaginar. Impulsionada pelas oportunidades almejadas, recebi progressão funcional para função de enfermeira no mesmo ano da outorga do título e na mesma UBS. Passados dois meses, outro convite, outro desafio, este agora para atuar como enfermeira no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que, até então, era um programa com pouca visibilidade e até mesmo desconhecido para mim. A função era ser instrutora e supervisora de 30 Agentes Comunitários de Saúde-ACS da zona urbana e rural (planalto e rios) do município de Santarém. Anos depois, fui

trabalhar na Estratégia de Saúde da Família, do bairro da Floresta, com uma equipe multiprofissional, composta de médicos, técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde, experiências estas vivenciadas com muita competência e responsabilidade por todos da equipe.

No decorrer dos onze anos como enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Santarém, exerci funções na assistência, gerência e gestão, o que foi muito gratificante e intenso. Sempre me dediquei muito aos estudos e busquei alçar outros voos. Comecei a estudar para aprovação em concursos públicos para docente e cargo técnico como enfermeira. E graças a Deus e a minha família, com esforço e dedicação, alcancei os objetivos outrora desejados.

A interface entre a saúde coletiva e a trajetória profissional e acadêmica sempre se fez presente em minha vida. Em 2006, eu concluí o curso de Especialização Lato Sensu em Saúde da Família. Sendo a saúde da família o alicerce da APS, ela despertou meu grande interesse na referida formação. Após ser aprovada em Concurso Público para Provimento de Cargos na Universidade do Estado do Pará-UEPA, Campus XII como professora auxiliar I-40h, atuando no tripé educacional:- ensino, pesquisa e extensão.

Assim, comecei a docência em sintonia com a APS, ministrando aulas do Departamento de Saúde Coletiva e Enfermagem Comunitária, nas seguintes unidades temáticas: Endemias da Amazônia, Políticas públicas de Saúde, Epidemiologia e Estágio Supervisionado em Estratégia Saúde da Família e atenção integrada às doenças prevalentes na infância. Meu primeiro projeto de extensão foi trabalhar com saberes e práticas de ACS sobre gestação e puerpério. Esta abordagem também se tornou tema da minha dissertação de mestrado em ensino em saúde junto a UEPA, Campus II em Belém- Pará. Desenvolvi então experiência em APS na docência, na assistência em saúde coletiva e enfermagem comunitária.

Somadas a isto, a vinculação da APS e a gestão dos serviços de saúde pública foram novamente me proporcionando outros desafios, pelos quais, através da nomeação e posse em Concurso público na Secretaria de estado de Saúde Pública (SESPA), atuei na coordenação, assessoria, monitoramento e avaliação dos programas inseridos na APS sobre a Saúde da mulher. Nessa inserção, a área de atuação abarca os 20 municípios que compõem o 9º Centro Regional de Saúde. Outra experiência vivenciada foi a docência na escola técnica do SUS (ETSUS-PA), na qualificação de profissionais do SUS, que mais especificamente compõem a APS. Assim, sigo atuando no ensino, pesquisa, extensão e gestão na APS com ênfase na ESF. Após dezoito anos desse percurso, apresento minha tese de doutoramento, com a certeza de que o objeto de estudo escolhido não poderia ter sido outro.

Ao apresentar o texto da tese, início com a contextualização, problemática e justificativa do tema de estudo, por conseguinte os procedimentos do estudo, cenário do aporte teórico dos estudos que se ocuparam sobre atenção primária e Estratégia Saúde da Família (ESF). Reflito ainda sobre os quadros teóricos e metodológicos que nortearam os desdobramentos concebidos para apresentação analítica e panorâmica do objeto estudado. Nos capítulos seguintes serão apresentados, respectivamente, resultados e discussão a partir das entrevistas e observações realizadas em trabalho de campo, assim como as referências, apêndices e anexos.

1.2 Contextualização do tema de estudo

Na região Amazônica, constata-se com facilidade as enormes barreiras geográficas, econômicas, sociais incidentes sobre as desigualdades de acesso e de fluxos dos serviços básicos de infraestrutura, como saneamento ambiental¹, assistência à saúde, tratamento de água, entre as áreas urbanas e as áreas rurais da região. Infelizmente, essa realidade mudou pouco e muito lentamente nas últimas décadas (COUTO et al., 2002).

A Amazônia legal² brasileira ainda é apresentada como um território “vazio” demográfica e economicamente, quando comparado com as demais regiões brasileiras. A população da região Norte, em 2010, somou um total de 15.864.454 habitantes, correspondendo a 8,32% da população nacional, que, segundo o IBGE, 73,53% viviam na área urbana e apenas 26,47% residiam no meio rural. (LOBÃO, 2018).

Nesse contexto rural, pouco se sabe sobre a APS e como se concebe a relação processual entre saúde e doença dessas populações, especialmente sob o olhar dos profissionais de saúde. Inúmeros estudos, documentários, filmagens, fotografias sobre a enorme biodiversidade e a importância ecológica da Amazônia brasileira, em especial na região norte do país, produzem imagens que circulam como narrativas para o mundo. Nessa gama de demonstrações estudadas e apreciadas, pouco se dá vez e voz aos profissionais de saúde atuantes na Amazônia.

Somado a isso, percebe-se uma invisibilidade referente à saúde na Amazônia, principalmente relacionada aos aspectos dos determinantes sociais e ambientais de saúde, e ainda ao baixo investimento de recursos financeiros destinados à saúde de uma população

¹ O Ministério das Cidades tem recomendado o uso da expressão “saneamento ambiental” em vez de “saneamento básico”.

² A Amazônia Legal do Brasil, conforme o Censo 2010 (IBGE, 2011), abrange os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Maranhão e Goiás. O conceito da Amazônia Legal foi criado pela Lei 1.806 de 06 de janeiro de 1953 com o objetivo de promover e planejar o desenvolvimento da região. Abrange um território de, aproximadamente, 5.217.423 km², que corresponde a cerca de 60% do território brasileiro (SANTOS et al. p. 5, 2019).

convivendo numa geografia tão peculiar. Supõe-se que não há como investir satisfatoriamente em saúde para população das águas, florestas, e campo, por não se compreender como esse padrão de saúde vem sendo elaborado e praticado.

Por tais razões busca-se compreender o grande potencial do programa estratégia saúde da família visando evidenciar as fronteiras do cuidado, por essa perspectiva revelando a multiplicidade constitutiva de aspectos do cuidado; ao ser humano. Garantir o acesso aos serviços, para a maioria da população, continua a ser um dos maiores desafios das políticas públicas de saúde, especialmente para a região de rios (SILVA, 2004a). Dessa forma, muito importa investigar a relação processual entre saúde e doença, no bojo de aspectos referidos à temporalidade e a espacialidade do programa de Estratégia Saúde da Família, no município de Santarém- Pará, mas especialmente com o olhar voltado para atenção primária à saúde. Para tanto, há envolvimento em conhecimentos de diversas ciências dentre elas: ciências políticas, geografia, antropologia, epidemiologia, etnociência e etnobotânica, que demonstram uma relação necessária do ser humano com o ambiente no qual está inserido.

Nessa perspectiva, defende-se a constante construção de diálogos com outras áreas do conhecimento, investimento pelo qual emergiu a necessidade da metodologia interdisciplinar enfatizando relações entre algumas das diversas ciências. Por minha perspectiva, os diversos pontos de vista disciplinares devem estar em constante sintonia e a serviço da sociedade, tendo por horizonte contribuir para a qualidade da saúde da população como um todo. Nessa perspectiva, Santos (2002, p.162) versa que:

A natureza socializada ou espaço geográfico, independente do período histórico, deve ser interpretada como um resultado da produção do trabalho humano. O ato de produzir é igualmente o ato de produzir espaço. A promoção do homem animal a homem social deu-se quando ele começou a produzir. Produzir significa tirar da natureza os elementos indispensáveis a reprodução da vida.

Hodiernamente a sociedade, nesse estudo representada pelos movimentos sociais, professores e estudantes universitários, e profissionais liberais, defende e convencionou a partir da perspectiva da promoção da saúde, que o elo das ações educacionais e ambientais são indispensáveis para a modificação das condições de vida e de trabalho que acarretam problemas de saúde.

Essas pessoas, em militâncias, construíram legados democráticos para alcançarmos a atual estrutura de serviços. O entendimento de promoção da saúde foi efetivamente construído por professores afiliados ao conhecimento categorizado como medicina social, sistema de

pensamento reconhecido ao final do século XIX, e apontando as relações entre doenças, bem-estar e condições de vida (CZERESNIA, 1999).

A partir das contribuições de Paulo Buss (2012 p.1486), considera-se a perspectiva de promoção à saúde:

Como estratégia de ação ambiental, basicamente preventiva e participativa em nível local, que reconhece o direito do ser humano de viver em um ambiente saudável e adequado, e a ser informado sobre os riscos do ambiente em relação à saúde, bem-estar e sobrevivência, ao tempo em que define suas responsabilidades e deveres[...]

Diante disso, aprecia-se como pertinente o cumprimento de um estudo que privilegiasse o foco sobre profissionais de saúde vinculados à estratégia saúde da família, a partir do conhecimento construído em trabalho de campo profissional, visando compreender quais situações estavam sendo consideradas problemáticas ou não.

1.3 Apresentação do problema e justificativa da pesquisa

Parte da rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda se apresenta escassa à população, com vazio assistencial, isto é, quando algum tipo de assistência, auxílio, equipamento de saúde no estabelecimento assistencial não está disponível para atender à população.

Em seu estudo, Silva (2006 p. 77) afirma que:

Há dois segmentos populacionais na Amazônia: um que vem sendo estudado, em que há dados e registros perante os órgãos e sistemas governamentais; porém o outro segmento da população amazônica ainda é pouco conhecido e estudado, o campesinato, correspondendo a populações rurais não indígenas, caboclos e ribeirinhos.

Não obstante, observa-se que na região Oeste do Pará, estudos e investigações sobre atenção primária são, ainda, escassos. Dessa forma, a demanda que moveu e norteou o desenvolvimento do problema de pesquisa exigiu refletir sobre a atenção primária à saúde no programa saúde da família, buscando sua compreensão para além dos dados quantitativos e indicadores epidemiológicos³. Além disso, cabe refletir que dados estatísticos e indicadores em

³ Referente à reflexão, agradeço as contribuições da Prof.^a Dr.^a Dalva Maria Mota que enfatizou, no decorrer do seminário de teses, o quanto a parte estatística da saúde pública é muito rica e fundamentada. Apontou como relevante a abordagem qualitativa por dar voz aos atores envolvidos no processo. A atenção primária à saúde sob a perspectiva de quem atua como profissional ganha todo relevo. Contribuições feitas na apresentação do texto correspondente ao pré-projeto de tese, no seminário de teses da turma 2016, realizado em 30 de novembro de 2017, em articulação e nas dependências do Núcleo de Estudos Integrados sobre Agricultura Familiar (NEAF), da Universidade Federal do Pará (UFPA), em Belém-Pará.

saúde precisam ser pensados como projeções e não como retrato fiel e prescindindo de indagações.

Ambas as abordagens, quantitativas e qualitativas, têm sua importância reconhecida e compreendida como caminhos diferentes para se chegar a específicos componentes de pesquisa. Ademais, leva em conta o pressuposto de que não há um método mais adequado que o outro. Todos os métodos apresentam vantagens e desvantagens, todas exigindo coerência em um mesmo estudo (FLICK, 2004; NASCIMENTO e SCHULZE et al, 2000).

Dessa maneira, construindo uma problemática para além do biológico e condizente com objeto sociológico, assim como definido por Lenoir (1989)⁴ em seu artigo “objeto sociológico e problema social”, enfatizamos que o objeto da sociologia não é algo dado, mas construído; ou seja, desconstruído, para entender as condições em que foi construído.

Por conseguinte, são as questões que o pesquisador submete ao exercício reflexivo que o ajudarão a construir o objeto de estudo. O autor se apresenta como um bom provocador, convidando-nos a realizar algumas reflexões sobre o problema social, tal como na sociologia eles devem ser desconstruídos. Essa desconstrução é um exercício de reflexão sobre nossas ações e práticas, tornando-as mais amplas e abertas ao diálogo, recurso que permite construir a análise. Outrossim, a análise sociológica exige que se compreenda a construção de sua história social, ou seja, que se abarque todo o contexto de relevância do objeto de estudo.

Nessa proposição, incorpora-se a sugestão de Remi Lenoir (1989), ao defender que, quando se versa sobre estudos que se destinam a refletir sobre problemas sociais, assim qualificados por serem discutidos publicamente, tal como o caso da interdependência saúde e a doença, torna-se indispensável considerar a ação pela qual se institucionaliza o tema, importante transformando-o e legitimando-o como problema social validado.

Assim, neste estudo busca-se a compreensão da atenção primária sob a perspectiva do protagonismo dos profissionais de saúde, ou seja, de pessoas que participam e vivenciam ativamente as ações, não sendo meros expectadores dos acontecimentos.

Dessa forma, a partir do protagonismo dos profissionais envolvidos nas ações institucionais, destacam-se que os fatos ou interferências se constituem por múltiplas influências ou convergências. Segundo Ministério da Saúde (2008), o protagonismo na saúde faz referência à autonomia e à corresponsabilidade de sua própria saúde e da coletividade. A qualidade do sistema é indispensável para que os problemas de saúde possam ser combatidos e

⁴ Referente ao presente termo, referencio-me especificamente ao estudo de Remi Lenoir (1996) e seu debate sobre “problemas sociais” e “objeto sociológico”.

compreendidos como uma rede horizontal, interligada por pontos de atenção (local de prestação de serviços à saúde).

Na área da saúde, o território também apresenta grande importância pelo alcance de aproximações das situações onde as pessoas vivem, procurando compreender os determinantes sociais em saúde, doença, e a disposição dos arranjos constituídos nos serviços de saúde. Nessa perspectiva, Roque et al (2013. p. 209), colaboram pela conceituação de território:

O território socialmente configurado determina a situação sanitária da população que o habita, sendo a saúde dialeticamente ligada e determinada por esse espaço social, possibilitando o surgimento de redes sociais de apoio e convivência. Por consequência, uma compreensão integral da saúde incluirá as condições espaciais para a reprodução social da vida ou para a promoção da qualidade de vida, pois o espaço social oferece os apoios, recursos e ferramentas para reagir a qualquer quebra do equilíbrio vital. Assim, saúde é resiliência ou capacidade de reação – dependendo essencialmente do ambiente coletivo que constitui o espaço geográfico.

O território no âmbito da saúde se caracteriza como um dos desígnios basilares da ESF. Pode ser compreendido por três vertentes distintas e complementares, abarcando: - definição de demarcações dos limites de ação dos serviços; - reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica existente nessas áreas; - e ainda na constituição de relações horizontais, com outros serviços adjacentes, e verticais como, por exemplo, serviços especializados (PEREIRA et al 2006). Nesse sentido, diagnosticar condições reais de vida é fundamental para implantar ou implementar políticas públicas de saúde.

A pesquisa que subjaz à análise apresentada foi construída a partir de distintos procedimentos metodológicos e de instrumentos de pesquisa, mas sob o olhar de profissionais de saúde vinculados a Estratégia Saúde da Família. Woortmann (2009, p. 128) destaca: “Quanto mais nos inteirarmos de contextos, mais respeitaremos – e faremos respeitar por outros [...]. E melhor entenderemos as estratégias inteligentes desenvolvidas”.

A atenção primária à saúde sob a perspectiva da estratégia saúde da família está instituída em marcos regulatórios, sendo desenhada para atender à população. Dessa afirmação surgem as perguntas de pesquisa:

- Como os profissionais da ESF entendem a saúde e a doença, elo entre conhecimento empírico e científico, território e espaço geográfico.
- De que forma as pessoas estão resolvendo atenção à saúde e doença na APS, vivenciado no território sob a perspectiva dos profissionais da estratégia saúde da família, sobre a tríade recursos financeiros limitados, ausência de equipamentos e profissionais

Analisando os problemas e as perguntas de pesquisa anteriormente apresentadas, surgem as seguintes hipóteses e objetivos desse estudo:

Hipótese:

- As formas de resolver os problemas de saúde dependem do contexto em que estão socialmente inseridos, além do entendimento do que seja a relação saúde e doença.

1.4 Objetivo geral:

- Compreender e refletir sobre a construção relacional do processo saúde e doença segundo a ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), na Estratégia Saúde da Família, em uma comunidade ribeirinha de Arapixuna, Santarém- Pará.

Objetivos específicos:

- Identificar o processo de construção da relação saúde e doença, referido à temporalidade da atenção primária à saúde na modalidade da Estratégia Saúde da Família;
- Caracterizar aspectos referidos à espacialização do programa Saúde da família, em Arapixuna;
- Conhecer as experiências dos profissionais de saúde que atuam no serviço de atenção primária na Estratégia Saúde da Família em Arapixuna.

2 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

2.1 Tipo de estudo

O texto desta tese baseia-se em dados obtidos por trabalho de campo, referenciado ainda por distintos procedimentos teórico-metodológicos, todos instrumentos com vistas a investigar a prática dos profissionais de saúde vinculados a Estratégia de saúde da família (ESF). Para a obtenção dos dados empíricos, foi selecionada uma ESF, em contexto social de vida rural, na região de rios, no Oeste do estado do Pará.

Em síntese, trata-se de estudo descritivo, transversal, com abordagem qualitativa e de levantamento bibliográfico e documental. A partir de trabalho de campo, tendo em vista a necessidade de conhecer a realidade objetiva, procura-se dar visibilidade aos fatos/fenômenos. Segundo Richardson (2010), estudos descritivos são utilizados quando não se tem informação sobre determinado tema e quando deseja-se conhecer o fenômeno. Reafirmando meus objetivos, devo ter em conta que, como não se tem informação sobre a compreensão do programa de saúde pública Estratégia Saúde da Família na realidade de Santarém, no estado do Pará, a importância deste tipo de estudo se amplia.

Em convergência, segundo Dantas et al (2006), o estudo qualitativo, em geral, instiga os participantes a falarem de forma supostamente aberta e livre sobre determinado assunto, formularem opinião e elaborarem questões individuais cujas motivações não são evidentes ou compreendidas de forma presumidamente espontânea. Trata-se de método amplamente empregado, quando o objetivo da investigação é conhecer percepções, emoções e significados de uma temática pontual ou geral. Permite enfim a explicação ou compreensão do fenômeno.

2.2 Condições éticas do trabalho de campo

O trabalho de campo foi realizado no município de Santarém⁵ (PA), em virtude de ser uma unidade político administrativa pólo para assistência em saúde da população residente na região oeste do estado. O estado do Pará possui 144 municípios e tem aproximadamente mais de 1 milhão de habitantes. A cidade de Santarém situa-se na região Norte do Brasil e compõe a região Oeste do Pará. Limita-se ao Norte com os municípios de Óbidos, Alenquer e Monte

⁵ Sobre a narrativa da formação de aspectos históricos e culturais de Santarém, recomenda-se a leitura do relatório: Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas (FAPESPA) Estatísticas Municipais Paraenses: Santarém. / Diretoria de Estatística e de Tecnologia e Gestão da Informação. Belém, 2016. <http://www.fapespa.pa.gov.br/upload/Arquivo/anexo/1271.pdf?id=1567518226>

Alegre, ao Sul com os municípios de Rurópolis e Placas, à Leste com os municípios de Prainha e Uruará, ao Oeste com os de Juruti e Aveiro e ao centro com o município de Belterra. Suas coordenadas geográficas são: 2° 24' 52" S e 54° 42' 36" W. Situa-se em nível médio de altitude de 35 m (IBGE, 2010), uma área de 314,930 km². Ainda segundo essa fonte, em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) era de 0,691 (IBGE, 2010). Santarém está inserida no 9º Centro Regional de Saúde (CRS), o qual abrange mais 14 municípios que compõem a região do baixo Amazonas, na região oeste do estado do Pará. Fica situado na mesorregião do Baixo Amazonas, à margem direita do Rio Tapajós, na confluência com o Rio Amazonas. Dista 807 Km da capital do estado, Belém. Conta com população de 297.039 habitantes, sendo considerado o terceiro município mais populoso do estado do Pará. Possui uma área territorial de 22.887.080 Km² (IBGE, 2010).

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas: A 1ª etapa, de caráter retrospectivo, no período de agosto a novembro de 2018, correspondeu à análise dos documentos oficiais que embasam o processo de construção da ESF, foi realizada visita junto ao Conselho Municipal de Saúde Santarém e Secretaria Municipal de Saúde Santarém (SEMSA). O trabalho de campo, correspondendo a 2ª etapa ocorreu na Unidade Básica de Saúde (UBS), credenciada na modalidade Estratégia Saúde da Família na comunidade de Arapixuna⁵. Contemplou-se assim comunidade localizada na região de rios.

A abrangência da espacialização correspondeu à localização de todas as comunidades vinculadas a ESF de Arapixuna⁶. Para tanto, foi utilizado software *Google Fusion Tables* apropriado e contou com a ajuda de profissional especializado⁷. Neste estudo, para coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, elaborado pela pesquisadora, considerando variáveis de importância demográfica e epidemiológica: idade, sexo, escolaridade, religião e naturalidade.

Também vivências relacionadas ao cotidiano na ESF; vida laboral; problemas e preocupações gerais; formas de representação de estados saudáveis; modos de cuidado da saúde; problemas de saúde ou doença; caminhos percorridos de cuidado. Torna-se importante destacar, que não é objetivo desse estudo a interação entre usuários, profissionais de saúde, especialistas locais e gestores.

O estudo de Paim (2006 p. 27), por exemplo, nos apresenta uma importante consideração a respeito:

⁶ A Comunidade Arapixuna será caracterizada em capítulos posteriores.

⁷ Engenheiro Florestal: Pablo Rodrigo Lopes de Sousa

Há uma diferença significativa sobre as experiências pessoais verbalizadas quando os usuários estavam junto aos profissionais, pois a pesquisadora percebeu a necessidade que a pessoa tinha de se mostrar em conformidade com as regras estabelecidas com vistas a obter garantias e acesso aos recursos disponíveis.

Para evitar situação semelhante, no caso específico dos profissionais vinculados à instituição, as entrevistas a eles dirigidas foram realizadas individualmente e em local reservado, segundo a escolha do participante, a fim de proporcionar um ambiente mais adequado e tranquilo. Todos foram entrevistados no local de trabalho, exceto o profissional médico, oportunamente entrevistado em Santarém, na Universidade do Estado do Pará. Outrossim, organizados os dias de reunião de acordo com a disponibilidade de cada um. Uma vez por mês, ocorre reunião com a enfermeira para planejamento das atividades realizadas no mês vigente, também ocasião em que são feitos informes e palestras sobre atualização de alguma temática.

Uma especial atenção foi destinada essas condições de entrevista em atenção ao pressuposto aventado por Howard Becker (1993): não há dados mais ou menos verdadeiros, o que há e que precisa ser levado em consideração é a análise do contexto, devido a possíveis constrangimentos e às possibilidades a que cada fala está sujeita.

Foram realizados alguns procedimentos prévios à inserção no trabalho de campo, a saber: foi solicitada a Secretaria de Saúde do município de Santarém, a carta de aceite institucional, manifestando ciência e autorização para realização da pesquisa. Com o documento em mãos, submetemos o projeto de pesquisa a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Pará - Campus Santarém. Obteve aprovação sob o parecer de número:2.826.650 e de acordo com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 94871218.7.0000.5168 junto a Plataforma Brasil. Importante destacar que, para preservar o anonimato foram atribuídos nomes fictícios aos entrevistados no estudo.

Com a devida aprovação ética e após a avaliação do projeto de pesquisa de tese no exame de qualificação, foi dado início à coleta de dados. Assim, foi realizada uma reunião com os potenciais participantes da pesquisa para apresentação do estudo, seus objetivos, riscos, benefícios e coleta de dados, e oportunamente, realizados o convite e a seleção dos participantes, assumindo reflexivamente os critérios de inclusão e exclusão dos possíveis interlocutores.

Após a definição dos participantes da pesquisa, os que aceitaram participar foram convidados para o esclarecimento de possíveis dúvidas que, porventura, tenham ficado acerca do estudo. Os participantes da pesquisa expressaram sua livre vontade em participar do estudo

por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), (APÊNDICE A). Mas cabe uma observação: parte dos profissionais do serviço de saúde com os quais tive diálogo eram todos sabedores da minha condição de pesquisadora e, inclusive, alguns me conheciam.

O que nos chamou a atenção foi que, diante da solicitação de assinatura no TCLE, não houve preocupação, tanto que não perguntavam sobre a real necessidade de assinar. A assinatura do TCLE costuma ser vista com certa preocupação, porque os participantes não se sentem por vezes, confortáveis em assinar o termo. Esse fato também me atraiu atenção porque as entrevistas foram feitas às vésperas do pleito eleitoral para vagas na presidência da república, governador, deputado federal, estadual e senado. A assertiva dos entrevistados poderia demonstrar uma certa preocupação, se o que eles iriam falar pudesse acarretar algum problema depois. Nesse sentido, não houve preocupação quanto a assinatura e foi realizada sem nenhum problema.

Foi reafirmada a garantia do sigilo, explicando de forma muito detalhada as dúvidas sobre o estudo. No momento da entrevista e após explicação apresentada, foi entregue o TCLE aos participantes, devidamente assinado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e a outra via com o participante do estudo.

Vale ainda destacar que os estudos com abordagens interdisciplinares na saúde remetem aos aspectos éticos, como uma das dificuldades deste tipo de pesquisa, mas não foi meu caso. Tornou-se uma exigência a utilização do termo de consentimento livre e esclarecido, por escrito para todos os estudos que abranjam seres humanos, compreendidos como de efetiva necessidade para ética entre pesquisador e pesquisado. O Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) é um órgão de controle social, justamente com vistas a proteger o participante do estudo.

As entrevistas foram gravadas em aparelho celular, com a devida autorização dos entrevistados, conforme uso de documento escrito já comentado, com duração em média de 40 minutos. Posteriormente, as gravações foram transcritas em consonância com as narrativas proferidas, garantindo a fidedignidade das informações obtidas. Por fim, foram separadas por participante e armazenadas em arquivo Microsoft® Office Word® (2010).

Outra vertente da análise do presente estudo fez referência à abordagem espacial, que proporcionou identificar a localização das comunidades da ESF e sua concentração geográfica no distrito de Arapixuna. Dessa forma, para a análise espacial de dados, foi utilizada a técnica do georreferenciamento com utilização de *Software Google Fusion Tables*, para fins de

geocodificação. Posteriormente, foi empregado o Google Earth para marcação das comunidades e a construção gráfica.

As condições de negociação do processo para andamento da pesquisa e os desafios da interação com os profissionais me ajudaram na formulação de questões teórico-metodológicas, ainda que também fundamentadas tanto na discussão com a bibliografia temática, como também com dados de levantamento bibliográfico, obtidos no “Banco de Teses CAPES” (<http://www.capes.gov.br/servicos/banco-de-teses>) e na Base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO). No decorrer da pesquisa, coletei dados estatísticos em arquivos públicos, em instituições localizadas no município de Santarém, como seguem:

- Arquivo de atas e resoluções do Conselho Municipal de Saúde de Santarém (CMS);
- Secretaria Municipal de Saúde de Santarém (SEMSA);
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, mediante, o site da instituição, dado o serviço digitalizado disponível pela internet – (<http://biblioteca.ibge.gov.br/>) e (<https://cidades.ibge.gov.br/?codmun=150680>).
- Ministério da Saúde (MS), Departamento de Atenção Básica http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php
- Ministério da Saúde (MS), Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=15&codTpRel=01>.

Os dados advindos das entrevistas, após a transcrição, foram analisados a partir da análise de conteúdo categorial proposta por Bardin (2011). Segundo as três (03) fases de análise: pré-análise, da exploração do material, do tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Apresentam-se de grande relevância à pesquisa sobre sentimentos, pensamentos, saberes, crenças, opiniões de conteúdo construído em relação a determinado fenômeno estudado. Essa análise objetiva a obtenção de categorias de textos que se assemelham e diferem entre si.

A primeira etapa consistiu em sistematizar o texto e fazer uma leitura superficial para o reconhecimento do material das entrevistas transcritas. Na segunda, houve um aprofundamento da leitura realizada, a fim de identificar o que era mais significativo para este estudo, assim reagrupando os textos de entrevistas por aproximações de questões que estavam dispersas no texto. Na terceira etapa, os materiais reagrupados foram discutidos para se tornarem válidos à pesquisa (BARDIN, 2011). Para a autora esta modalidade de análise se aplica a discursos ou falas de uma maneira bastante diversificada, oscilando entre o rigor da objetividade e a

fecundidade da subjetividade, promovendo uma desocultação da mensagem a ser analisada (BARDIN, 2011, p.94). A técnica de análise de conteúdo desmembra o texto em unidades e o aproxima em categorias reagrupadas analogicamente.

2.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram profissionais de saúde atuantes na ESF (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde), foram selecionados pelos seguintes critérios de inclusão: profissionais que estavam compondo a equipe da ESF na UBS de Arapixuna; tempo de atuação profissional (há no mínimo 05 meses); ambos os sexos; cadastrados no código nacional de estabelecimentos de saúde (CNES) na unidade de atuação; e que aceitaram participar do estudo. Foram critérios de exclusão: profissionais que se encontravam de férias, de licença de qualquer tipo no período da coleta de dados. Participaram da pesquisa dez profissionais de saúde de Arapixuna. Destes: um médico, um enfermeiro e oito ACS.

Na perspectiva relacionada à quantidade de participantes do estudo, sustento-me na contribuição da socióloga e antropóloga Minayo (2005) que, por repetidas vezes, elabora críticas relacionadas à “representatividade”, valorizando a “significância” dos estudos das ciências sociais e humanas que não são efetivadas por uma grande quantidade de entrevistados. Da mesma forma, Bourdieu colabora com a seguinte reflexão: - Os componentes de um mesmo grupo são frutos de aproximadas condições sociais. Nas experiências relatadas pelos entrevistados é preciso buscar o que há de comum no grupo e o que há de específico no discurso individual (BOURDIEU apud MINAYO, 2004, p.206).

Além das considerações apresentadas, para demonstrar os pressupostos teóricos desta pesquisa apresento, a seguir, alguns dos quadros conceituais, referenciada por revisão da literatura, valorando a ancoragem teórica dos autores que se ocupam da temática atenção primária à saúde e da estratégia saúde da família, interpretações fundamentadas em perspectiva interdisciplinar.

3 PRODUÇÃO ACADÊMICA E ANCORAGEM TEÓRICA

3.1 Atenção Primária à Saúde: apontamentos sobre produção acadêmica

No que concerne à temática central, investimos na busca de estudos que dela se ocuparam por reflexões, do programa estratégia de saúde da família. Por revisão bibliográfica⁸, abraçou-se o desafio de mapear e difundir uma produção acadêmica em distintas áreas da ciência, segundo suas diferenciadas dimensões (FERREIRA, 2002). O presente item contempla a caracterização da revisão da literatura, enfatizando o percurso e os procedimentos metodológicos utilizados para construção, coleta e análise de dados alcançados da literatura delimitada, bem como resultados e discussão, visando melhor conhecer a temática de pesquisa, especialmente os textos que se ancoram na perspectiva interdisciplinar.

A revisão da literatura, que teve como intuito condensar resultados obtidos em pesquisas concernentes, permitiu qualificá-la como integrativa, pela sistematização de informações mais abrangentes sobre o assunto/problema, colaborando, assim, com um corpo de conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Quanto ao rigor dos procedimentos metodológico, o presente levantamento bibliográfico foi desenvolvido em conformidade com às seguintes etapas: elaboração da pergunta de pesquisa; busca dos artigos, teses e dissertações; análise crítica dos dados; discussão dos resultados apresentados e, por fim, a apresentação da revisão da literatura (URSI, 2006).

Iniciou-se o processo pela definição da questão norteadora do estudo: Qual o cenário de produção científica sobre atenção primária em saúde e estratégia saúde da Família evidenciadas na literatura? Quanto à escolha dos estudos, utilizamos as seguintes bases de dados: - banco de teses e dissertação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – (CAPES)⁹ e Scientific Eletronic Library Online (SciELO).

O levantamento desses dados ocorreu entre os meses de setembro e dezembro de 2017. Para a ampliação da busca de textos foram utilizados os seguintes descritores controlados no idioma português: Atenção primária em saúde e estratégia saúde da família. Foram elaboradas

⁸ A resenha temática que analisa o levantamento bibliográfico sobre Atenção Primária à Saúde foi apresentado como requisito parcial para obtenção de nota final da disciplina Desigualdades Sociais e Reenquadramentos Institucionais, ministrada pela Prof. Dra. Delma Pessanha Neves, Programa de Pós-graduação em Antropologia, da Universidade Federal Fluminense (UFF) 2017.

⁹ As informações são fornecidas diretamente à Capes pelos programas de pós-graduação, na página eletrônica: <http://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#!/> Esse instrumento aceita a pesquisa por autor, título e palavras-chave. Outrossim, a utilização de informações da referida base de dados e de seus registros está condicionada às legislações de direitos autorais vigentes. ⁴ É uma importante ferramenta para coletar informações, realizar análises e avaliações, sendo a base de referência do Sistema Nacional de Pós-Graduação (SNPG).

combinações para uma melhor quantificação da amostragem, tais como: atenção primária à saúde, estratégia saúde da família, programa saúde da família, e as palavras correlacionadas, tais com atenção básica.

Para as buscas dos textos científicos foram utilizados os seguintes filtros: multidisciplinar, ciências da saúde, área de concentração ciências ambientais, epidemiologia, saúde coletiva, saúde pública, área de avaliação interdisciplinar, filtros estes que permitiram dialogar com a proposta interdisciplinar do Programa de Pós Graduação Sociedade Natureza e Desenvolvimento (PPGSND).

Não foram verificados estudos que não tivessem as palavras atenção primária em saúde, estratégia saúde da família e saúde como palavras chave e/ou no título do trabalho, assim como estudos com outra abordagem, por exemplo: estudos com ênfase em metas e indicadores de saúde estatísticos, abordagens com recursos e tetos financeiros e/ou administrativos.

Dessa forma, foi realizada a leitura dos títulos e, quando necessário, dos respectivos resumos. Todos os textos encontrados foram avaliados quanto à adequação à temática proposta. Aqueles que tratavam de outras temáticas foram automaticamente excluídos nesta mesma etapa.

Os dados extraídos dos estudos foram transcritos para um formulário eletrônico em planilha no formato do Microsoft Excel 2010, foram tabulados e originaram frequências relativas para melhor apresentação. Dessa forma, contém as seguintes variáveis: autoria, tipo de trabalho de conclusão, título, orientador, programa, instituição, região geográfica da instituição, revista ou biblioteca depositária, ano, página, palavras chaves, resumos¹⁰¹² e *links* (endereço eletrônico do estudo).

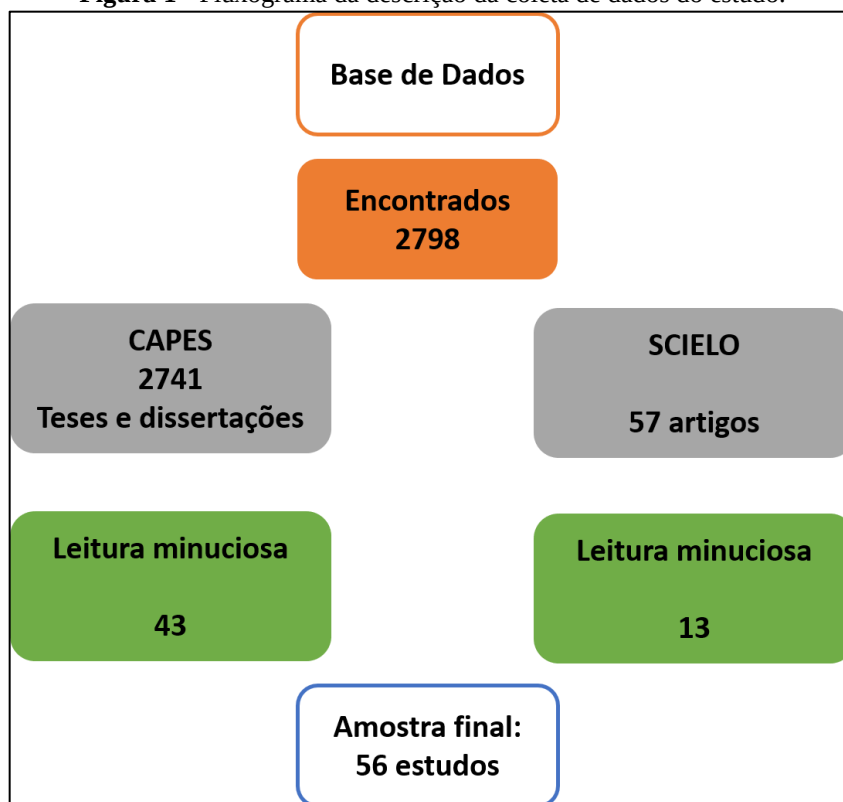
A análise dos trabalhos científicos foi realizada por meio da exploração do material, do tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A primeira consistiu em sistematizar os estudos escolhidos e fazer uma leitura superficial para o reconhecimento do material. Na segunda, houve um aprofundamento da leitura já realizada, a fim de identificar o que era mais significativo para este estudo. Já na terceira etapa, os materiais coletados foram discutidos para se tornarem válidos à pesquisa (BARDIN, 2011).

A presente revisão foi realizada através do acesso *online* e utilizados critérios de inclusão, exclusão e os filtros. Assim, foram encontrados 2798 estudos científicos, sendo dois mil setecentos e cinquenta e um na base de dados da CAPES e cinquenta e sete na SciELO.

¹⁰ Resumos referentes a teses e dissertações defendidas a partir de 1987 na página eletrônica: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/view>

Após a leitura dos resumos, privilegiaram-se aqueles condizentes com os objetivos do estudo, sendo quarenta e três trabalhos na base da CAPES e treze artigos nas bases de dados anteriormente citadas, expostos na Figura 1. O universo da amostra final totalizou 56 estudos selecionados, conforme figura a seguir:

Figura 1 - Fluxograma da descrição da coleta de dados do estudo.



Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora mediante levantamento bibliográfico, 2017.

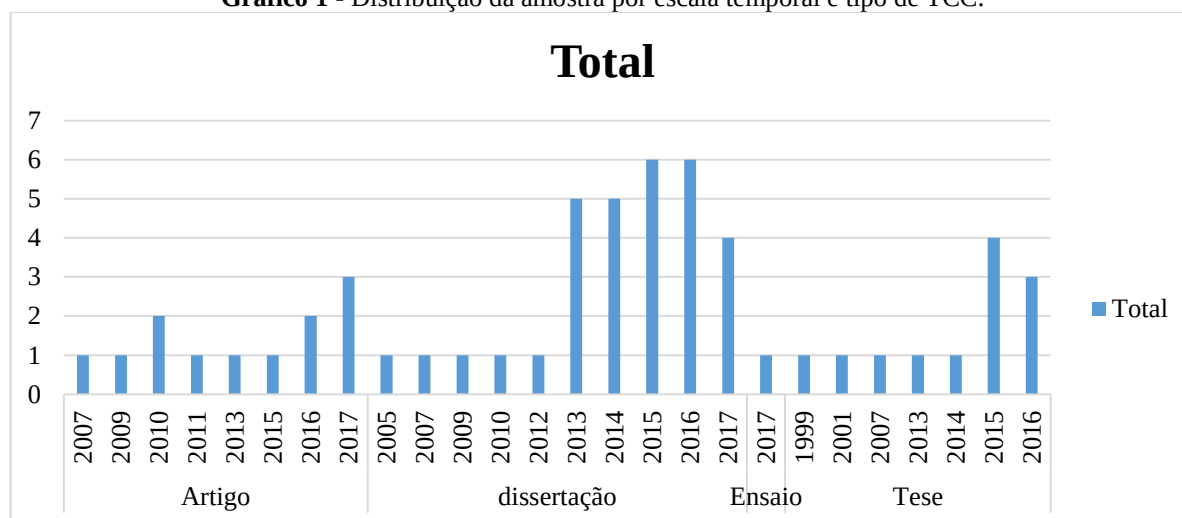
Estes 56 estudos foram devidamente selecionados pelo fato de alguns de seus aspectos apresentarem relação com a proposta de tese de doutoramento, ora apresentada. E se constituíram como amostra final deste levantamento bibliográfico, distribuídos em teses, dissertações, artigos, ensaios, conforme Tabela 01 a seguir.

Tabela 1 - Distribuição da amostra de acordo com os tipos de trabalho de conclusão de curso.

Tipos de TCC	Contagem Tipo de TCC
Artigo	12
Dissertação	31
Ensaio	1
Tese	12
Total	56

Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora mediante levantamento bibliográfico, 2017.

No que concerne à escala por tempo e tipo de produção, podemos evidenciar que os estudos envolvendo a temática passaram a ser objeto de estudo em dissertação, de forma mais intensa a partir do ano de 2013. E quanto às teses, as publicações ganharam mais destaque nos anos de 2015 e 2016, conforme gráfico 01 apresentado a seguir:

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por escala temporal e tipo de TCC.

Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora mediante levantamento bibliográfico, 2017.

Em relação à contagem de estudos de acordo com a região, ganham destaques, com maior número de publicações, sucessivamente, as regiões sudestes, nordeste, sul, e centro oeste. E com números menos expressivos, a região norte, conforme quadro 01 a seguir:

Quadro 1 - Distribuição da amostra de acordo com a região geográfica.

Região	Contagem estudos por Região
Norte	5
Centro-oeste	8
Nordeste	11
Sul	14
Sudeste	18
Total Geral	56

Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora mediante levantamento bibliográfico, 2017.

No presente estudo, em um total 78 palavras chaves emergiram, porém 53 foram mais incidentes, estando assim distribuídas: acolhimento (três), atenção primária em saúde (dezessete), avaliação dos serviços de saúde (sete) e, respectivamente, educação permanente, participação social, planejamento em saúde, promoção em saúde (duas), conforme estão apresentadas na tabela abaixo.

Em relação à contagem das palavras com mais ocorrência, estão a atenção primária à saúde, acompanhada da ESF, acolhimento, avaliação, participação social, promoção em saúde, planejamento em saúde e educação permanente em saúde (conforme tabela 2 a seguir).

Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com as palavras chaves de mais ocorrência.

Palavras-chave	N
Acolhimento	3
Atenção Primária à saúde	17
Avaliação de serviço	3
Avaliação em saúde	3
Pesquisa de avaliação	1
Educação Permanente em Saúde	2
Estratégia saúde da família	18
Participação Social	2
Planejamento em Saúde	2
Promoção da Saúde	2
Total Geral	53

Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora mediante levantamento bibliográfico, 2017.

Referente à contagem de estudos de acordo com a instituição e palavras chave, a ênfase incide sobre a Universidades de São Paulo, Universidade Estadual do Ceará, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Conforme Tabela 3, seguinte).

Tabela 3 - Distribuição da amostra por instituição e palavras chaves.

Instituição	N
CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES / FIOCRUZ	2
Atenção Primária à Saúde	1
Estratégia Saúde da Família	1
FUNDACAO OSWALDO CRUZ,	2
Atenção Primária à Saúde	1
Estratégia Saúde da Família	1
INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR DO PIAUI LTDA Particular	2
Atenção Primária à Saúde	1
Estratégia Saúde da Família	1
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS Particular	1
Avaliação Em Saúde	1
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia	1
Estratégia Saúde da Família	1
UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ	2
Atenção Primária À Saúde	1
Estratégia Saúde Da Família	1
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	5
Atenção Primária À Saúde	1
Estratégia Saúde Da Família	4
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/ RIBEIRÃO PRETO	1
Estratégia Saúde Da Família	1
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ Particular	2
Atenção Primária À Saúde	1
Estratégia Saúde Da Família	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS	1
Atenção Primária À Saúde	1

Tabela 3 – Distribuição da amostra por instituição e palavras chaves.

(continuação)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA	2
Atenção Primária À Saúde	1
Estratégia Saúde Da Família	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ	5
Acolhimento e Vínculo	1
Atenção Primária à Saúde	2
Avaliação em Saúde	1
Estratégia Saúde da Família	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA	2
Atenção Primária à Saúde	1
Participação Social	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA	2
Atenção Primária à Saúde	1
Pesquisa em Saúde	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO	3
Atenção Primária à Saúde	1
Avaliação dos Serviços	1
Participação Social	1
Universidade Federal Do Mato Grosso	1
Estratégia Saúde da Família	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ	1
Estratégia Saúde da Família	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL	6
Acolhimento	1
Atenção Primária à Saúde	3
Avaliação dos Serviços	1
Estratégia Saúde da Família	1
Estratégia Saúde da Família	2
Total Geral	53

Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora mediante levantamento bibliográfico, 2017.

Os programas de pós graduação que mais se ocuparam da temática são: Saúde Pública, Ambiente e Desenvolvimento, Desenvolvimento local, Ciências da saúde, conforme ilustração da Tabela 4 a seguir.

Tabela 4 - Distribuição da amostra dos programas de pós graduação que mais abordam a temática APS, ESF e Desenvolvimento Social/ território.

Variáveis	N
Administração	1
Ambiente e Desenvolvimento	4
Ciências Ambientais e Saúde	1
Ciências da Reabilitação	1
Ciências da Saúde	2
Ciências e Meio Ambiente	2
Desenvolvimento Local	4
Direito	2
Enfermagem	1
Enfermagem e Saúde	2
Epidemiologia	1
Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional	1
Políticas Públicas e Sociedade	1
Saúde Coletiva	9
Saúde Coletiva: Políticas e Gestão Em Saúde	3
Saúde da Família	4
Saúde na Comunidade	1
Saúde Pública	3
Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia	1
Sociologia e Antropologia	1
Total Geral	56

Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora mediante levantamento bibliográfico, 2017.

No quadro 02 a seguir estão relacionados onze (11) estudos que, sob algum aspecto, dialogam com a presente proposta de tese de doutoramento.

Quadro 2 - Estudos que, sob algum aspecto dialogam com esta tese de doutoramento.

TÍTULO (ANO)	TIPO DE ESTUDO	AUTORIA	APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA
“Doutora, eu vim tentar a sorte”: o atalhar no hospital público João De Barros Barreto Belém (2016)	Tese	Aderli Góes Tavares	O estudo tomou como objeto o acesso dos usuários aos serviços de saúde pública, neste caso o acesso ao Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), na cidade de Belém-PA. O foco do estudo foram as redes de relações sociais construídas pelos usuários para acessarem às consultas médicas em especialidades.
Avaliação da distribuição espacial e dos aspectos epidemiológicos da sífilis congênita e da sífilis em gestantes na região do pontal do Paranapanema (2016)	Dissertação	Joyce Marinho De Souza	Avaliar a distribuição espacial da Sífilis na Gestação (SG) e Sífilis Congênita (SC) nos municípios do Pontal do Paranapanema 3) produção dos mapas temáticos em softwares de Sistema de Informação Geográfica.
O processo de regulamentação da acupuntura no brasil: um mapeamento dos discursos de atores e entidades protagonistas (2016)	Dissertação	Alan Kornin	A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares Esta pesquisa procurou analisar a constituição dos diferentes discursos envolvidos na trajetória de regulamentação da acupuntura no Brasil.

Quadro 2 - Estudos que, sob algum aspecto dialogam com esta tese de doutoramento. (continuação)

A Organização da estratégia saúde da família em Fortaleza-CE: do processo de implantação ao contexto atual. (2009)	Dissertação	Geordany Rose de Oliveira Viana	Os objetivos perseguidos foram os seguintes: avaliar as opiniões dos profissionais, usuários e conselheiros do Conselho Local de Saúde sobre a concretização do caráter integral das ações desenvolvidas pelo programa; analisar as concepções de saúde/doença dos profissionais envolvidos no PSF, dos usuários e dos conselheiros do bairro Pirambu
Programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: as concepções de qualidade no cuidado presentes na política e aquelas construídas pelos usuários (2016)	Dissertação	Erika Maria Sampaio Rocha	O estudo tem como contexto o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Objetivo geral analisar as aproximações e distanciamentos entre as concepções de qualidade presentes nos documentos oficiais do Programa e aquelas construídas por usuários.
Avaliação das pesquisas sobre acolhimento e vínculo na atenção primária de saúde: um olhar participativo (2015)	Dissertação	Tatiana Maria Ribeiro Silva	A crítica a respeito de tais pesquisas é que se inseriam no campo das avaliações normativas, excluindo os profissionais de todas as etapas do processo. O objetivo: descrever como as práticas de produção do cuidado relacionadas ao acolhimento e vínculos são produzidas no território da Atenção Primária; discutir com os diversos atores da Atenção Primária à Saúde no cotidiano dos serviços

Quadro 2 - Estudos que, sob algum aspecto dialogam com esta tese de doutoramento. (continuação)

Planejamento da atenção primária em saúde de fortaleza: constituição, (des)continuidade e resultados (2016)	Tese	Randson Soares De Souza	A Atenção Primária em Saúde (APS) precisa ser pensada estrategicamente e planejada com macroprocessos que estabeleçam ações que considere as reais necessidades e demandas da população, podendo a partir disso consumir seus atributos e funcionalidades.
Análise do processo de trabalho do NASF em três municípios da região metropolitana do recife: um olhar dos profissionais das equipes de saúde da família (2014)	Dissertação	Suenia Xavier Goncalves	Há uma discrepância entre a concepção da Atenção Básica no desenho da política nacional e sua expressão nas realidades locais. Partindo desses pressupostos, os objetivos deste estudo foram: avaliar fatores capazes de interferir limitando ou potencializando o processo de implementação da Estratégia Saúde da Família, no município de Araraquara, SP.
O agente comunitário de saúde do projeto qualis: agente institucional ou agente de comunidade (2001)	Dissertação	Joana Azevedo da Silva	O presente estudo voltou-se ao estudo e a compreensão do Agente Comunitário de Saúde, referido como elemento nuclear, premissa principal histórica e social das concepções e das práticas de saúde e por consequência do perfil dos participantes. Acesso ao serviço institucional e o comunitário.

Quadro 2 - Estudos que, sob algum aspecto dialogam com esta tese de doutoramento. (continuação)

Geografia e saúde: o lugar como premissa da atividade informacional da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (2016)	Artigo	Aldo Dantas e Raphael Curioso	O presente artigo visa chamar a atenção para a necessidade de se considerar o lugar como uma variável importante da atividade de informação em saúde na Atenção Básica do Brasil. Enquanto processo normatizado e fundamentado no centralismo do estado e acaba por minar novas possibilidades de compreender os lugares do país de uma maneira emancipatória, autônoma e que dê voz às forças ascendentes que habitam o cotidiano.
Direito à saúde e sua concretização a partir das Políticas Públicas: uma análise da política nacional de atenção básica ao diabetes mellitus elaborada e implementada no município de Santarém-PA no período de 2003 a 2010. (2015)	Tese	Lidiane Nascimento Leão	Apresenta dentre outros aspectos a dimensão jurídica da Política Nacional de Atenção Básica ao diabetes mellitus, tipo 2, no município de Santarém, Estado do Pará, no período de 2003 a 2010.

Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora mediante levantamento bibliográfico, 2017.

A partir da leitura dos textos alcançados no presente levantamento bibliográfico, foram identificados 11 estudos que, sob algum aspecto, se aproximam do objetivo de estudo da presente tese de doutoramento. No cenário geral, os trabalhos em tela que mais se aproximam da proposta desta tese de doutoramento são os que estabelecem abordagens sobre outros serviços de saúde inseridos na Atenção Primária, como: o Programa de Melhoria da Atenção (PMAQ) e o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), tal como defendido no estudo intitulado: - Avaliação da pesquisa sobre acolhimento e vínculo na atenção primária de saúde: um olhar participativo.

Nele há uma crítica a respeito das pesquisas que se inserem em sua maioria no campo das avaliações normativas, excluindo os profissionais de todas as etapas do processo. No

aspecto metodológico, esse estudo utilizou a concepção reflexiva crítica (uma constante nos estudos selecionados), para compreender e analisar as narrativas e os documentos mapeados. Os participantes foram os atores gestores técnicos e profissionais de saúde. Por ele, a autora conclui:

Percebe-se a necessidade de uma melhoria na articulação entre os técnicos e profissionais da APS com as instituições acadêmicas, no sentido de envolver os diversos atores sociais das pesquisas e desse modo utilizar os resultados dessas no cotidiano dos serviços (SILVA, 2015, p. 9).

Concomitantemente, os estudos abordam, à semelhança do presente estudo sobre a concepção da Atenção Básica, integrada no desenho da política nacional e sua expressão nas realidades locais. Esta é uma das lacunas que almejamos compreender. Outra abordagem que se aproxima é o protagonismo dos usuários, profissionais e gestores. Quem são esses profissionais? Afirmo o estudo intitulado:- Análise do processo de trabalho do NASF, em três municípios da região metropolitana do Recife: Um Olhar dos Profissionais das Equipes de Saúde da Família. Santos (2012 p.8) elabora uma reflexão sobre as aproximações e distanciamentos entre o prescrito e o real: “Faz-se importante avaliar o processo de trabalho desse grupo de profissionais, analisando a diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho real”.

Nesse contexto, da Política Nacional de Atenção Básica em saúde (PNAB) sob a perspectiva da Estratégia Saúde Família (ESF), pretende-se ocupar justamente dos discursos dos protagonistas, mas em trabalho de campo, o que difere do processo de regulamentação da acupuntura no Brasil: um mapeamento dos discursos de atores e entidades protagonistas, concebido em revisão da literatura. Outras aproximações foram percebidas no estudo de Souza et al. (2016), que realizou uma produção dos mapas temáticos em softwares de sistema de informação geográfica. Esta produção dos mapas é um dos objetivos específicos deste estudo, para se ter um cenário território espacial da Estratégias de Saúde da Família de Arapixuna. As propostas metodológicas de análise em grande parte se assemelham, a partir de uma aproximação com a análise de conteúdo para o construto dos participantes, numa perspectiva crítica e reflexiva, conforme a proposta operativa de Minayo (2007).

No que concerne ao instrumento para a coleta de dados, a princípio se pensou em utilizar o questionário PCATool, mas devido à extensão do formulário e às limitações da utilização do mesmo, apontadas no estudo Hauser (2016) sobre o instrumento PCATool, então coube repensar os instrumentos de coletas de dados para desdobramento do presente estudo a partir da construção de um roteiro de entrevista semiestruturado, com questões abertas e fechadas contendo atributos sociais e referentes aos objetivos do estudo.

3.1.1 Discussão sobre a produção acadêmica

Em relação ao objetivo proposto nesta revisão da literatura, percebeu-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) está cada vez mais sendo potencial objeto de muitos estudos, e isso nos remete à relevância da ampliação desse modelo de prestação de serviços no Brasil. Tornou-se temática de estudos em todas as regiões brasileiras, com destaque para grande quantidade de publicações científicas oriundas dos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio grande do Sul e Bahia. Foi possível vislumbrar os centros de pesquisa e instituições que apoiam a divulgação de textos com a referida temática, com aplicação dos filtros.

Outrossim, há um grande número de publicações sobre Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. A atenção primária à saúde (APS) e o Programa de Estratégia Saúde da Família (ESF) atualmente vem sendo temas de expressiva visibilidade no cenário científico, sendo objeto de estudo com interesse crescente, conforme inscrito em texto publicado pelo Observatório de Análise Política em Saúde:

A atenção primária à saúde (APS) é crescente de interesse e prioridade das políticas públicas nas últimas décadas no Brasil e no mundo. Em diversos movimentos de reforma dos sistemas de saúde, atribui-se à APS um papel central na mudança dos modelos de atenção e das práticas sanitárias, enfatizando, especialmente, esse nível de atenção como locus privilegiado para a implementação de ações de promoção da saúde e de articulação Intersetorial. Este eixo incorpora projetos de pesquisa com diferentes recortes e abordagens metodológicas sobre o processo de formulação e implementação das políticas de APS e promoção da saúde no Brasil, especialmente, estudos sobre a sócio-gênese e de definição da agenda governamental dessas políticas, análise de implantação no âmbito municipal, análise do processo de trabalho em saúde, ações intersetoriais no âmbito da APS e controle social.

A região Sudeste se destaca no cenário nacional com uma expressiva quantidade de publicações sobre a atenção primária à saúde. Pela análise levantada ganham destaque a Universidade de São Paulo, a Universidade de Minas Gerais, a Fundação Oswaldo Cruz, a Universidade Federal de São Carlos, a Universidade Federal São João Del Rei- MG.

O que corrobora com os dados apresentados por Sidone, Haddad e Mena-Chalco (2016) em seu estudo sobre a ciência nas regiões brasileiras. Segundo esses autores, a geografia da produção e colaboração científica no país apresenta uma heterogeneidade espacial, com clara concentração sistemática da produção nas regiões sudeste e sul, principalmente nos estados que são sede das universidades públicas mais consolidadas nacionalmente, como Rio de Janeiro e São Paulo.

Em seu levantamento, realizado nos anos de 2007 a 2009, Sidone, Haddad e Mena-Chalco (2016) revelaram que 63,2% da pesquisa na área da saúde era realizada na região Sudeste, 19,3% na região sul, 12,1% na região nordeste, 3,9% na região centro-oeste e apenas 1,4% na região norte. Desses anos até a atualidade, apesar de ainda haver concentração no sudeste, há uma tendência de descentralização da ciência no país, fato este demonstrado no relevante destaque da região nordeste no presente estudo.

A região norte apresentou o menor número de publicações sobre a abordagem Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família. Vale ressaltar que na Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) foi encontrada uma dissertação de mestrado intitulada monitoramento do teor de cumarina em *Mikania laevigata* Schultz Bip. ex Baker (Asteraceae) cultivada na Amazônia (NEVES, 2012).

O estudo apresenta a atenção primária como palavra-chave, e abordagem em fitoterápicos tendo como objetivo avaliar o desenvolvimento de *M. laevigata* com base na produtividade da cultura (biomassa de folhas) e teor de cumarina (1,2 benzopirona), reunindo informações a respeito do cultivo dessa espécie na Amazônia de forma a ser usada na atenção primária no posto de saúde da Vila de Alter-do-Chão, Santarém-PA. Mostrando assim, abordagem distinta do presente estudo e uma possível lacuna em relação ao tema em outra vertente no cenário de produção bibliográfica Amazônida. Outrossim, reforça a importância da fitoterapia na região, visto que a medicina popular e o uso de plantas medicinais foram categorias que emergiram no presente estudo.

Importante destacar que grande parte de estudos nacionais encontrados neste levantamento, porém não selecionados, apresentam em seus textos subsídios importantes sobre a temática Atenção Primária à Saúde. No entanto, a partir do recorte em programa de Saúde pública Estratégia Saúde da Família, estes não sinalizavam proposição de diálogo com a proposta de estudo aqui formulada.

Outro fator a ser destacado ainda é que, no decorrer da disciplina desigualdades sociais e reenquadramentos institucionais, foi estimulado compreender e olhar o texto analisando também suas próprias referências bibliográficas. A partir disso, é possível perceber como os objetos de estudo e seus escopos variam conforme os eventos que permeiam a sociedade. À guisa, fazendo esse exercício, foi possível perceber que os estudos atuais também nos revelam cenários anteriores. Esse exercício proporcionou reflexões sobre o quanto somos frutos do meio, da sociedade e contextos sociais vivenciados.

Assim, a partir desse exercício, foi possível mapear os estudos nacionais realizados sobre Atenção Primária em Saúde no início do ano 2000, bem como demonstrar que esses se

ocuparam especialmente sobre estudos quanto à implantação, aspectos estruturais e financeiros do programa Saúde da Família, o que pode ser atribuído ao ano de implantação do Programa Saúde da Família, em 1994.

Diante dos dados alcançados nessa revisão, é notória uma grande variedade de temas sobre Atenção Básica à Saúde, como Programas de Monitoramento e Atenção a Qualidade (PMAQ), Programa Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). A revisão também apontou a inclusão de um tema que tem sido destaque recentemente, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)¹¹.

O que mais vem sendo discutido nesse levantamento, com os filtros utilizados, são a própria atenção primária em Saúde, com maior abordagem na Estratégia Saúde da Família, acolhimento, no modelo de ESF a ênfase é na avaliação, acolhimento dos serviços, doenças crônicas como diabetes, processo de trabalho de enfermagem e agente comunitário de Saúde.

O estudo de Rezende (2010, p. 22) nos reafirma uma possível lacuna: “Percebe-se a necessidade de extrapolar a forma clássica de avaliação dos serviços caracterizada pelos indicadores de perfil epidemiológico e número de atendimentos, entre outros”.

Nesse contexto, o estudo apresentado sobre a Atenção Primária em Saúde (APS), com recorte em Saúde da Família, no período de 1998 a 2004 pelo Ministério da Saúde, em 2006, aponta resultados voltados a indicadores para a atenção básica e nos apresenta melhorias no cenário da saúde pública com a evolução de oito indicadores de saúde. Portanto, tem sido positivo e de igual importância estudar APS (BRASIL, 2006).

Outrossim, a partir das palavras chaves e resumos, conclui-se também que os estudos alcançados se ocuparam igualmente de abordagens sobre o vínculo e sua relação com a resolutividade; a satisfação dos usuários com utilização de instrumentos validados como o instrumento utilizado para avaliação do serviço, denominado instrumento de avaliação da atenção primária, em inglês *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*. O Ministério da Saúde (2007 p.28) também nos aponta abordagens que precisam ser trabalhadas na academia:

A Atenção Primária à Saúde, apresenta pouco enfoque na valorização política e social do espaço e o da valorização política e social do espaço da Atenção Primária em Saúde junto a gestores, academia, trabalhadores, população, mídia e todos os segmentos que, de uma maneira ou de outra, influem na definição dos rumos do país. Também é importante que o Brasil avance na construção desse campo de conhecimento e de prática, ainda pouco explorado pela academia brasileira, deixando ao largo preconceitos e idéias pré-formatadas, ainda não superadas, dos pacotes assistenciais dos anos 1980 e 1990.

¹¹ Práticas integrativas e complementares em saúde (PICS)- são conjuntos de saberes, práticas e produtos agrupadas por características comuns de não serem pertencentes à finalidade dos saberes/práticas consagrados na medicina convencional

Contudo, a partir dos filtros utilizados, percebeu-se que a literatura científica regional alcançada ainda é restrita à produção de conhecimento sobre a atenção primária à saúde. Somado a isso, percebe-se que há uma ocupação maior com temáticas com ênfase na doença e não na saúde.

Importante destacar que as produções foram oriundas de 26 diferentes instituições, dentre as quais, vinte e uma (21) são de natureza administrativa pública e cinco (05) privadas. Quando utilizado de forma isolada, o descritor atenção primária, saúde da família, os programas de pós-graduação que mais abraçam o tema são: Saúde Pública, Saúde coletiva, saúde da Família, Ciências da Saúde e Epidemiologia. Ganham destaque a Universidade Federal da Bahia, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães / FIOCRUZ, Universidade de São Paulo e Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Diante desta revisão bibliográfica, percebe-se ainda que mais relevante nesse caminho da atenção primária em Saúde é apreciar uma opinião que procure nos revelar os atores sociais e objetos de ação, de modo a compreender as práticas articuladas e integradas de acordo com as especificidades locais.

Acredita-se ser indispensável ir além da configuração e percepção do modelo de saúde pelos indicadores clínicos epidemiológicos, qualidade, saúde pública. Nesse sentido, busca-se os atores envolvidos nesse percurso, em especial o Agente Comunitário de Saúde, e dessa forma, compreender o modelo de ESF proposto pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), segundo posto em marcos regulatórios, mas como as pessoas o enxergam em termos locais.

Dessa forma, a partir dos objetivos específicos expostos anteriormente, torna-se importante contemplar uma busca processual do contexto dos quadros institucionais, e das questões técnico-científicas referente a trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2 Sistema Único de Saúde (SUS): Atenção Primária à Saúde: Abordagens Conceituais e históricas

O SUS é uma política pública oficializada na Constituição Federal em vigor. Trata-se de um investimento que abarca as esferas Federal, Estadual, Municipal. É produto de uma conquista popular com vistas à superação de problemas heterogêneos. Para os brasileiros, a promulgação da Constituição de 1988 compreende uma vitória popular, pois o serviço de saúde estava reservado a direito individual dos trabalhadores formais, correspondendo ao reconhecimento pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS).

Antes da criação do SUS¹⁴ quem tinha direito aos serviços de saúde era uma parcela da população que contribuía com impostos para previdência. Só tinha direito ao serviço de saúde o trabalhador que tivesse carteira assinada, vínculo empregatício formalmente constituído. Percebe-se avanços institucionais significativos, mas, por outro lado, o SUS sempre sofreu e continua sofrendo barreiras para sua implantação e implementação. Tais questões podem ser acompanhadas e refletidas no filme¹²: Políticas de saúde no Brasil: Um século de luta pelo direito à saúde.

A partir de 1970, em virtude da trajetória de luta democrática do movimento popular, um novo modelo de prestação de serviços de saúde culminou nos anos 1980. Ele se consolidou na Constituição Federal de 1988, segundo a Lei Orgânica da Saúde de 1990 e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS teve sua origem quando a assistência médica privada biologicista (com foco na doença) começou a apresentar considerável colapso. A partir de 1970, pela ação dos movimentos populares projetou-se em 1980 a Reforma Sanitária, proposição de novo modelo de serviços de saúde, consolidada na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990 e na regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), o mais potente da sociedade civil, com legitimidade para conseguir a aprovação do direito universal à saúde na Constituição de 1988 e seguir aprovando medidas no sentido da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), enfrenta nas últimas décadas novas estratégias, com arranjos sutis e espúrios na relação público-privado, que ameaçam a consolidação do que pode vir a ser a sua maior conquista: a democratização da saúde (PAIM, 2008, 2012 p.2).

Decorridos 30 anos do SUS, se o compararmos ao ciclo vital do ser humano, este seria um adulto jovem. Até mesmo os mais experientes ciclos de vida aprendem todos os dias. Ainda hoje, em espaços do cotidiano dos usuários ou dos profissionais, ainda nos deparamos com frases como: Eu nunca utilizei o SUS, eu tenho plano de saúde! Ledo engano, todos nós utilizamos o SUS seja de forma direta ou indireta.

O SUS está nas universidades pela formação de profissionais de saúde; está na padaria, pois para funcionamento dela, há necessidade de inspeção da vigilância sanitária, que é papel do SUS; no salão de beleza, pelo controle da qualidade dos cosméticos; nas farmácias, entre outros. Enfim, todos utilizamos o SUS, razão para se levantar uma preocupação: - em parte a

¹² Para complementar informação sobre esse processo histórico recomendo o documentário: Políticas de saúde no Brasil: Um século de luta pelo direito à saúde" que retrata bem essa proposta. Disponível no vídeo a seguir: <https://www.youtube.com/watch?v=reqS4o2Dom8>

população, o espaço acadêmico, os trabalhadores da saúde desconhecem a importância do SUS, no qual estão inseridos.

Como defender algo que não se conhece? O que se conhece muitas vezes são as experiências desastrosas. Mas, sobre as experiências exitosas, pouco se fala a respeito. É fato que temos um sistema fragilizado. O que se assiste sendo fortalecido na mídia é o sistema de doença e não um sistema de saúde. Pensando a partir de uma perspectiva mercantilista, percebe-se que o sistema de saúde não é lucrativo e nem visa à qualidade de vida como um direito. Ao contrário, ele aparece como um sistema de doença é altamente lucrativo, pressupondo a qualidade de vida como mercadoria a ser comprada.

O SUS está pautado nesta determinação, atuando como responsável pela saúde de mais de 140 milhões de brasileiros. O Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes a possuir um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito. O sistema opera nos três níveis de atenção à saúde: atenção básica, média e alta complexidade, destacando-se serviços de prevenção e promoção da saúde e compondo o primeiro nível do processo curativo (MEDEIROS, 2011; BRASIL, 2012).

É importante para a sobrevivência da política pública, em termos democráticos, que ela responda, que não se consolide em critérios políticos ou partidários nas nomeações. Para isso ocorrer, podemos afirmar que o SUS deve sintonizar os governos, federal, estadual e municipal. Ademais, a universidade em sua matriz curricular deve estar intrinsecamente ligada a essas práticas desempenhadas por órgão estatais.

Contudo, em parte se percebe avanços quando se têm diretrizes curriculares que norteiam os cursos superiores com vistas a formar profissionais de saúde voltados para atender às demandas e necessidades do SUS. Estes cursos são capazes de transformar realidades, em especial na região norte do país, onde se destaca o menor quantitativo de médicos por número de habitantes. No Brasil não há uma distribuição homogênea desses profissionais.

Esta realidade acarreta inúmeros problemas, inclusive para ampliar o programa da Estratégia Saúde da Família pois, para habilitação dessa equipe, torna-se indispensável a composição mínima de profissionais. Todavia, na região, é escassa a oferta de profissionais médicos. E sem o médico, não há como ampliar o Programa Saúde da Família. Essas dificuldades acabam sendo um gargalo para implantação e expansão dessa estratégia de fortalecimento da Atenção Primária à saúde. Além disso, ainda devido às vagas disponíveis estarem em comunidades rurais.

A atenção primária à saúde é um sistema de prestação de serviços socialmente determinado. Embora tanto que incide em certos grupos sociais, assim como as condições para

enfrentá-lo também são distintas, incluindo o acesso e a resolutividade dos serviços de saúde. Por tais amplitudes, estabeleceu-se que a atenção primária à saúde seria a principal estratégia de atuação para melhorar a qualidade de vida da população (CAMPOS, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é consequência de um longo processo histórico de materialização do SUS, marcado por lutas e participação de movimentos sociais, usuários do serviço, profissionais de saúde e gestores, conforme marcos regulatórios apresentados no quadro 03 a seguir.

Quadro 3 - Portarias referentes a Política Nacional de Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família (2006 a 2017).

Portarias	Objetivos
Portaria N° 650/GM, de 28 de março de 2006	Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.
Portaria N°822/GM de 17 de abril de 2006	Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica
Portaria N°750/GM de 10 de outubro de 2006	Normas de cadastramento das equipes da Estratégia de Saúde da Família, nos tipos: Equipe de Saúde da Família - ESF, Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal - ESFSB e Equipe de Agentes Comunitários de Saúde - ACS, no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES
Portaria N°2.527/GM de 19 de outubro de 2006	Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família.
Portaria N°1696/GM de 17 de julho de 2007	Atualiza os valores do Piso da Atenção Básica - (PAB) para Municípios e o Distrito Federal para o ano de 2006, constante da Resolução nº 2, de 28 de agosto de 2006, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acrescida do quantitativo de população assentada entre os anos 2000 e 2005.
Portaria N° 90/GM, de 17 de janeiro de 2008	Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família.

Quadro 3 - Portarias referentes a Política Nacional de Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família (2006 a 2017) (continuação).

Portaria Nº 2.489, de 21 de outubro de 2008	Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.
Portaria Nº 154, de 15 de maio de 2009	Inclui na tabela de Tipo de Equipes do SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, os tipos de equipes EACSSB_M1 e EACSSB_M2.
Portaria Nº 2.372/GM de 7 de outubro de 2009	Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família
Portaria Nº 3.170/GM, de 19 de outubro de 2010	Atualiza a base populacional utilizada para o cálculo do montante de recursos do Piso de Atenção Básica - PAB, a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB.
Portaria Nº 1.599/GM, de 9 de julho de 2011	Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.
Portaria Nº 1.602/GM, de 9 de julho de 2011	Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB.
Portaria Nº 576/SAS, de 19 de setembro de 2011	Estabelecer novas regras para a carga horária semanal dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgião-dentista; e normas para o cadastramento, no SCNES, das Equipes de Atenção Básica que farão parte do PMAQ.
Portaria Nº 2.488/GM, 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).
Portaria Nº 2.490/GM, de 21 de outubro de 2011	Define os valores de financiamento das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.
Portaria Nº 703/SAS, de 21 de outubro de 2011	Estabelece normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das novas equipes que farão parte da Estratégia de Saúde da Família.
Portaria Nº 978/GM, de 16 de maio de 2012	Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

Quadro 3 - Portarias referentes a Política Nacional de Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família (2006 a 2017). (continuação).

Portaria Nº 3.022/GM, de 26 de dezembro de 2012	Define os recursos financeiros destinados à aquisição de equipamentos odontológicos para os Municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.
Portaria Nº 3.012/GM, de 26 de dezembro de 2012	Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
Portaria Nº 17/SAS, de 15 de janeiro de 2013	Inclui na Tabela de Tipo de Equipes do SCNES, Equipes de Saúde Bucal e fica redefinida a composição das equipes que agregam profissionais de saúde bucal e a composição mínima de profissionais para o serviço especializado de Estratégia de Saúde de Família.
Portaria Nº 1.301/GM, de 28 de junho de 2013	Define os recursos financeiros destinados à aquisição de equipamentos odontológicos para os Municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.
Portaria Nº 2.355, de 10 de outubro de 2013	Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família.
Portaria Nº 843, de 27 de abril de 2016	Define os recursos financeiros destinados a aquisição de equipamentos odontológicos para os Municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.
Portaria nº 411, de 10 de fevereiro de 2017.	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes ao número de Equipes de Saúde da Família e Ribeirinhas, Equipes de Saúde Bucal e de Agentes Comunitários de Saúde
Portaria nº 443, de 13 de fevereiro de 2017.	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes ao número de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal nos municípios com ausência de alimentação do SISAB
Portaria nº 1.739, de 12 de julho de 2017	Credencia Municípios a receberem incentivos financeiros referentes às Equipes de Saúde Bucal (ESB).
Portaria nº 3.018, de 13 de novembro de 2017	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes ao número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família(ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Equipes de Consultório na Rua (ECR), nos Municípios com ausência de alimentação do SISAB.
Portaria nº 3.163, de 23 de novembro de 2017	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes ao número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família(ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Equipes de Consultório na Rua (ECR), nos Municípios com ausência de alimentação do SISAB.

Quadro 3 - Portarias referentes a Política Nacional de Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família (2006 a 2017). (continuação)

Portaria nº 3.173, de 23 de novembro de 2017	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes ao número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Equipes de Consultório na Rua (ECR), nos municípios com ausência de alimentação do SISAB.
Portaria nº 3.389, de 12 de dezembro de 2017	Dispõe sobre a aplicação de recursos de programação aprovados pela Lei 13.528, de 29 de novembro de 2017 para transferência fundo a fundo destinada à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para qualificação do atendimento em saúde bucal.
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).

Fonte: Dados obtidos pela autora mediante pesquisa documental no site do MS, 2018

A PNAB estabelece que a população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) seja de 2.000 a 3.500 pessoas. Tendo por número máximo de 750 pessoas por Agente Comunitário de Saúde (ACS). A portaria vigente também contemplou como equipe mínima, a seguinte composição:

As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. “Poderão agregar” outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias (BRASIL 2017 p 11).

Acredita-se que o trecho anterior [...] “Poderão agregar” abre possibilidades ao gestor local de não contratar mais o ACS e sim o profissional com formação técnica em enfermagem. A alternativa paulatinamente pode se refletir na substituição dos agentes comunitários por técnicos em enfermagem, assim compondo equipes mínimas inteiras que se habilitam como ESF. Nessa perspectiva, a publicação da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde – PNAB (BRASIL, 2017) representa uma grande inovação, mas também uma grande preocupação. Sobre isso, Fausto et al (p. 05, 2019) trazem a seguinte reflexão a respeito: “Ainda não estão claras quais serão as repercussões dessas medidas no cenário brasileiro. No entanto, é possível identificar riscos que podem levar ao aprofundamento das desigualdades de acesso na APS e consequentemente no SUS”. Foram acrescentadas à atual portaria, novas atribuições que até então eram de competência do técnico em enfermagem. Seguem abaixo descritas (BRASIL, 2017, p. 12):

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é profissional indispensável da ESF. Estabelece vínculo íntimo com a comunidade e assume a ligação dos serviços de saúde com a população. Por fazer parte da comunidade em que trabalha, conhece melhor as necessidades da população, afinal compartilha um mesmo contexto social, cultural e linguístico. Desta forma, está apto para melhor expressar a luta pelos direitos dos comunitários (PUPIN; CARDOSO, 2008).

Ressalta-se que a inovação apresentada pela PNAB trouxe abordagens e conceitos renovados, que acrescentaram informações atreladas ao desempenho desejado da APS, bem como condições de elaboração da classificação das Redes de Atenção dos Serviços de Saúde. Assim, podemos destacar o valor implícito na assertiva de uma APS com vista ao acolhimento, resolutividade e gestão da assistência à saúde da população.

No Brasil, a Atenção Primária em Saúde (APS) é realizada com foco na descentralização¹³ dos serviços de saúde, visando maior proximidade com os indivíduos residentes em comunidades. Não sem razão, esta unidade social e residencial é considerada a principal porta de entrada, e em conclusão, meio seguro para ofertar o serviço em proximidade à moradia do usuário.

Por esse pressuposto, os profissionais de saúde favorecem o acesso aos serviços, além de funcionar como o centro de comunicação da rede de atenção à saúde. Enfim, desempenham importante papel em resolutividade e coordenação (ANDRADE, 2013; CAMPOS, 2014).

¹³ O termo descentralização utilizado neste texto, compreende um processo de transferência de responsabilidades e recursos financeiros entre a gestão em estados e municípios, assim, com atribuições específicas a cada ente federado.

Nesse sentido, torna-se importante que a APS seja norteadas pelos mesmos princípios doutrinários da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da garantia de seguimento do cuidado, da integralidade da atenção, da corresponsabilização da humanização, da equidade e da participação e controle social (BRASIL, 2012).

Assim entende-se que o SUS foi proposto para todos, mas principalmente para os que mais precisam dele. E os profissionais da atenção básica, agentes fundamentais do SUS, do usuário no referido sistema, ofertando o serviço próximo à sua moradia. Favorecendo o acesso aos serviços, funciona como o centro de comunicação da rede de atenção à saúde, desempenhando seu papel de resolutividade e coordenação (ANDRADE, 2013; CAMPOS, 2014). Pelas considerações aventadas, formulei perguntas sobre o objeto de estudo, inclusive considerações ouvidas ao longo da pesquisa por profissionais da saúde, acadêmicos, usuários e familiares, frases prontas como:- “O SUS é lindo na teoria, mas na prática, não funciona”.

O que pode refletir o descrédito para com o modelo de saúde vigente, por parte dos profissionais e usuários do SUS, vale destacar que em Arapixuna, em nenhum momento ouvi a referida frase, o que não quer dizer que não possa haver descontentamento, mas há um reconhecimento na importância do SUS.

Ao utilizar-me a expressão modelos de atenção, adoto o pressuposto defendido por Paim (2009), que recusa o entendimento de modelo como exemplar, porém o concebe como práticas de saúde, estabelecidas e orientadas para atividades de tecnologias de trabalho em condições concretas.

Isto quer dizer que, ao analisarmos uma política de saúde ou de educação, por exemplo, não faz sentido não levar em conta como pensam, agem e lutam aqueles que, mesmo ocupando as posições mais subordinadas nas decisões sobre o desenho da política investigadas, são mais centralmente atingidos por suas ações ou suas omissões (ALGEBAILLE, 2014, p. 193).

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que visa à promoção, manutenção e proteção da saúde; à prevenção de agravos; ao diagnóstico e tratamento; à reabilitação e à redução de danos, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que tenha impacto na situação de saúde e nos determinantes de saúde das coletividades. É também designada de forma similar por Atenção Básica em Saúde, é compreendida pela junção de ações de saúde, realizadas de forma singular e coletiva, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária, com a finalidade de ampliar uma atenção integral, valorizando o protagonismo dos sujeitos e os determinantes e condicionantes de saúde (MOROSINI et al, 2007).

A declaração de Alma ata é a grande colaboradora das conquistas que temos e o documento precursor para a construção do SUS que adotamos e defendemos, mesmo ainda não sendo o SUS que gostaríamos de ter. Demandava que, para a obtenção da grande meta Saúde para todos no ano 2000¹⁴, tornava-se indispensável o elo de desenvolvimento econômico e social dos países, assim como de políticas públicas e atividades governamentais intersetoriais; e não somente a saúde de forma isolada. Além disso, que a participação da sociedade nas decisões de saúde se tornasse uma realidade. Estabeleceu que a atenção primária à saúde seria a principal estratégia de atuação para melhorar a qualidade de vida da população (CAMPOS, 2012).

Outrossim, na Declaração dos Direitos humanos, a saúde é colocada como direito universal e fundamental, sendo, também, assegurada pelo artigo 196 da Constituição Federal¹⁵. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, dirigidas a reduzir o risco de doença e de outros agravos, assim como, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p.118).

De acordo com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), em seu artigo 6º, todos temos direito à educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, dentre outros. Mas para que de fato esses direitos constitucionais sejam efetivados, torna-se indispensável a garantia de acesso e, por conseguinte, a resolutividade aos usuários do serviço.

Entretanto, na sua dimensão real, o que se tem em muitas situações é a negação desses direitos, seja por sucateamento das estruturas físicas de unidades ou hospitais, falta de vagas para consulta, número insuficiente de leitos em hospitais, falta de recursos financeiros, de medicamentos e de profissionais (SOUZA, 2014; AGUIAR, 2015).

Por vezes as condições de acesso se tornam uma barreira aos que buscam esses direitos, em especial o direito à saúde. Todavia, as modalidades da APS são as garantias de acesso da população ao serviço de saúde, sendo dever desta unidade ser acolhedora e resolutiva na gestão e coordenação do cuidado (TANAKA, 2011; BRASIL, 2012).

Portanto, a partir dessas premissas, a saúde tornou-se um bem social. A Organização Mundial de Saúde adota o *slogan* "Saúde para todos", entendido como um nível de saúde que permita à pessoa viver de maneira social e economicamente produtiva. A saúde aparece então

¹⁴ Construída na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma Ata na República do Cazaquistão (Ex-república socialista soviética), em setembro de 1978, e direcionada a todos os governos e povos do mundo, enfatizando a importância da promoção de saúde. Recomendo, ver Baum (2007).

¹⁵ Vide artigos 196 a 200 da Constituição, que tratam dos direitos à saúde, bem como trata das Disposições Constitucionais Transitórias, que assegura a saúde.

como uma conquista, um direito social, universal e constitucional do ser humano, garantido mediante a Declaração Universal dos Direitos Humanos e pela Constituição Federal de 1988. Na prática, é um direito adquirido a partir de políticas públicas sociais e econômicas, programas, projetos e ações, dentre outros, com vistas a reduzir as desigualdades e fortalecer a cidadania e a democracia (BRASIL, 2004).

Somada a isso, a atenção primária em saúde apresenta grande relevância para as redes intersetoriais de saúde, uma vez que se apresentam associadas ao dia-a-dia do indivíduo e de sua coletividade em seus territórios, assim aproximando o cuidado aos usuários de maneira mais rápida e efetiva (BRASIL, 2013 a).

Brasil (2008, p. 67) nos apresenta o conceito de Redes de atenção em saúde:

Modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (entre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intraequipes de saúde, intequipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes.

Torna-se, portanto, importante elencar as principais atribuições da (APS):- 1) conhecer e coordenar a base territorial local sob sua responsabilidade sanitária; 2) exercer o papel de fonte reguladora de cuidado dessa população em foco; 3) gerenciar o sistema de informação para o registro; 4) administrar e/ou criar estratégia e mecanismos de integração e comunicação com outros profissionais e com outros pontos da rede; 5) coordenar a atenção; 6) ordenar a rede a partir das necessidades dos usuários; e 7) ser resolutiva (80%), segundo (MENDONÇA, 2010; STARFIELD, 2002).

No Brasil, a atenção básica é uma rede articulada, descentralizada, inserida no cotidiano da comunidade, o mais próximo possível da realidade local vivenciada pelos usuários (BRASIL, 2012). Por isso mesmo a atenção básica é definida como um conjunto articulado de ações de caráter coletivo e individual, desenvolvido em uma área restrita; estruturado por métodos gerenciais ou sanitários; desempenhado por uma equipe multiprofissional de forma democrática, participativa; e financiado de forma tripartite, pelas três esferas de governo (CUBAS, 2011; MENDES, 2014; DAVID, 2015).

Andrade (2013) acrescenta, argumentando na mesma perspectiva, que a APS tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico precoce, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe a remodelagem da APS, em concordância com os preceitos do Sistema

Único de Saúde. É notório que a sociedade brasileira tem apresentado modificações consolidadas nos serviços públicos de saúde, como é o caso do fortalecimento das modalidades dos serviços de saúde na APS, dentre elas está a Estratégia de Saúde da Família.

3.2.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é direcionada à família num determinado território social adscrito. E propõe-se à modificação na disposição das atividades, que precisam ser estabelecidas e sustentadas nas tarefas em equipe multiprofissional, tendendo a métodos resolutivos e completos, adotando como linha condutora a vigilância em saúde. Assim, a ESF é concebida para a recondução da lógica assistencial, a qual necessita ir além de estratégias direcionadas ao individual, dirigindo-se, para a utilização da epidemiologia às atuações coletivas (SANTOS, 2006; SANTOS, et al 2007).

A ESF é a materialização da APS na comunidade. Também é a principal forma de atuação profissional neste nível de saúde. A implantação dessa modalidade de serviço gerou, por esses termos, uma expansão da área de abrangência da atenção básica no país, expandindo os vínculos dos profissionais com a população, isto é, o envolvimento destes no cotidiano da comunidade. Tanto é assim que a atuação, através de ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde, mostra que a efetividade da atenção primária tem impacto positivo nos indicadores de saúde de determinada localidade (TANAKA, 2011, CAMPOS, 2014).

Assim, a ESF se referencia pela reordenação da APS no Brasil, como estratégia de ampliação, qualificação e concretização, de forma a redirecionar e ampliar a resolutividade da situação de saúde e, somado a isto, favorecer uma considerável relação custo-efetividade (NASCIMENTO, 2005). Sob essa perspectiva, foram implantados inúmeros programas, dentre os quais o Programa de Saúde da Família (PSF), instituído em 1994, com vistas a responder às necessidades básicas de saúde, com ênfase na promoção e prevenção da saúde (SILVA, 2001).

A expansão da ESF está diretamente associada à diminuição da mortalidade infantil e de hospitalizações evitáveis por ações neste nível de atenção à saúde (COSTA, 2013). Essa conclusão é apresentada em vários estudos que visam identificar a efetividade da ESF e que avaliam indicadores de saúde passíveis de alterações por intervenções na atenção primária. Por sua vez, estes mostram que quanto maior a efetividade na atenção primária, melhores são os índices de avaliação (PEREIRA, 2012).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi instituído a partir das diretrizes do SUS como uma proposta para reorganizar o modelo assistencial vigente no país, inicialmente implantado para atender a populações desassistidas. Mas, tinha por objetivo superar as desigualdades no acesso e estabelecer a equidade no sistema. A partir de 1997, com a reorganização da atenção primária no país, este programa foi alçado à condição de estratégia. E a partir de 2006, através da Portaria nº 648/06, foi denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (ROSENSTOCK, 2010; SILVA, 2013; SILVA, 2014). Nessa perspectiva, Gomes (2014, p. 127) oferece os seguintes esclarecimentos sobre a constituição de programas, ações e políticas públicas:

As ações e programas instituídos como políticas públicas revelam através de incursões em espaços geográficos/território diferentes, como as ações de intervenção pública e social planejadas interferem na vida de indivíduos controlando suas condutas e imprimindo novas racionalidades.

Portanto, a construção e reconstrução em políticas públicas precisam ser refletidas a partir de necessidades locais, que decorrem do território adscrito (KOGA; NAKANO, 2006). Não sem razão, compreender o território está em grande parte associada a questões de evidências sociais que constituem as ações cotidianas, bem como a forma em que se processa a influência mútua dos profissionais e serviços de saúde ofertados no âmbito local e cogestão. Esse território, além de se mostrar adscrito, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, manifesta ainda constante construção e reconstrução (MENDES, 1993).

Segundo Santos (1999), o entendimento sobre o conteúdo do território do cotidiano pode favorecer à maior compreensão do sistema, seguindo a lógica da objetivação no cotidiano. Contribui, por conseguinte, para realização das ações sociais, apontando direcionamento distinto das atividades que podem trazer ou não, riscos/vulnerabilidades geoepidemiológicas.

O território é considerado estratégia inicial das ações de vigilância em saúde, porque incide sobre relações entre relações entre qualidades de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA et al, 2001). Tudo isso sem desconsiderar que o processo de adoecimento tem base nos determinantes sociais (DSS) da articulação saúde-doença, aceitando o pressuposto de que tudo na vida em sociedade é relativamente determinado pelo grau de desenvolvimento alcançado pela sociedade, que, de igual maneira, é determinado socialmente (ALBUQUERQUE et al 2014). Na mesma perspectiva, advoga Santos (2008, p.230):

Entre essas duas situações extremas, instalam-se situações intermediárias entre a universalidade e a individualidade. O universal é o Mundo como Norma, uma situação não-espacial, mas que cria e recria espaços locais; o particular é dado pelo país, isto é, o território normado; e o individual é o lugar, o território como norma. A situação intermediária entre o Mundo e o país é dada pelas regiões supranacionais, e a situação intermediária entre o país e o lugar são as regiões infranacionais, subespaços legais ou históricos. Em todos os casos há combinações diferentes de normas e formas. No caso do Mundo, a forma é sobretudo norma, no caso do Lugar a norma é sobretudo forma.

E vem sendo amplamente utilizada por inúmeros países desenvolvidos ou em desenvolvimento e não somente nos Estados Unidos e Europa, onde o termo nasceu. De acordo com Martín (1999), o desenvolvimento local é realizado pelas pessoas, com vistas a demonstrar suas identidades locais. Não pode ser reconhecido como uma ação para reduzir as problemáticas sociais, até mesmo porque leva em conta, assim, a própria pessoa como usuário e beneficiário das ações. Estes precisam ser ativos e não somente beneficiados pelo desenvolvimento. Participação é fundamental, dela dependendo a responsabilidade social, que interfere na delimitação de anseios por melhores condições de saúde, emergidas do protagonismo de cada pessoa em articulações coletivas.

De Castilho (2008) afirma que o espaço geográfico/território é pura abstração, visto que as interações em sociedade advêm de um lugar social. Assim, o território estabelece uma importância social ou uma grandeza à própria sociedade. Por isso mesmo, o território vem sendo amplamente utilizado nas atividades e alicerçadas em normativas públicas no âmbito do SUS, à guisa o programa de Estratégia Saúde da Família.

Gomes e colaboradores (2014) apontam que a esse respeito, nos convidam a refletir sobre o tema políticas públicas, enfatizando a gênese de agentes sociais capazes de contribuir na formulação e reformulação de um sistema de ideias que emergem da capilaridade das ações e serviços. Afirmando-nos então, o quanto os programas e as políticas públicas estão inseridos no nosso dia-a-dia, em nossas particularidades; e o quanto sofremos direta ou indiretamente influências dos princípios instituídos nessas políticas públicas. Mas não é demais insistir: - O que são políticas públicas? O termo é complexo e carregado de polissemia.

De forma introdutória, Bucci (2001) nos apresenta que as Políticas Públicas de saúde podem ser compreendidas como programas, ações ou projetos governamentais direcionados à consolidação de direitos. Somado a isso, Souza (2006) nos apresenta a seguinte abordagem: área da ciência política que busca compreender como e por que os governos decidem implantar ou implementar ações específicas.

Dessa forma, pode igualmente ser compreendida por um conjunto de procedimentos que revelam a direção política do Estado, adequando as suas ações de importância pública,

econômica, social e ambiental. Ações essas que mudam de acordo com a sociedade, economia, ideologia da ação do Estado, assim como de acordo com a atuação coletiva na sociedade (LUCCHESE e AGUIAR, 2002).

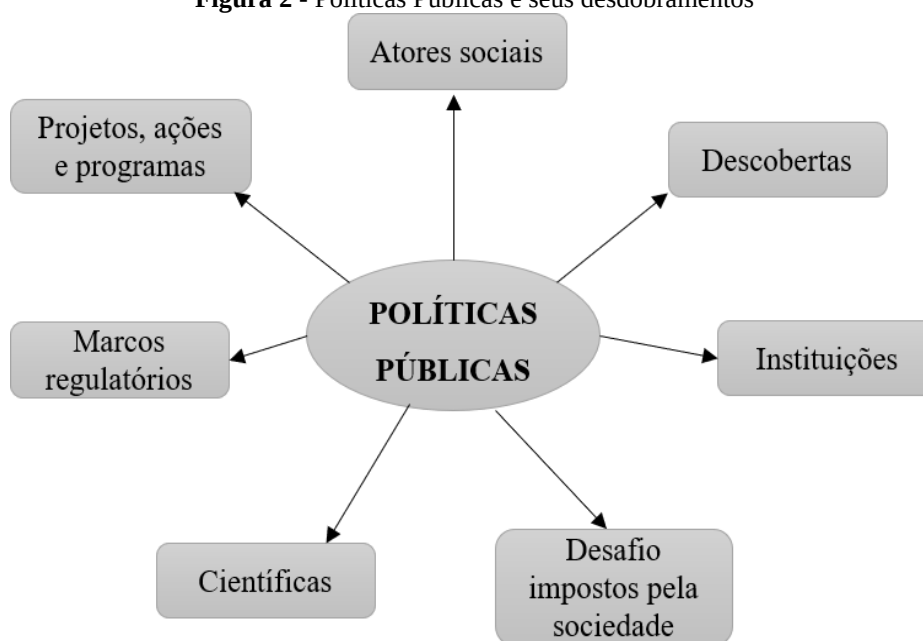
As políticas públicas não devem ser pensadas de forma isolada, mas a partir das modificações que ocorrem, e da expressividade das necessidades emanadas da sociedade, da percepção por representantes do poder público. Conforme afirma Neves (2010, p. 1):

O termo política pública ganha melhor sentido quando associado a tantos outros, como democracia, cidadania e mediações sociais, categorias básicas à construção de espaços públicos de explicitação e confronto de pontos de vista, de construção de interpretações para a vida social e de meios de elaboração de consensos ou compromissos provisoriamente geridos.

Por isso mesmo, as políticas públicas, sofrem reciprocamente alterações e pressões de ação estatal do poder público. Segundo Minayo (2005), a investigação avaliativa deveria ser parte inerente dos programas públicos, visto que serve como eixo norteador de correções de caminhos e desenvolvimento das ações com vistas a programas e estratégias mais duradouros e eficientes. Nos próprios termos da autora, Minayo (2005, p. 19):

Avaliação como técnica e estratégia investigativa é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto ou programa. Um processo de avaliação de programas e projetos sociais geralmente tem como sentido mais nobre, fortalecer o movimento de transformação da sociedade em prol da cidadania e dos direitos humanos.

As valorizações contextuais enfatizam que nossa saúde, lazer, alimentação, acesso e resolutividade aos serviços, dentre outras necessidades, dependem de políticas públicas que se apresentam como um processo articulador, envolvendo inúmeras participações, como nos mostra a figura 2 a seguir:

Figura 2 - Políticas Públicas e seus desdobramentos

Fonte: Construído pela autora a partir do artigo modos de Objetivação de Programas Públicos de GOMES (2017).

Tomando como base a figura um (03) e articulando com o programa Estratégia Saúde da Família, sintetizo: a estratégia saúde da família é um programa inserido na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; BRASIL, 2017), segundo marcos regulatórios vinculados aos princípios doutrinários do SUS. Todavia, a cobertura e a resolutividade na APS brasileira ainda estão abaixo do esperado, ocasionando crescente adoecimento da população e demandas para serviços especializados.

Mantendo a perspectiva sintetizante, vale destacar que a Atenção básica está embasada em uma visão longitudinal de cuidado do indivíduo, levando em conta, assim, grande parte dos problemas e necessidades em saúde, posto que suas intervenções atingem o contexto familiar e comunitário de atenção integral (PEREIRA, 2012; COSTA, 2013). Há inúmeras outras políticas públicas de saúde, para além da ESF, com vistas a assistir melhor a população no ambiente em que vive, ações, programas e estratégias que fazem parte da APS.

No município de Santarém, as ações programas e estratégias que estão elencados na APS local são as apresentadas anteriormente, exceto a ESFR (Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha), Telessaúde e Saúde na hora. Todavia, as ações e serviços disponíveis na APS estão desdobradas em Saúde da mulher, homem, criança, adolescente e idoso. Saúde indígena e quilombola. Bem como, os programas de controle e tratamento de tuberculose, hanseníase, hipertensos e diabetes (HIPERDIA), Saúde Mental, Tabagismo, Pré-natal do parceiro, educação permanente em Saúde (EPS).

Doravante, passo a apresentar um olhar mais objetivante do Sistema Único de Saúde, refletindo, a partir da ação local e abarcando os serviços de saúde públicos, os planos e relatórios municipais e de gestão da Saúde em Santarém. Esse eixo de reflexão está concentrado na a caracterização do município de Santarém, a partir do ponto de vista de saúde do SUS, desde a implantação até seus desdobramentos, processos da construção de cuidados primários de saúde na modalidade do programa de saúde pública denominado Estratégia Saúde da Família.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O SUS no Município de Santarém: Cenário e Desdobramentos

Neste item consideramos os resultados alcançados referentes à pesquisa documental sobre a saúde em Santarém. No entanto, intenta-se considerar os dados no bojo da temporalidade que colaborem com as análises propostas para este texto de tese e especialmente para o presente capítulo. Além das informações referentes aos destaques da Agenda Municipal de Saúde de 2003 a 2010, utilizou-se da leitura da tese de doutorado de Leão (2015) e, de modo adicional inseriu-se as informações constantes no Relatório Anual de Gestão (RAG)¹⁶, referentes aos anos seguintes de 2011 a 2017, disponíveis de forma pública na plataforma do SARGSUS e oriunda da comissão de intergestores tripartite (CIT) com fluxo determinado pela Portaria GM/MS Nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008.

Há que se considerar que informações obtidas por estudos acadêmicos e buscas em sites e documentos oficiais governamentais partem de diferentes espaços de elaboração, construção e finalidades. Neves (2008) nos apresenta em seu estudo que há circunstâncias marcadas por limites simbólicos entre relações e interesses na sociedade, entre saberes (popular e culto), público e privado, dentre outros. Assim, os campos dos saberes e informações precisam ser refletidos e discutidos a partir da sua fonte de elaboração, constituindo-se a partir de distintos interesses e promovendo, por vezes, algumas injustiças. Neves (2008, p.25) nos afirma que: “Os espaços assim constituídos, longe de revelarem a suposta ampla hegemonia e apregoada massificação, produzem a justaposição e a divergência de aspirações e de concepções referenciadoras de práticas”.

Outrossim, os dados nos convidam a refletir sobre as experiências descritas em documentos de cunho oficial que são, em grande parte, exitosas. Poucas vezes nos remetem a experiências desastrosas, postura que, de certa forma, deveria nos causar preocupações. Para Baptista e Matos (2011), em se propondo uma análise documental de determinada política,

¹⁶ O SargSUS é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde em conjunto com o DATASUS, com o objetivo de apoiar os gestores municipais na elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde. O Relatório de Gestão é o instrumento da gestão do SUS, do âmbito do planejamento, conforme item IV do art. 4º da Lei Nº 8.142/90, referenciado também na Lei Complementar 141/2012 e Portaria 575/2012 do Ministério da Saúde. Além de constituir-se no instrumento de comprovação da aplicação dos recursos, o relatório tem a finalidade de apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, orientar a elaboração da nova programação anual, bem como eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde, nas três esferas de direção do Sistema. É a principal ferramenta de acompanhamento da gestão da saúde no município, estado, Distrito Federal e União.

dissertar-se-á sobre o que é colocado em questão, seja para contestar, mostrar importância, visões e controvérsias com a situação envolvida, além de servir como argumentação para implantá-la ou implementá-la.

A partir dos dados levantados, organizamos os seguintes quadros, com base nas metas e ações das gestões municipais que ganharam destaque. Assim, neste levantamento, buscamos demonstrar qual o alvo da gestão municipal a partir do que foi considerado destaque em seu plano municipal de saúde relacionado à APS, sem desconsiderar o pressuposto que todo município precisa garantir aos seus munícipes a Atenção Primária à Saúde, portanto, uma obrigação.

Quadro 4 - Destaques da agenda municipal de saúde - Santarém - Pará - Brasil (2001 - 2017).

Duração da Gestão	Destaques da Agenda Municipal de Saúde
2001-2003	- Reestruturação do SUS-Municipal (infraestrutura e institucional); - Implantação e Ampliação dos Programas PSF e PACS; - Insuficiência de recursos humanos (especialmente médicos); - Manutenção de programas voltados para a saúde da mulher e da saúde da criança.
2004	- Manutenção e Ampliação de Serviços de Diagnóstico e Terapia; - Insuficiência de recursos humanos (especialmente médicos); - Problemas na garantia da assistência farmacêutica (HIPERDIA e Saúde Mental); - Ampliação e Qualificação da Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental (especialmente epidemia de dengue).
Jan.2005-agosto.2005	- Implementação de políticas governamentais prioritárias (Brasil Sorridente, SAMU e Farmácia Popular); - Serviços de oftalmologia; - Insuficiência de recursos humanos (especialmente médicos); - Dificuldade de acesso à saúde da população rural (especialmente ribeirinhos); - Continuidade de discussões sobre temas/problemas de saúde recorrentes: dengue, TFD, assistência farmacêutica.

Quadro 4 - Destaques da agenda municipal de saúde - Santarém - Pará - Brasil (2001 - 2017). (continuação)

Set.2005-dez.2008		Reorientação do modelo assistencial e descentralização (Saúde da Família); - Sistema de Saúde Bucal; - Modelo de atenção básica rural; - Projetos de saneamento (implantação de microssistemas de abastecimento de água em áreas quilombolas); - Saúde da população negra, indígena e ribeirinha; - Controle de doenças e agravos prioritários; - Elaboração de Planos Municipais (assistência farmacêutica, atenção às urgências, vigilância sanitária e saúde mental); - Discussão sobre o funcionamento do Programa Farmácia Popular e SAMU; - Serviço de referência a outros municípios (TFD); - Indicadores AB; - Capacitação de recursos humanos.
Jan.2009-dez.2010*		- Ênfase na estratégia saúde da família (implantação e expansão); - Insuficiência de recursos humanos (médicos e ACS); - Discussão do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TGM); - Ampliação de equipamentos de saúde (Hospital Regional); - Assistência em saúde mental (medicamentos excepcionais); - Elaboração de Planos Municipais (alimentação e nutrição e vigilância sanitária); - Plano Estadual de Fortalecimento e Valorização da AB; - Regulação; - Serviços de Hemodiálise; - Pacto pela saúde: ações e indicadores AB.
2011 a 2012		- Expansão de 15 equipes da Estratégias Saúde da Família; - Manutenção das Estratégias Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde; - Contratação de 456 Agentes Comunitários; - Atender 820 pessoas; - Pactuar os procedimentos por especialidade, conforme demanda; - Liberar 1.640 passagens aéreas e fluviais.
2013		- Ampliar a cobertura de serviços da ESF e ACS; - Intensificar as ações de atenção básica de saúde, visando à redução de incidência e prevalência de agravos; - Implementar as ações e serviços do HMS; - Controlar vetores e prestar assistência às pessoas com doenças transmissíveis; - Organizar os sistemas de serviços de saúde; - Implementar o serviço de assistência farmacêutica de média e alta complexidade; - Contratar, remunerar e capacitar de profissionais do sistema municipal de saúde; - Capacitar de conselheiros municipais de saúde e manter o CMS.

Quadro 4 - Destaques da agenda municipal de saúde - Santarém - Pará - Brasil (2001 - 2017). (continuação)

2014 a 2015		- Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica; - Implementação da Rede de Atenção às Urgências; - Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção; - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde; - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais com ênfase no Programa de aceleração do crescimento; - Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) e do envio do conjunto de dados por meio do serviço WebService como estratégia para o fortalecimento do sistema de gestão da Assistência Farmacêutica no SUS; - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS; - Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS; - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.
2016	2016	- Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar; - Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
2017	2017	- Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de Atenção Básica, e especial no âmbito hospitalar; - Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade; - Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a despreciação e a democratização das relações de trabalho.

Fonte: Quadro adaptado a partir da leitura do estudo de Leão (2015 p. 166). Dados obtidos pelo pesquisador mediante pesquisa no Plano municipal de Saúde 2011 a 2017, 2019.

Cabe ressaltar que a referência de Leão (2015 p. 166), utilizada apresenta dados do município de Santarém-PA, referente ao período de 2003 a 2010. Destaco ainda que a adaptação incluída faz referência ao que concerne à adição do período de 2011 a 2017 (2019).

Nota-se que os planos municipais de saúde alcançados foram construídos conforme documentos norteadores do PlanejaSUS (BRASIL, 2009), o que pode evidenciar importante esforço do sistema municipal em atender às normativas preconizadas pelo MS e, assim, beneficiar a saúde da população. Analisados, os dados apontam, que a APS surge valorada em todos os relatórios como modelo em expansão e ampliação de serviços.

Os planos municipais de Saúde (PMS) de Santarém estavam devidamente aprovados em resoluções emitidas pelo Conselho Municipal de Saúde de Santarém –CMSS. Visto que, conforme normativa do MS, é recomendado que o plenário do CMSS delibere-o, aprovando ou não. Entende-se que a partir do plano municipal o CMSS poderá exercer com maior plenitude a participação e o controle social. Assim, é por meio deste que ele poderá seguir e avaliar a implantação e/ou implementação dos programas, ações e estratégias de saúde planejadas para o município, e assim poder cobrar a execução desse planejamento.

Verificou-se que a responsabilidade da construção e formulação dos planos municipais alcançados ficou reservada à equipe técnica gestora do município, especialmente a equipe de planejamento, mas também incluindo o Secretário de Saúde e profissionais atuantes nas divisões e assessorias técnicas: como enfermeiros, farmacêuticos, odontólogos, nutricionista, pedagogo, veterinário, dentre outros. Não constam informações sobre a participação do CMS na elaboração do plano. Portanto, sua participação é limitada à análise do instrumento pronto. Assim, pode-se no âmbito do CMS, em reunião ordinária, fazer suas recomendações e observações enquanto órgão cogestor.

Importante destacar que as questões de gênero e identidades sexuais vem sendo destaque na agenda do governo, o que mostra o respeito aos princípios e legislações defendidos pelo SUS, e de desconstrução de invisibilidade relacionada a grupos considerados excluídos. Estes destaques indicam fortalecimento à promoção, e a prevenção à saúde. Reiteramos que no período de 2007 a 2010 os (RAGs), eles não estavam disponíveis para consulta em site institucional do governo federal em formato digital e acesso online.

Quadro 5 - Gestões municipais e considerações sociodemográficas da agenda municipal de saúde. Santarém – Pará – Brasil (2011-2017), 2019.

Ano	Considerações do Gestor sobre dados demográficos
2011	Considerando os dados populacionais do IBGE/2010 73,25% da população residem nos 48 bairros da zona urbana e 26,75% residem nas 480 comunidades da zona rural.
2012	De acordo com dados do IBGE/2010, 73,25% da população se concentra na Zona Urbana e 26,75% na Zona Rural; 71,50% da população se auto reconhece como de cor parda, 21,61% de cor branca 5,10% se declararam de cor preta e apenas 0,88% como indígenas.
2013	População residente zona urbana 65%, 35% Zona rural (regiões de várzeas e planalto). Diminuição das taxas de natalidade; Diminuição das taxas de mortalidade aumento da expectativa de vida maior faixa etária entre 20 e 29 anos (18%) redução de habitantes menores que 15 anos População feminina (51%) maior que a masculina (49%).
2014	Diminuição da taxa de Natalidade; Diminuição da taxa de Mortalidade; Aumento da expectativa de vida; Maior população entre 20 e 29 anos.
2015	O Município de Santarém possui aproximadamente 292.520 habitantes. Do total de habitantes do Município de Santarém, aproximadamente 73% concentra-se na Zona Urbana e 27% na Zona Rural (regiões de rios, várzeas e planalto). Na estratificação por sexo e faixa etária, percebe-se uma concentração maior da população maior na faixa etária de 20 e 29 anos, correspondente a aproximadamente 18,6% do total. Os dados mostram ainda uma população feminina superior a masculina.
2016	Do total de habitantes do Município de Santarém 65% concentra-se na zona urbana e 35% na zona rural (regiões de rios, várzeas e planalto). Os dados mostram ainda uma população feminina (51% superior à masculina (49%).
2017	Em Santarém, há predominância da população parda correspondendo a 214.071 (72,25%), seguido de brancos 59.895 (20,79%), preta 15.257 (5,15%), amarela 2730 (0,92%), indígena 2627 (0,89%) observa-se que a faixa etária de 20-29 anos: Homens 27.405; mulheres: 28.548 totalizando 55.953. Sendo também a nível do estado Pará a faixa etária de maior destaque. (1.503.817) equiparando-se quantitativamente tanto homem (752.261) com mulheres (751.556).

Fonte: Dados obtidos pelo pesquisador mediante pesquisa no Relatório anual de gestão 2011 a 2017, 2019.

Santarém possui uma população dividida em cinco etnias: branca, preta, amarela, parda e indígena. Com base nos dados, é possível observar que 72,25% da população santarena se declaram pardos, ou seja, mais da metade da população 20,79% dos santarenos se declaram brancos. Apenas 0,89% deste universo considera-se de etnia indígena; e 5,15% se declaram de cor preta. Na sequência, a faixa etária que se destaca é a de 20-29 anos, também mostrando que atualmente a diferença quantitativa entre homens e mulheres não é expressiva. Buscamos aqui

contribuir para a construção de um referencial para o estudo, visto que a morbimortalidade hospitalar pode revelar características do cenário epidemiológico da população.

Quadro 6 - Gestões municipais e considerações Morbidade hospitalar por grupos de causas e faixa etária da agenda municipal de saúde. Santarém – Pará – Brasil (2011-2017), 2019.

Ano	Morbidade hospitalar por grupos de causas e faixa etária
2011	O Perfil de internação hospitalar no Município vem se mantendo inalterado há uma década com um elevado percentual de internações em pacientes no período grávido-puerperal.
2012	O número total de internações no ano de 2012 foi de 15.845 e não de 2.302 como demonstram os dados da base DataSUS.
2013	Mortalidade por Gravidez, parto e puerpério/ internação por agressão violência -Mulheres de 15 a 35 anos. Doenças infecciosas e parasitárias/ Doenças respiratórias -faixa etárias infantis. Doenças neoplásicas - 35 a 75 anos.
2014	Mulheres de 15 a 39 anos - Capítulo XV- Gravidez, parto e puerpério (35,83%); Mulheres de 15 a 39 anos - Capítulo XIX- Lesões e outras causas externas (47,03%); 20 a 59 anos - Capítulo XI- Aparelho Digestivo (9,1%); Infância- Capítulo I - Doenças infecciosas e parasitárias / Capítulo X - Doenças Respiratórias; 40 a 79 anos - Capítulos IX- Doenças do aparelho circulatório / Capítulo II - Neoplasias.
2015	As doenças com maior percentual de morbidade estão concentradas em 6 (seis) grandes grupos: (1) Doenças do Aparelho Respiratório (6%); (2) Doenças do Aparelho Circulatório (7%); (3) Doenças Infecciosas e Parasitárias (7%); (4) Doenças do Aparelho Digestivo (10%); (5) Causas Externas (14%) e (6) Doenças na Gravidez, Parto ou Puerpério (35%).
2016	No grupo de Morbidade Hospitalar os cinco maiores grupos de ocorrência foram: XV-Gravidez, Parto e Puerpério com 6.723 internações (37%); XIX- Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (12%); I-Algumas doenças infecciosas e parasitárias (10%); XI-Doenças do Aparelho Digestivo (9%); IX-Doenças do Aparelho Circulatório (5%).
2017	No que se refere a morbidade hospitalar, os agravos de relevância em Santarém, estão distribuídos por capítulos de acordo com o registro de dados no SIH/SUS: Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério: 6.240; Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias: 1.478; Capítulo X Doenças do aparelho respiratório: 1.478; Capítulo XIX Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas: 1.698; Capítulo XI Doenças do Aparelho digestivo: 1.784; Capítulo IX Doenças do Aparelho Circulatório: 771; Capítulo II Neoplasias (tumores): 676 .

Fonte: Dados obtidos pelo pesquisador mediante pesquisa no Relatório anual de gestão (SARGSUS), 2011 a 2017, 2019.

Os dados sobre morbidade hospitalar, entenda-se como internação hospitalar no município de Santarém, correspondem ao período de 2011 a 2017. Por eles se destacam em duas grandes frentes: - no ciclo reprodutivo relacionado à tríade gestação, parto e puerpério; e nas causas externas (principalmente acidentes no trânsito).

A morbidade/internação hospitalar ocorre, em sua maioria, a causas relacionadas à gestação, parto e puerpério e causas e externas, mas a mortalidade/óbitos/morte dar-se-á num primeiro ranking devido a causas relacionadas às doenças crônicas, degenerativas (complicações de hipertensão arterial, diabetes e cânceres).

Nessa perspectiva, o Brasil apresenta elevadas taxas de mortalidade materna onde grande parcela destes óbitos, têm causas evitáveis. Nesse contexto de tamanha gravidade, esta temática ainda é um grave problema de saúde pública, constituindo um grande desafio a ser enfrentado, pois a taxa de mortalidade nesse público é um indicador eficaz do desenvolvimento humano e socioeconômico de um país, por evidenciar a pobreza, a iniquidade social e principalmente a qualidade da assistência na saúde (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011).

A assistência ao binômio mãe/filho se devidamente implementada conforme as normas preconizadas para assistência ao pré-natal tornam-se um dos fatores a diminuir as elevadas taxas de mortalidade materna no Brasil, estudos apontam ainda que, 92% das mortes maternas por causas diretas no Brasil são consideradas preveníveis a partir de intervenções adequadas (BRASIL, 2011, p.27).

Além da sensibilização de mulheres da importância do acompanhamento pré-natal, é perceptível em Unidades Básicas de Saúde (UBS), a maior preocupação em realizar o pré-natal corretamente, fato notado, talvez pela maior acessibilidade na oferta do pré-natal nas UBS. No entanto, sabemos que a qualidade da assistência prestada ainda não é satisfatória / completa, necessitando, até mesmo em caráter emergencial do desenvolvimento de estratégias que possam suprir essas lacunas, para ampliar ainda mais o acesso, garantir a qualidade na assistência prestada e favorecer o estabelecimento de um compromisso e responsabilização dos profissionais para um cuidar em saúde de qualidade, em todos os níveis de atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal.

Por conseguinte, a análise referente aos dados de mortalidade no período de 2011 a 2017 apresenta um cenário em que as doenças consideradas crônicas e degenerativas e as causas externas (entenda-se como: lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, como: acidentes no trânsito), correspondem somados aos agravos que lideram as causas de morte em Santarém.

Quadro 7 - Gestões municipais e considerações sobre mortalidade por grupos de causas, faixa etária por grupos de causas e faixa etária da agenda municipal de saúde. Santarém – Pará – Brasil (2011-2017), 2019.

Ano	Considerações mortalidade por grupos de causas, faixa etária
2011	O Perfil de Mortalidade reflete de uma forma resumida o tipo e qualidade de vida da população.
2012	Maior percentual de letalidade nos grupos: (1) Doenças do aparelho circulatório (23%); (2) Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (19,3%); (3) Neoplasias (tumores) (12%); (4) Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (9,3%) (5) Doenças do aparelho respiratório (6,2%) principalmente as faixas etárias de 60 a 69 anos (10%) 70 a 79 anos (19%), acima de 80 anos (26%) (6) Causas externas de morbidade e de mortalidade (7,8%) prevalência maior nas faixas etárias de 30 a 39 anos (27%), 40 a 49 anos (17%) e 50 a 59 anos (14%).
2013	Maior quantidade de óbitos em grupos com frequência de internação menor; Maior frequência de óbitos: Doenças do aparelho cardiocirculatório, Doenças infecciosas e parasitárias. Doenças neoplásicas e Doenças respiratórias (61%); Maior percentual de óbitos 80 anos ou mais (24%); Menor percentual de óbitos 5 a 19 anos (4%); Maior letalidade: Doenças do aparelho circulatório, doenças neoplásicas, Doenças infecciosas, Doenças endócrinas e metabólicas. Doenças que levam à internação são de menor letalidade; Mortalidade ainda elevada de menores de 1 ano- Doenças perinatais; Mortalidade de após os 60 anos- Doenças do aparelho circulatório (18%).
2014	Capítulo XI- Doenças do aparelho Circulatório (21,18%); Capítulo XVIII- Sintomas e achados anormais em exames laboratoriais (17,16 %); Capítulo II- Neoplasias (12,57 %); Capítulo XX- Causas externas de morbidade e mortalidade (9,95%); Capítulo I- Redução dos casos de Doenças infecciosas e Parasitárias (3,94%).
2015	A faixa etária em que predomina o maior percentual de mortalidade é de 80 anos a mais e o menor percentual ficou concentrado entre as faixas etárias de 1 a 4 anos. As Doenças do Aparelho circulatório apresentam a maior letalidade entre os grupos com faixa etária entre 50 e 80 anos (22%), seguida pelas neoplasias e tumores (3) Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; (4) Causas externas de morbidade e mortalidade e (5) Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificado em outra parte e (6) Doenças do Aparelho Respiratório.
2016	Em relação à mortalidade podemos observar que os grupos onde ocorreu o número de óbitos foram: IX-Doenças do Aparelho Circulatório (352 óbitos – 22%); II-Neoplasias (225 óbitos – 14%); XX-Causas externas de Morbidade e Mortalidade (188 óbitos – 12%); IV-Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (153 óbitos – 10%) e X-Doenças do Aparelho Respiratório (146 óbitos – 9%).

Quadro 7 - Gestões municipais e considerações mortalidade por grupos de causas, faixa etária por grupos de causas e faixa etária da agenda municipal de saúde. Santarém – Pará – Brasil (2011-2017), 2019. (continuação)

2017	Observa-se um predomínio das doenças do aparelho circulatório, com uma notificação de 8.903 óbitos. As demais causas bem definidas, correspondem as causas externas (7.376 óbitos), neoplasias (4.777 óbitos), doenças respiratórias (3.867 óbitos) e doenças endócrinas (2.580 óbitos). As causas mal definidas, que correspondem ao capítulo dos sintomas e sinais (Cap. XVIII), ainda apresentam um número significativo, ocasionado principalmente pelos óbitos domiciliares sem assistência médica. Considerando a faixa etária, a maior mortalidade está na faixa do idoso (60 anos e mais), que apresentou a maior mortalidade nas doenças circulatórios e o adulto jovem (15 a 49 anos) com uma mortalidade significativa nas causas externas. É importante destacar que os dados de 2017 são provisórios e sem previsão de encerramento do banco de dados.
------	---

Fonte: Dados obtidos pelo pesquisador mediante pesquisa no relatório anual de gestão (SARGSUS) 2011 a 2017, 2019.

Nesse contexto, observa-se, então, que a principal causa dos óbitos no município de Santarém não está diretamente relacionada à principal causa de morbidade/internação hospitalar.

Esses dados corroboram com o relatório de mapa de exclusão do Pará, publicado em 2018, que apresenta um incremento nos óbitos ocorridos no trânsito.

Quadro 8 - Taxa de Homicídio no Trânsito, por 100 mil habitantes, para o estado do Pará e Regiões de Integração, 2015 – 2016.

Estado/RI		Homicídio por 100 mil habitantes
	2016	2017
Pará	12,06	9,56
Araguaia	11,45	11,25
Baixo Amazonas	7,12	8,05
Carajás	15,73	10,20
Guajará	9,94	8,13
Guamá	22,18	15,57
Lago de Tucuruí	11,79	4,84
Marajó	3,14	2,37
Rio Caeté	13,48	11,00
Rio Capim	19,03	12,13
Tapajós	15,77	13,27
Tocantins	10,60	10,32
Xingu	9,83	11,33

Fonte: SEGUP, 2018.
Elaboração FAPESPA, 2018.

Torna-se relevante pontuar que os dados anteriores são originários de fontes distintas e os relatórios apresentam os dados intitulado-os como homicídio no trânsito, integrantes do relatório da segurança pública, nos relatórios da saúde, como causas externas (acidentes de trânsito). Verifica-se que há uma falta de padronização de termos, provocando um exercício reflexivo e de entendimento a respeito.

Em determinadas circunstâncias, os condutores de veículos em condições de embriaguez podem assumir o risco de matar, se levarmos em consideração o conceito de acidente, conforme proposto pelo MS, que o define como evento de causas externas que podem ser evitáveis e que não são intencionais, sendo considerado um fenômeno multifatorial e que gera consequências variadas. Assim, compreender que a pessoa que dirige embriagada, estaria mais suscetível e previsível a provocar acidentes no trânsito.

Sobre outra perspectiva, Magalhães et al (2007 p. 6) apresenta em seu estudo uma importante contribuição referente à atribuição da culpabilidade dos envolvidos no acidente de trânsito (AT), como algo muito complexo, pois envolve as condições de contexto e de legislação de trânsito, além das leis que regem a responsabilidade civil dos cidadãos.

Outro ponto a ser destacado diz respeito à ausência de referência a aspectos de culpabilidade dos envolvidos e suas implicações enquanto um fator estressor relevante que pode interferir na recuperação pós AT. Tal variável é complexa por envolver questões de natureza diversa como a legal envolvendo a prescrição de normas e punições e a pessoal, de fórum íntimo, que envolve o sentido de responsabilidade e atribuição de causalidade.

Em Santarém, as causas externas de AT aparecem em segunda ordem na ocorrência de óbitos. Os dados de mortalidade também merecem destaques nos óbitos considerados como causas mal definidas, ou seja, óbitos que aconteceram geralmente no âmbito domiciliar e sem assistência médica. E as neoplasias (câncer) aparecem em terceiro lugar. Os cânceres e as doenças do aparelho circulatório vêm apresentando tendência crescente, constituindo-se assim um cenário preocupante.

Vale destacar que o cenário de adoecimento por causas externas tem apresentado considerável evolução para óbito, o que pode estar diretamente ligado à gravidade dos sinistros. No que concerne às causas externas de mortes no parâmetro nacional, os acidentes de transporte terrestre e as violências interpessoais ocupam lugar de destaque (IPEA, 2018).

A este fato também está atrelado o aumento da velocidade com o qual o ser humano se locomove, e, principalmente, devido à imprudência no trânsito, visto que gera os acidentes automobilísticos. Vale ressaltar que estes pacientes produzem altos custos financeiros e

demandam mão de obra específica, influenciando diretamente na organização do Sistema Único de Saúde (SILVA et. al., 2015).

Outro fator que é importante a ser considerado é a grande demanda de pacientes doentes residentes em municípios no entorno do Santarém, que podem alterar o perfil epidemiológico do município. Conforme Ministério Saúde (1990): “a vigilância epidemiológica é um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança de fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva. Tem ela a finalidade de recomendar ou adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

Diante disso, torna-se necessário intensificar as ações de educação no trânsito, bem com vale ressaltar que não consta nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) as sequelas que podem ser ocasionadas por essas principais causas externas de adoecimento/internação. Merece assim, de fato, grande preocupação na agenda de governo, com vistas às melhorias na rede viária de transporte. Sinalização semafórica e educação em saúde devem ser priorizadas, de forma a impactar positivamente na diminuição do número de acidentes de trânsito no município.

Corroborando com Santos et al. (2016), este agravo detém a capacidade de gerar danos capazes de interferir na funcionalidade do indivíduo e na sua participação social e econômica, estando diretamente prejudicada, a ponto de produzir danos de maior magnitude.

A eventualidade do trauma está diretamente conexa ao que chamamos de causas externas, correspondentes a um conjunto de injúrias ocasionadas por violências em acidentes, sendo esta classe importante determinante de morbimortalidade no mundo. Neste modo pode ser considerado um problema de saúde pública (IBIAPINO et al., 2017).

Em Santarém, os traumas ocorrem em grande proporção, todavia há poucos estudos delineando a atual condição dos pacientes traumatizados. Em pesquisa documental realizada no ano de 2013, com 588 prontuários, Sousa et. al. (2017) delinearam o perfil epidemiológico dos pacientes internados em um estabelecimento público de Santarém, onde predominava o sexo masculino na maioria dos grupos etários, exceto na faixa etária de 60 anos ou mais, em que as mulheres apresentaram maior percentual.

Este mesmo estudo apontou que os acidentes de trânsito foram a causa do trauma ortopédico mais comum (31,97%), seguido de quedas (31,97%), onde as fraturas fechadas ocorrem na maioria dos casos (50,85%). Em seguida, vieram as fraturas expostas (28,40%). No que tange ao seguimento corporal mais atingido, nota-se que os membros superiores foram mais acometidos (48,30%), seguidos dos membros dos inferiores (39,46%). Este dado está intimamente ligado à cinemática do trauma, considerando que a maioria dos acidentes tenha sido causado por motocicletas (77,09%) (SOUSA et. al., 2017).

Outras preocupações remetidas aos achados:- qual é a principal causa de morbidade/internação hospitalar das mulheres no ciclo gravídico puerperal, desde o pré-natal ao puerpério? Somado a isso, também nos chama atenção as condições cardiovasculares como a principal causa de mortalidade, embora não se trata da principal causa de morbidade/internação hospitalar, condição que pode ser reflexo do que se chama de agudização das condições crônicas, perspectiva sustentada em Mendes (2012 p 39, 43):

O tratamento para as condições crônicas, por sua natureza, é diferente do tratamento dispensado a problemas agudos. Nesse sentido, os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Esse sistema de atenção à saúde que atende às condições crônicas na lógica da atenção às condições agudas, ao final de um período longo de tempo, determinará resultados sanitários e econômicos desastrosos. O portador de diabetes caminhará, com o passar dos anos, inexoravelmente, para uma retinopatia, para uma nefropatia, para a amputação de membros inferiores, etc. A razão disso é que esse sistema só atua sobre as condições de saúde já estabelecidas, em momentos de manifestações clínicas exuberantes, auto percebidas pelos portadores.

No município de Santarém, as doenças do aparelho circulatório apresentam a maior letalidade entre os grupos com faixa etária entre 50 e 80 anos (RAG, 2015). Dessa forma, entende-se que o processo de envelhecimento de uma população carrega consigo mudanças do perfil das doenças e das ações peculiares dos sistemas de saúde. Portanto, passa-se a conviver com outras problemáticas oriundas das faixas etária do envelhecimento, as chamadas doenças crônicas, somadas às questões epidemiológicas do passado, que estão presentes, bem como as chamadas “doenças reemergentes”, as doenças infectas parasitárias, reproduzindo assim, uma acentuada problemática epidemiológica.

Nessa perspectiva, integro as contribuições reflexivas de Sellera et al (2019, p 11):

O controle das doenças transmissíveis deve ser prioridade na agenda pública com foco na vigilância, diagnóstico e tratamento oportuno, tendo em vista o ambiente endêmico no qual se está inserido sujeito a ocorrência de febre amarela, hantavirose e leishmaniose, dengue, pois muitas vezes com o aumento das doenças crônicas, as transmissíveis passam a ser negligenciadas.

O predomínio das enfermidades crônicas não transmissíveis e, por vezes, incapacitantes, nos idosos, associada à importância crescente dos fatores de risco para a saúde, que requerem, complexamente, ações preventivas em diversos níveis, todos esses fatos demandam um modelo de atendimento adequado às necessidades específicas dessa clientela. Mas o que se observa é que nem a família, nem a comunidade e muito menos os poderes públicos parecem estar suficientemente preparados para essa nova realidade demográfica. Nessa perspectiva, a crescente necessidade de assistência e tratamento de uma população que envelhece exige

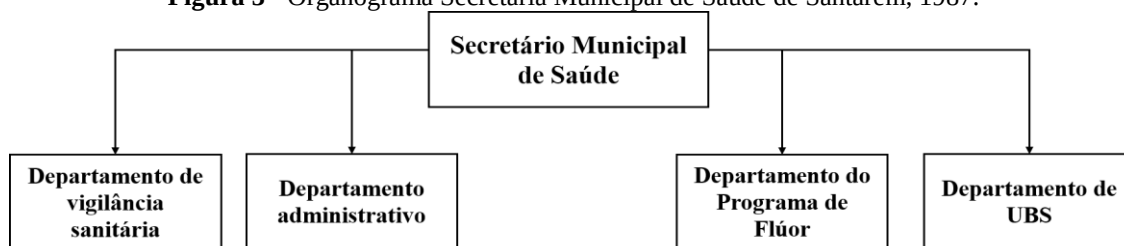
políticas adequadas. Outrossim, para diminuirmos a invisibilidade de problemas relacionados ao processo saúde e doença, torna-se indispensável falar sobre o problema, dando assim visibilidade a problemática.

Nesses termos, torna-se indispensável ainda o investimento na APS com foco em atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, bem como a manutenção dos processos de vigilância em saúde, com o objetivo de identificar e proporcionar controles e ações adequadas às necessidades da população de Santarém.

4.1.1 Caracterização do município de Santarém: a partir do ponto de vista de saúde do SUS: Temporalidade, cenário e desdobramentos

Na temporalidade, em questão à própria gestão foi sendo ampliada a partir de programas ações e estratégias norteadoras do Ministério da Saúde e sendo ofertada ao nível local. A Secretaria Municipal de Saúde de Santarém (SEMSA) foi instituída a partir da Lei municipal nº 11453 de 29 de novembro de 1985, marcando oficialmente o início da organização de serviços de saúde pela Prefeitura. A secretaria teve como função: a assistência médica e social de apoio às atividades comunitárias. Ela funcionava com equipes volantes formadas por médicos que atendiam nas comunidades ribeirinhas. Contava também com 06 postos de saúde, vinculados a Secretaria de Serviço Social (SEMTRAS). Antes da municipalização dos serviços públicos de saúde, esses serviços de saúde eram mantidos pela Secretaria Estadual de Saúde (SESPA). O governo estadual gerenciava os postos de saúde, que funcionavam com poucos profissionais da área.

De 1985 a 1987 a SEMSA funcionava em espaço reservado na própria Prefeitura. A partir de julho de 1987, passou a funcionar em uma sala, nas dependências do Posto de Saúde da Rodagem. A secretaria contava com 31 postos de saúde, assim distribuídos: 25 na zona rural e 06 na zona urbana. Os serviços eram prestados por 147 funcionários, sendo 08 médicos, 01 enfermeira, 01 administrativo, 04 dentistas, 01 veterinário. Os demais eram de nível médio e elementar. Segundo organograma descrito na ata do Conselho Municipal de saúde, assim se estruturava a secretaria:

Figura 3 - Organograma Secretaria Municipal de Saúde de Santarém, 1987.

Fonte: Conselho municipal de saúde, 2019.

A saúde pública em Santarém veio sendo construída a medida que acontecia o processo de reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), mais precisamente, em 29 de janeiro de 1993, quando um novo organograma da SEMSA foi apresentado pelo médico e então secretário municipal de saúde do período. Pelo novo organograma apresentado (Figura 3. Organograma SEMSA 1993), após a regulamentação do SUS pela lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 e a lei 8142 de dezembro de 1990, houve reestruturação da secretaria, agregando o Conselho Municipal de Saúde e Saneamento, órgão de controle de social, que valoriza a participação popular nas decisões do SUS.

O Conselho Municipal de Saúde e Saneamento de Santarém foi criado em 1992 e reformulado em 1996. Tem como atribuições a deliberação e a formulação de políticas de saúde para o município, a definição de prioridades, a fiscalização da aplicação dos recursos financeiros e o acompanhamento e a avaliação dos serviços. Enquanto órgão cogestor, atuando na mesma linha de comando junto ao do secretário municipal de saúde, e em conformidade à legislação federal anteriormente apresentada, foi de fato implementada pela lei municipal nº 14241 de 08 de julho de 1992, ou seja, dois anos após a implementação da lei federal à da lei municipal.

Concomitantemente à implantação do SUS em Santarém, a atenção primária à saúde foi ampliada e os centros de saúde reformados e reestruturados para novas ações de saúde. Em janeiro de 1993, aprovou-se a nova estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Santarém. Outros departamentos foram instituídos, dentre eles, o de Administração e Financeiro e o de Planejamento. Outra novidade apresentada no organograma foi a inserção do cargo de chefe de gabinete, a quem estavam diretamente vinculadas às 05 (cinco) divisões, sendo elas: Administrativa e Financeira, Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Atendimento Básico e Divisão de Planejamento.

Vale destacar que o Conselho Municipal de saúde (CMS), órgão cogestor, encontra-se na mesma linha de comando do Secretário Municipal de Saúde. Está regulamentado na Constituição de 1988, mais precisamente pela lei 8142/1990. Tendo caráter permanente e

deliberativo, atua na formulação e no controle da execução das políticas de saúde, que se dá através de instâncias colegiadas formais, como as conferências e os conselhos de saúde. Além disso, ocupa-se das proposições de eventos realizados nas comunidades e nos serviços de saúde, efetivando a participação da população.

Atualmente o CMS de Santarém conta, entre membros titulares e suplentes, com 32 conselheiros de saúde, distribuídos em três segmentos representativos da sociedade civil: usuários; trabalhadores da saúde e gestão, cumprindo assim a paridade definida na legislação acima mencionada e na resolução do CNS nº 453/2017: 50% de usuários e usuários; 25% trabalhadoras e trabalhadores de saúde e 25% gestores e gestoras, prestador e prestadoras público e privados/ conveniados ao SUS, Organizações não governamentais e órgão formadores de recursos humanos para o SUS. Garante-se assim que as decisões não sejam unilaterais e sejam respeitadas as pluralidades das condições de vida.

Importante ressaltar ainda que, para receber recursos oriundos do governo federal, o município precisar ter implantado e em funcionamento o CMS. A cada dois anos é realizada a Conferência Municipal de Saúde. Neste ano de 2019, realizou-se nas dependências da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus Santarém, nos dias 27 e 28 de junho a XV Conferência Municipal de Saúde, enfatizando o tema: Democracia e Saúde: saúde como direito e participação social. Os respectivos subtemas foram: Democracia e consolidação do SUS; Saúde do trabalhador e participação social; e financiamento adequado e suficiente para o SUS.

Figura 4 - Conferência Municipal de Saúde de Santarém, 2019.



Fonte: Foto tirada pela pesquisadora por Franciane de Paula Fernandes em 27 de junho de 2019.

A participação popular e o controle social no SUS, são uma das grandes conquistas na saúde, garantidas na lei 8142/90. Mas, por vezes, esse direito à participação popular não é contemplado e aproveitado em sua plenitude, nesses momentos oportunos, como, os espaços das conferências.

Nesse mesmo espaço foi enfatizado que, durante a fase das pré-conferências em que elas aconteceram, no período de 02 de março a 31 de maio de 2019, nos distritos das zonas urbana e rural do município, visando a discussão de propostas a serem apresentadas na conferência. Foi destacado que, a participação popular nas pré-conferências em comunidades da zona rural foi mais efetiva que na zona urbana. Assim, entende-se que a população precisa de fato apropriar-se e exercer esse direito, garantido mediante as lutas sociais.

Não é intuito do presente estudo demonstrar os motivos da não participação efetiva, especialmente da zona urbana, mas cabe indagar também se foi dada a devida publicidade ao evento, isto é, se a população tomou conhecimento do chamado. O relatório consolidado das pré-conferências foi disponibilizado aos delegados, para após apreciação da plenária, ser inserido ou não no relatório final da 15ª Conferência Municipal de Saúde de Santarém, e encaminhado, pelo Conselho Municipal de Saúde aos órgãos competentes para conhecimento e providências. Conclui-se ainda que, as ações e programações de saúde do município devem caminhar em consonância com o atendimento aos anseios constantes no relatório aprovado na plenária da conferência.

Vale ressaltar que a população em geral pode participar das conferências com direito a voz, mas o direito a voto e voz é destinado aos delegados e delegadas eleitos em pré-conferências; delegados e delegadas natos (membros do CMS) e delegados e delegadas indicados pelo segmento gestor.

Para gestão em saúde em todas as esferas federal, estadual e municipal, torna-se indispensável a inserção do planejamento no trabalho em saúde. Assim, observou-se que a partir desse momento, no município de Santarém, o referido núcleo passou a fazer parte do corpo técnico da SEMSA.

Figura 5 - Organograma Secretaria Municipal de Saúde de Santarém, 1993.

Fonte: Conselho municipal de saúde, 2019.

Nessa perspectiva, pesquisas nacionais apontam que, nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, somente metade das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) tem núcleo de planejamento (BRASIL, 2009). O que certamente é visto como êxito na adequada gestão local. Em conformidade com isso, buscando informações em sites da internet e livros sobre a implantação de serviços de saúde pública em Santarém, encontramos notícias veiculadas pelo Blog do Padre Sidney Augusto Canto¹⁷: O primeiro Posto de Saúde em Santarém.

Em 1923, Santarém finalmente possui uma melhoria significativa no âmbito da saúde de seu povo. O governo cria o Posto de Saúde “Gaspar Vianna”, que abrigava também uma Comissão Ambulante do Baixo Amazonas, com dois médicos (doutores Dias Júnior e Affonso Ribeiro) que atendiam a região de Santarém até Faro. Naquela época, uma das grandes metas do Serviço de Profilaxia Rural era a erradicação dos ataques de verminoses. Naquela ocasião, foi detectado que cerca de 97% da população estava contaminada por um ou mais tipos de vermes, sendo os mais comuns os ataques de Ascaridiose, Trichuriose e a Nectariose.

A inauguração do primeiro hospital de Santarém.

O 13 de julho de 1930 foi um dia de festa, literalmente. Neste dia foi inaugurado o primeiro hospital de Santarém: o hospital São José. Um sonho antigo, que vinha desde quase cem anos antes. Muitas tentativas foram feitas, mas foi Dom Amando Bahlmann, Bispo Prelado de Santarém, juntamente com as Irmãs Missionárias da Imaculada Conceição e os frades Franciscanos que levaram a efeito tão importante obra. E a inauguração foi uma festa, com a presença da orquestra “Jazz Olympia”, sob a regência do maestro Raimundo Fona e também uma grande quermesse em benefício de um “fundo hospitalar”.

¹⁷ Tive a oportunidade do contato com Pe. Sidney Canto, a partir de uma rede social, visto que, no momento ele se encontrava em Fordlândia, distrito do município de Aveiro- Pará. Então perguntei sobre as origens das informações. Nos disse que são informações do Acervo pessoal do próprio autor, do acervo da biblioteca Instituto Cultural Boanerges Sena (ICBS), acervo da Biblioteca Nacional e da historiadora local, professora Terezinha Amorim.

O plantão das farmácias em nossa cidade.

Em 1935, existiam quatro farmácias em Santarém, que funcionavam normalmente, durante a semana, mas tinham um calendário de plantão para atender ao povo nos domingos. Assim, em setembro daquele ano, se verificava o seguinte plantão dominical das farmácias: dia 01 – Pharmacia do Povo; dia 08 – Pharmacia Castro; dia 15 – Pharmacia Amazonas; dia 22 – Pharmacia Velloso.

O hospital São José fecha suas portas para o SESP¹⁸ abrir as suas.

No dia 30 de novembro de 1942, após quase doze anos de serviços prestados à comunidade santarena, o Hospital São José fecha suas portas. Santarém ainda ficaria alguns meses sem hospital, pois somente no ano seguinte começaria a funcionar o hospital do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP. Quanto ao São José, tornou-se o Ginásio (posteriormente Colégio) Dom Amando, inaugurado em 14 de março de 1943.

A atuação do Sesp é também mencionada no prefácio do livro do antropólogo norte-americano Charles Wagley, que fez um estudo bem detalhado da vida do homem no vale amazônico: *Uma Comunidade Amazônica*. Wagley nos apresenta algumas informações sobre o Programa da Borracha e a política sanitária do Sesp.

Segundo ele: “uma das partes mais importantes do programa geral do Sesp era o gigantesco programa de saúde pública na Amazônia brasileira” (Wagley 1988: 74-75). Na área da educação em saúde, o Sesp desenvolveu atividades pioneiras na região. Entre elas, Wagley (1988: 76) destaca a criação de “clubes de saúde para crianças das escolas a fim de nelas se inculcarem hábitos higiênicos modernos”. Outro conjunto de ações — que continuam sendo repetidas, ainda que reelaboradas pelas agências hoje atuantes, especialmente as ONGs — consistia em usar “folders, cartazes, palestras de médicos, projeção de diapositivos e visitas periódicas das ‘visitadoras’ [...] para educar os habitantes dentro dos preceitos modernos de higiene e lhes fazer compreender as vantagens do programa de saúde pública. (Wagley 1988: 76).

¹⁸ O Sesp foi pioneiro na utilização de estudos antropológicos para o aprimoramento de Programas de Saúde Pública no Brasil. <http://www.brasiliana.com.br/obras/uma-comunidade-amazonica-o-estudo-do-homem-nos-tropicicos/pagina/10/texto>

Com o incentivo financeiro do Acordo de Washington, dentre outras atribuições, o governo brasileiro se comprometia a sanear problemas endêmicos na Amazônia, cuidando da saúde dos seringueiros. Para tanto, foi criado em 17 de julho de 1942, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), subordinado ao Ministério da Educação e Saúde. Sua criação visava implantar, nas áreas de extração da borracha na Amazônia, ações de combate à malária e a outras endemias.

Uma das unidades do SESP foi implantada em Santarém. No livro “Santarém Logradouros Públicos”, do historiador Wilde Fonseca, editado pelo ICBS em 2007, na página 13, ele escreve o seguinte: “Do Acordo firmado entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, constava uma cláusula: as ruas que passariam pela frente e pelos fundos do hospital (SESP), receberiam os nomes dos dois presidentes signatários do acordo, e assim foi cumprido. À rua da frente do hospital foi dado o nome de Avenida Presidente Vargas e à dos fundos, Avenida Presidente Roosevelt, titulação que permaneceram por muitos anos. Mais tarde, creio que por desconhecimento do acordo assinado entre os dois governos, a Presidente Roosevelt teve seu nome substituído por Marechal Rondon”. http://www.icbsena.com.br/artigo.php?id_artigo=54

Segundo Silva e Dalmaso (2002), as atividades pioneiras da Fundação Serviço Especial de Saúde pública (FSesp), a agência nacional sucessora do Sesp, foram as que mais influenciaram na construção de princípios e diretrizes norteadores do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), especialmente no tocante à figura do ACS e ao cuidado centrado nas famílias.

As visitadoras sanitárias, auxiliares treinadas por profissional enfermeiro para desempenho das funções, ainda que não fossem moradoras nas comunidades onde agiam, realizavam a atenção às pessoas e às famílias, na unidade e na comunidade, sempre sob supervisão e orientação do enfermeiro e seguindo protocolos e normas previamente estabelecidas. O antigo SESP, como ainda é mencionado na fala de alguns santarenos, foi pensado à época para combater a malária, que acometia os trabalhadores da borracha.

O recrutamento de pessoal de nível auxiliar ocorria nas próprias comunidades a serem beneficiadas, proposição pela primeira vez apresentada no Brasil em 1976, no âmbito do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), cuja finalidade era reorientar o modelo de assistência à saúde no país, implementando uma estrutura básica de saúde pública em comunidades com até 20.000 habitantes.

Portanto, foi a primeira experiência de trabalho em ampla escala com ACSs escolhidos pela própria comunidade, ou seja, por aqueles que, de alguma forma, já atuavam na área da saúde, como as parteiras leigas, por exemplo. Ainda nessa perspectiva, Castro et al (2012) afirmam que o coletivo de atividades realizadas pelo SESP serviu de base estruturante à atenção primária.

No ano de 1991, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), hoje denominado de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Assim, promovendo a inclusão de uma nova categoria profissional ao Sistema Único de Saúde. O referido programa foi idealizado como um programa que antecede à mudança para o PSF, hoje com a denominação de ESF. Toda unidade básica de saúde que adota o EACS guarda na expectativa que logo serão contemplados com a ESF (WAWZYNIAK, 2009). Nesse contexto, no Norte do Brasil, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a escolha dos agentes ocorreram de maneira emergencial, para combater à epidemia de cólera que assolou a região no início da década de 90, mais precisamente os anos de 1991 e 1992 (SILVA et al. 2002; SOUZA, 2003).

O então PACS à época foi iniciado no município de Santarém em 1995, mas a lógica das atividades dos agentes comunitários de saúde foi anteriormente implantada, inicialmente no ano de 1991, com a incorporação dos agentes da cólera, contratados por ocasião da epidemia.

Posteriormente, foram sendo selecionados outros desses agentes, indicados pelas próprias comunidades. Muitos deles já haviam atuado como voluntários de saúde, capacitados pelo Movimento das Comunidades Eclesiais de Base (MEB), pelo Projeto Saúde e Alegria (PSA) e pela Igreja da Paz, pela Fundação Esperança (WAWZYNIAK, 2009). Antes de serem chamados de ACS, eram designados de Agentes da Cólera, por condição instituída em novembro de 2011, visto que Santarém, naquele momento, vivenciava um surto de cólera¹⁹. A cólera reemergiu no Brasil na década de 1990, na região amazônica, em área de fronteira ao Brasil e Peru, espalhando-se sobretudo nos estados do Norte e Nordeste do país (WALDMAN et al., 1999). A doença atingiu a América Latina em 1991, após 100 anos de ausência de casos.

Por conseguinte, surgiram as unidades com equipes do programa Saúde da Família, correspondendo a uma política do Governo Federal lançada nacionalmente em 1994, no mesmo ato iniciando com a denominação de Programa de Saúde da Família (PSF).

Em Santarém, o programa foi instituído no ano de 1998 em Mojui dos Campos²⁰ na zona rural (FIGUEIRA et al, 2012), localizada a 37 km deste município. O acesso se dar por via terrestre, pela rodovia PA-431, a partir das rodovias BR 163 (Santarém/Cuiabá) e PA 370 (Santarém/ Curuá-una) (IBGE, 2012).

Com a instituição da Norma Operacional Básica (NOB/93) pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), foram firmados procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, bem como determinadas as condições de gestão para estados e municípios.

Em Santarém implanta-se a Gestão plena, pela qual o município passa a receber mensalmente (fundo a fundo), todos os recursos para as despesas em saúde e dos fundos de Saúde; para a compra de serviços públicos e privados (LAURELL, 1997), e para a contratação de agentes comunitários de saúde.

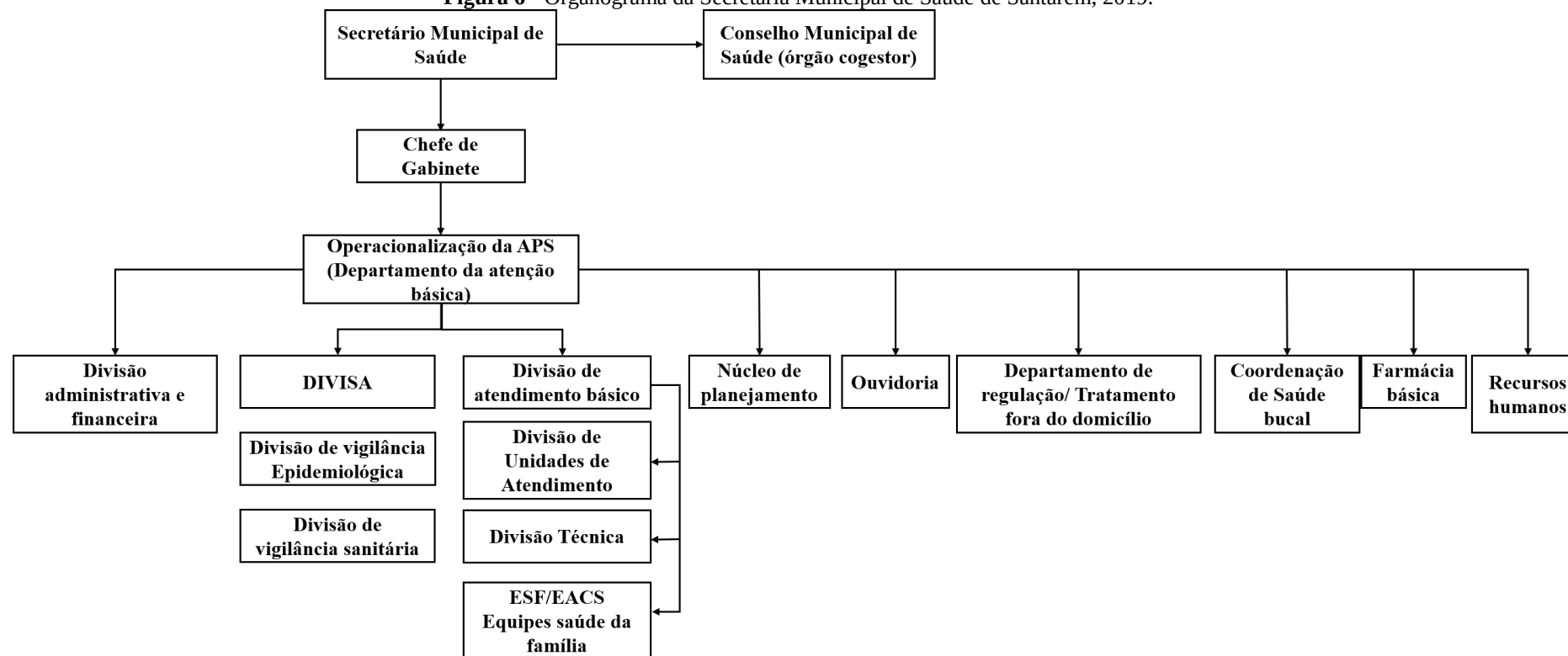
Desde maio de 1998, o Município de Santarém habilitou--se à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com a Norma Operacional Básica – NOB/SUS/96, posteriormente adequada à Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2001/02 (FIGUEIRA et al 2012). Sintetizando, os recursos financeiros recebidos do governo federal

¹⁹ Até 31 de dezembro de 2012, Mojui dos Campos era distrito rural do município de Santarém, sendo emancipado à categoria de município em 1º de janeiro de 2013. Conta com uma população de 15.085 habitantes, onde 9.225 habitantes residem na zona urbana e 5.860 habitantes na zona rural. Ligada as adjacências da sede tem 115 comunidades rurais. Apresenta grande extensão territorial, situações geográficas peculiares que distanciam e dificultam o acesso entre essas comunidades (IBGE, 2012).

²⁰ Para compreender o flagelo imposto pela cólera ao Grão-Pará, em meados do século XIX, utilizei-me da leitura do estudo sobre a rota da epidemia e as ocorrências na Europa, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000500005

passaram diretamente para a conta do município. Por isso o termo fundo a fundo, sem intermediações de outros entes. Atualmente o organograma atual da SEMSA se apresenta, conforme figura a seguir:

Figura 6 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Santarém, 2019.



Fonte: Conselho Municipal de Saúde (2018).

A rede de serviços básicos assistenciais está descrita no Plano Municipal de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santarém. A SEMSA funciona atualmente nas dependências do antigo hospital Imaculada Conceição, na avenida Sete de Setembro, bairro Santa Clara. Conta com 71 unidades básicas de saúde²¹, assim distribuídas: 26 na zona urbana, 13 no planalto e 31 na região de rios e 04 postos de saúde na região de rios, e 1 estratégia de Saúde da Família fluvial (ESFF)- Barco Abaré na região do rio Tapajós, conforme Anexos A e B. O quadro a seguir apresenta o cenário atual.

Quadro 9 - Cenário sobre a quantidade e serviços de saúde pública que compõe o SUS, Santarém, 2019.

Serviços de Saúde	Quantidade
Secretaria Municipal de Saúde	01
Secretaria de estado de Saúde Pública	01
Hospitais Públicos e Conveniados	04
Pronto Socorro Municipal	01
Central de Regulação do Serviço móvel de Urgência (SAMU)	01
Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h	01
Ambulatório de Especialidades	01
Centro de Hemoterapia (HEMOPA)	01
Laboratório de Análises Clínicas	15
Centro de Controle de Zoonoses	01
Laboratório de Águas/ CCZ	01
Divisão de Vigilância em Saúde	01
Equipe de saúde bucal	19
Unidade de Prótese Ortopédica (APAE)	01
Centro de Hemodiálise	02
Unidade Móvel Fluvial	03

²¹ A Unidade Básica de Saúde assegura o contato preferencial dos usuários. É principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. É instalada próximo ao local de moradia, trabalho e estudo das pessoas. Desempenha, portanto, um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade. Na UBS, é possível receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS (Brasil, 2017, p. 2).

Quadro 9 - Cenário sobre a quantidade e serviços de saúde pública que compõe o SUS, Santarém, 2019.
(continuação)

Centro de Referência da Mulher	01
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Ad (álcool e outras drogas) CAPS II (adulto)	02
Centro de Referência da Criança	01
Centro de Testagem e Aconselhamento CTA DST/HIV/ AIDS	01
Centro de Referência do Trabalhador	01
Centro de Referência do Idoso	01
Unidade Móvel Terrestre	01
Ambulância	03
Ambulancha	04
Serviço de Ass. Espec. HIV/Aids - SAE	01
Serviço de Ultrassonografia	02
Serviço de Radiodiagnóstico	02
Serviço de Oftalmologia	03
Centro de Saúde	36
Serviço de Densitometria	02
Posto de Saúde na Zona Urbana	01
Serviço de Patologia Clínica	04
Serviço de Ecocardiografia	02
Equipe de Estratégia Saúde da Família	59
Equipe de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde	23
Unidades básicas de Saúde tradicional	08
Unidade de Saúde Prisional	01
Estratégia Saúde da família fluvial (abará)	01
Serviço de Tomografia	03
Polo Indígena	01

Quadro 9 - Cenário sobre a quantidade e serviços de saúde pública que compõe o SUS, Santarém, 2019. (continuação)

Serviço de Fisioterapia	06
Serviço de Fonoaudiologia	02
Serviço de Patologia Clínica	04

Fonte: SEMSA, 2018.

A rede de serviços básicos assistenciais está descrita no Plano Municipal de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santarém, correspondente aos anos de 2014-2017 (PMS, 2013 p 50).

A Secretária Municipal de Saúde de Santarém organiza e operacionaliza as ações de Atenção Básica através da Divisão de Unidades de Atendimento (DUA), da Divisão Técnica (DT). Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) desenvolvem-se atividades de assistências com dinâmicas voltadas aos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, em conjunto com as Coordenações dos EACS/ESF, Divisão Técnica e Divisão de Vigilância em Saúde, Saúde Bucal, que em conjunto promovem várias ações, entre elas: Garantir a manutenção de equipamentos, medicamentos e insumos. Ainda mais, garantir da logística para as viagens e ações; supervisionar e avaliar a atuação dos servidores nas Unidades Básicas de Saúde, de acordo com o cronograma previamente estabelecido, em conjunto com os técnicos das áreas afins, podendo ainda solicitar apoio de outras unidades administrativas. Complementarmente, identificar necessidade de treinamento aos servidores; elaborar em conjunto com a DIVIPLAN projetos de construção, reforma, adaptação e ampliação de unidades de saúde da rede básica; acompanhar, as articulações com o NAF, DIVIPLAN e órgãos devotados à execução dos projetos de construção e reforma das Unidades de Saúde da rede básica; elaborar anualmente, o plano de assistência medicamentosa, conforme as normas e prioridades estabelecidas; programar, organizar e supervisionar em conjunto com a Divisão Técnica, os Programas preconizados pelo Ministério da Saúde nas Unidades Básicas. Por fim, participar efetivamente na organização e operacionalização dos programas de treinamento e capacitação dos servidores, visando melhorar a qualidade do desempenho nas atividades. Em virtude da grande extensão territorial, do difícil acesso geográfico e das adversidades naturais que existem no nosso município, torna-se necessário que as assessorias de rios e planalto executem as atividades afins. Para a execução de tais atividades, é indispensável a utilização de logística que prevê: barcos, voadeiras, veículos (carro, ônibus e motocicletas), alimentação, combustível, medicamentos, dentre outros serviços fundamentados à realização das ações de saúde, conforme cronograma das atividades anuais da DUA, viagens que chegam a durar 10 dias para as regiões de rios, a permanência das equipes nas áreas mais distantes. A assistência prestada às populações da zona rural pelas equipes da Atenção Primária à Saúde é executada através de escalas de acordo com as programações (PMS, 2017 p. 52).

Em se tratando de dados do consolidado geral do perfil da área de atuação da ESF e EACS 2017, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) alcança 472 comunidades rurais, distribuídas ao longo desses oito distritos, das quais 260 localizam-se nas regiões dos rios e várzeas, e 212 estão na região do planalto. O Perfil da Saúde de Santarém no ano de 2017 nos apresenta um cenário que distingue a população da várzea e rios, 46.700 habitantes e a do planalto, 53.012 moradores, totalizando então 99.712 habitantes na zona rural em 2017. O

levantamento populacional realizado pelos ACSs da SEMSA evidenciou a população de Santarém em 297.691 habitantes, dos quais 196.135 são moradores da zona urbana e 98.705 são residentes da zona rural (IBGE,2010). Esses dados se aproximam do Censo Populacional do IBGE de 2010, cuja contagem alcançou 297.039 habitantes em Santarém (SEMSA,2017).

No campo de profissionais do SUS, vinculados a SEMSA um total de 3212 servidores públicos, dentre as categorias em regime de trabalho, assim distribuídos: celetista 54, contrato por prazo determinado 1582, emprego público 577, estatutário 999. (RAG, 2017). Ganhando destaque o contrato temporário o que pode contribuir para alta rotatividade dos profissionais.

No Brasil, a cobertura da população pelo programa Estratégia Saúde da Família (ESF) ainda não é total. Em 2018, ela alcançou cobertura populacional de 133.316067 habitantes, ou seja 64,19 % da população coberta (BRASIL, 2018). Buscamos aqui nesse item contribuir para a construção de um referencial para o estudo apresentando a cobertura sobre a perspectiva nacional até a local, Arapixuna.

Quadro 10 - Cobertura de ESF e APS Brasil, 2018.

Período	Unidade geográfica	UF	População	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. ESF	Estim. Pop. Cob. AB/APS	Cobertura AB/APS	
Dez/2018	BRASIL	PA	207.660.929	64,19%	133.316067	154.876.298	74,58%	
Período	Macrorregião	UF	Região de saúde	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. ESF	Estim. Pop. Cob. AB/APS	Cobertura AB/APS	População
Dez/2018	NORTE	PA	Baixo Amazonas	60,70%	4.947.343	508.294	67,71	455.704
Período	Município	UF	População	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. ESF	Estim. Pop. Cob. AB/APS	Cobertura AB/APS	
Dez/2018	Santarém	PA	296.302	66,37%	196.650	76,35%	226.230	
Período	Município	UF	População		Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ACS	Nº de ACS	
Dez/2018	Santarém	PA	296.302		296.302	100%	580	
Período	Macrorregião	UF	População	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. ESF	Estim. Pop. Cob. AB/APS	Cobertura AB/APS	
Dez/2018	NORTE	PA	8.366.628	59,13%	4.947.343	5.487.618	65,58%	

Fonte: e-Gestor Atenção Básica, E-mail: nti.dab@saude.gov.br

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> Dado gerado em: 30 de Maio de 2019. Desenvolvido pelo Núcleo de Tecnologia da Informação - NTI/DAB.

Em Santarém, o serviço existe com uma excelente cobertura em termos numéricos. Porém, em termos de assistência e capilaridade, não. Trata-se de um modelo de saúde instituído para atender a zona urbana, não se adequa às peculiaridades da zona rural. Assim, acredita-se que a limitada assistência à saúde da população da região de cobertura de Arapixuna, unidade territorial da pesquisa empírica, considerando a modalidade Estratégias de Saúde da Família, não está relacionada ao fator cobertura do serviço e ao fator profissional de saúde. A dispersão populacional, e consequentemente, o ônus financeiro são os fatores que fragilizam a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

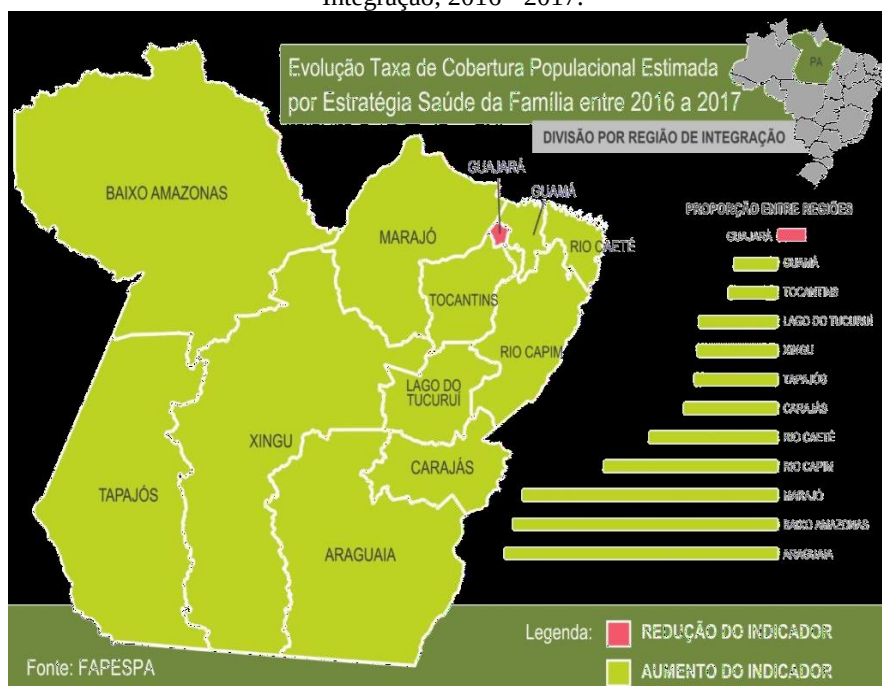
Esse contexto, pode refletir em baixa resolutividade e aumentar a demanda da atenção secundária e terciária (hospitais), referências para a reabilitação da saúde, isto é, para tratar a doença já instalada no usuário, o acesso da população aos serviços de saúde e a resolutividade são dificultados tanto pela não prevenção das doenças, como pela grande demanda de pessoas adoecidas que procuram as clínicas e hospitais da rede de saúde do SUS, de fato, que são atenção secundária em saúde. Diante do quadro de déficit da assistência e demais dificuldades, ampliam-se os obstáculos para o acesso e as respostas de resolutividade.

Não obstante, a cobertura da população de Santarém pelos Agentes Comunitários de Saúde, afiliados a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) corresponde a 100% de cobertura. (BRASIL, 2018). Nesse contexto, a capilaridade dos serviços da APS se encontra representada e fortalecida pelos ACSs. Na modalidade EACS a equipe não tem em sua composição o profissional médico, sendo composta por enfermeiro/supervisor de área e ACS.

No estado do Pará, dos 144 municípios, todos implantaram a modalidade de atendimento em ESF. A cobertura da população paraense estimada pelas ESFs é de 59,13% (4.947.343 habitantes. Para o estado, a cobertura aumentou de 55,81% em 2016 para 58,95% no ano de 2017 e 59,13% no ano de 2018. Nesse sentido, mais da metade da população paraense já tem acesso a esse serviço, podendo afirmar que, além da ESF, são atendidos pelas demais modalidades de saúde da APS.

Na taxa de Cobertura Populacional estimada por Estratégia Saúde da Família, somente a região de Guajará no estado do Pará apresentou recuo na expansão. As demais regiões, especialmente as regiões de integração do Tapajós e Amazonas apresentaram aumento nesse indicador.

Figura 7 - Evolução da Taxa de Cobertura Populacional estimada por Estratégia Saúde da Família por Região de Integração, 2016 - 2017.



Fonte: FAPESPA. Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas do Pará. Relatório do Mapa da Exclusão Social do Pará, 2018.

Nessa perspectiva, os dados em percentis numéricos refletem um cenário onde há uma considerável expansão e cobertura populacional da APS, no município de Santarém. No entanto, não levam em consideração as grandes distâncias, a dispersão da população num vasto territorial e fluvial, além dos custos financeiros impostos aos usuários e profissionais, corroborando assim com as conclusões do estudo de Garnelo et al (2018).

Prosseguindo, a partir dos dados obtidos pela pesquisadora e mediante contribuição dos profissionais de saúde da atenção primária entrevistados na unidade da estratégia Saúde da família, Arapixuna. Analisa-se no capítulo seguinte as possíveis significações explicitadas em entrevistas semiestruturadas. No texto, apresentamos inicialmente uma descrição sobre a comunidade de Arapixuna. Posteriormente os dados que foram considerados nas entrevistas e abriremos para discussões. Ponto de vista pelo qual três associados temas se impuseram como eixos das problemáticas concernentes: recursos da medicina local, geralmente qualificada como medicina popular, a interdependência e conceitual entre saúde e doença. E por fim, as condições adversas de trabalho.

4.1.2 Características sociais do trabalho de campo e da comunidade de Arapixuna

A inserção no trabalho de campo se deu em agosto de 2018 na participação e elaboração do plano diretor do município de Santarém, regulamentado pela Lei Municipal Nº 18.051/06

de 29/12/2006. Estiveram presentes cerca de 785 delegados credenciados, representando diversos segmentos da sociedade, inseridos e distribuídos em 10 eixos temáticos. O Plano Diretor está deliberado pelo Estatuto das Cidades como instrumento básico norteador de política de desenvolvimento e de ordenamento da expansão urbana do município.

Dessa forma, criou-se alternativas de participação de representantes da sociedade na revisão dessa legislação municipal, destacando-se que ela precisa ser revisada a cada 10 anos e abrange diversos eixos, dentre eles:- a saúde municipal. De qualquer forma a proposta deve ser construída junto à sociedade, visando a melhor gestão da cidade. Conforme descrição a seguir:

A construção do Plano Diretor do Município de Santarém- Pará²². Para atingir esse objetivo foram necessárias realizar várias reuniões abrangendo diversos públicos (zona rural, urbana, entidades governamentais e não-governamentais, associações e entidades de classes). Essas reuniões foram denominadas de leituras comunitárias, e nestas, foram realizadas o levantamento de problemas e propostas citadas pela própria população, visando a melhor forma de atendê-las e promover a qualidade de vida.

A partir das leituras em atas e relatórios das oficinas do plano diretor, que posteriormente vim a tomá-lo por estudo de campo, a comunidade de rios na região do Arapixuna²³. Minha leitura voltou-se para questões referentes ao eixo temático saúde e doença, sobre o qual encontrei as seguintes informações: Em todas as reuniões do Plano Diretor havia um coordenador (técnico da prefeitura municipal de Saúde) que orientava a dinâmica dos trabalhos. Esses grupos foram construídos e constituídos por afinidades temáticas, por representantes dos mais diversos segmentos da sociedade e divididos em 03 grupos de trabalho assim denominados: Questões sociais (saúde, educação, segurança pública); Infraestrutura; Meio ambiente e Economia.

A plenária foi dividida em grupos segundo os eixos e composta por pessoas com interesses afins na temática, a 9ª oficina ocorreu no dia 11 de setembro de 2017, na região de Arapixuna (Arapixuna, Jari do Socorro, Laranjal, Amari, Cuipiranga, Urucureá, Alto Jari, Guajará, Piauí, Vila Amazonas, Moacá, Santa Luzia, Picaê, Membeca, tucumatuba, Aninduba, região do Rio Tapajós), Secretaria municipal de educação (SEMED), e secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), Lago central. Contou com 61 participantes, que elencaram os problemas apontados em diagnóstico situacional. No eixo saúde, constam no relatório os seguintes problemas: ausência de ambulância, falta de medicamento, e de implantação, ampliação e

²² Ata da oficina do plano diretor disponível no site: http://www.santarem.pa.gov.br/midias/anexos/86_ix_oficina_-_revisao_pdm_arapixuna.pdf

²³ Ata da oficina do plano diretor disponível no site: http://www.santarem.pa.gov.br/pagina.asp?id_pagina=86

construção de unidades básicas de saúde na região; falta de transporte para a equipe de saúde ir visitar as comunidades²⁴.

Após as oficinas foi construída a minuta do projeto de lei de revisão do plano diretor de Santarém, que se encontra em tramitação na câmara legislativa. Vale ressaltar que a minuta apresentada e aprovada na reunião maior do plano diretor, deve contemplar e respeitar os anseios da comunidade elencados nas oficinas.

A escolha da comunidade como espaço empírico do estudo se deu pela proximidade com a cidade de Santarém. O trabalho de campo ocorreu em Arapixuna, no mês de outubro de 2018. Realizamos um total de 10 entrevistas com os profissionais de saúde residentes na própria comunidade ou residentes em comunidades vizinhas, mas vinculados à área de adscrição, ou seja, delimitada à UBS de Arapixuna. As entrevistas foram realizadas individualmente, na própria Unidade de Saúde, com o cuidado de não interferir na rotina do serviço.

A partir das variáveis valoradas, foi possível caracterizar atributos sociais dos entrevistados, apresentadas na tabela 01. Os dados numéricos obtidos no decorrer da entrevista foram tabulados mediante o programa *Microsoft® Excel®* 2010. Por fim, eles foram tratados por meio da estatística descritiva e apresentados em forma de tabelas.

Tabela 5 - Atributos sociais dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família - Arapixuna do município de Santarém-Pará, 2018.

Sexo	N	%
Feminino	7	70
Masculino	3	30
Exercício Profissional		
1-10 anos	3	30
11-20 anos	7	70
Total	10	100
Escolaridade		
Ensino Fund. Completo	2	16,7
Ensino Médio Incompleto	6	50,0
Ensino Superior Completo	2	16,7
Especialização em Medicina da Família e Comunidade	1	8,3
Mestrado em Saúde Pública	1	8,3
Total	12	100

Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora mediante contribuição dos entrevistados, 2018.

²⁴ Comunidade é um grupo local, de tamanho variável, integrado por pessoas que ocupam um território geograficamente definido e estão irmanados por uma mesma herança cultural e histórica.

Conseguimos alcançar grande parte da equipe, visto que, pelas normativas do Ministério da Saúde, a equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família deve ser constituída, no mínimo, por um médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, um enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; um ou dois auxiliares de enfermagem e 06 a 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais com formação em nível superior vêm ainda sendo inseridos às equipes, pela importância da abordagem multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2017). Assim, cabe ao gestor local, a decisão de incluir ou não na equipe, outros profissionais como odontólogos, fisioterapeutas, dentre outros.

Essas proposições vêm sendo instituídas em algumas unidades de Estratégia Saúde da Família da zona urbana de Santarém, consideradas unidades pólos de atendimento. E estas ainda podem contar com o apoio do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF). Porém, no período da coleta de dados, o referido núcleo estava restrito somente à zona urbana do município, em fase de implementação e habilitação junto ao Ministério da saúde. A inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Atenção Básica, (NASF- AB) ocorreu em 2011 e permanece vigente. É apresentado na PNAB como:

Uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB). Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatria; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente (BRASIL, 2017 p 11).

Vale destacar que o NASF –AB não deve ser pensado como uma estrutura física (predial), e nem de livre acesso para atendimento individual ou coletivo, pois não o é. Quando torna-se necessário o atendimento de profissionais que compõem a equipe, estes são acionados pela ESF. Então, o atendimento do NASF surge a partir das demandas originadas na APS.

A faixa etária mais frequente dos entrevistados foi a de 34 a 38 anos, confirmando que os atributos indicativos que a composição dos informantes é relativamente jovem, apenas dois deles sendo idosos, com idades de 60 e 65 anos. Nesse contexto, o Brasil, considerado um país em desenvolvimento, define-se idoso como pessoa a partir de 60 anos de idade. Em países

desenvolvidos, considera-se a partir de 65 anos. Esta composição alcançada pelos estudos de Ursine, Trelha e Nunes (2010), Kluthcovsky et al (2007) e também corresponde a Fernandes (2016), nele houve indicações similares.

Em relação à variável sexo, cabe uma reflexão, visto que hodiernamente vem sendo foco de debates e equívocos em torno dos termos sexo e gênero. Por vezes eles são utilizados como termos equivalentes, mas não o são. Vale ressaltar que, para não incorrer no mesmo equívoco, utilizei-me das referências conceituais de Neves, (2014, p 323):

O conceito de gênero se refere às distinções de sexo socialmente construídas, ultrapassando o sexo biológico, mas incidindo na demonstração do conjunto de práticas sociais, de símbolos, de representações, de normas e valores sociais que, no tecido da vida social, são elaborados a partir das diferenças anatômicas e fisiológicas.

Dessa forma, no presente estudo não foi objetivo considerar conceituações de gênero, mas sim o sexo dos participantes do estudo. Em consequência dessa percepção, houve predominância do sexo feminino entre os profissionais da ESF de Arapixuna, tal como também apresentado pelos estudos de Gouvêa GR et al (2013) e Vasconcelos et al (2010). No primeiro estudo, os autores verificaram participação semelhante do sexo feminino e no segundo, realizado com ACS na cidade mineira de Virgem da Lapa, os pesquisadores constataram predominância similar, onde o universo feminino correspondeu a 92% dos participantes da pesquisa.

De acordo com Santana et al (2009), historicamente a mulher sempre foi associada à função de cuidadora. Tronto (1997) destaca que talvez possa vir daí a origem da associação entre as atribuições dos profissionais de saúde e a adesão da maioria das mulheres para essa função. Com isso, é possível ainda sinalizar que a solidariedade pelo próximo, pelos co-residentes na comunidade é, em nossa cultura, uma qualidade moral associada à mulher, ao sentimento materno, ao cuidado do outro.

Relacionado ao tempo de exercício da função, percebe-se que a maioria coincide com o período de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) no município, demonstrando que mais da metade dos profissionais entrevistados está no ofício desde o início da consolidação destes programas, na década de 1990. Essa mesma afirmação não se aplica aos profissionais da equipe ESF com formação superior, pois não precisam ser residentes no mesmo local onde trabalham. Porém, em Arapixuna, o universo total dos profissionais da equipe mora na comunidade.

Nota-se que há uma baixa rotatividade de vínculos de trabalho entre os entrevistados, possivelmente devido à satisfação com o ambiente de trabalho, até pela ressalva do MS, pelo

qual observa-se que o agente de saúde deve residir na área da comunidade em que vai atuar. Esse requisito facilita o trabalho do ACS e viabiliza mais horas para cuidar da família, por se tratarem de horários flexíveis. Em Arapixuna, não há um tempo pré-determinado de durabilidade de visita domiciliar, como demonstram nos discursos abaixo as contribuições dos profissionais de saúde entrevistados:

Laura, 60 anos: “Então o meu trabalho básico mais é esse mesmo, fazer as visitas domiciliares. Eu demarco uma área que vou visitar. Então hoje vou visitar aquelas oito famílias ou dez famílias, vai depender do horário.”

Elizabeth, 36 anos: “Aí eu ficava de baixo de um pau esperando passar o meio dia, para eu poder chegar nas casas e completar minhas visitas. Sendo quatro de manhã e quatro de tarde.

Ester, 54 anos: “[..]De tarde, pensar o que você falou, orientou nas visitas, registrar lá e algumas vezes descansar também, porque o santo é de barro.

João, 65 anos:

[..] É esse o trabalho do ACS, o nosso dia. Tem dia que é tranquilo, eu saio de casa, já saio com o mapa para onde eu vou. Inclusive às vezes tem prioridade, mas às vezes não. E às vezes são visitas normais por isso que minha mulher me acha. Ela sabe onde eu estou por causa da organização, mas tem vez que não, tem vez que “bagunça”, que eu digo bagunça assim: hoje “bagunçou” minhas visitas domiciliares, pois, quando eu estou fazendo a primeira visita, eu sou chamado para cá, para a unidade de saúde, acabo fazendo nenhuma. Bagunçou então, mas no bom sentido. É assim, a nossa vida é assim. [...] A gente faz reuniões e nosso chefe fala assim: - Você tem que fazer a visita em 15 minutos, mas não dá, porque eu não vou chegar lá dizendo o que eu quero e não ouvir o que o pessoal tem de dizer. De repente, a pessoa quer falar de dor, sabe que eu estou lá para ouvir, ele fala até do vizinho para mim, isso acontece, se tem uma briga de vizinho. Eu chego na casa dele e ele quer me contar. Como dizia minha velha avó, tím-tím por tím-tím da briga. E eu tenho que escutar e isso às vezes demora mais de 1 hora, 2 horas. Ele vai serve um café. E a gente vai levando o papo para a frente. Não tenho hora marcada não. Não é assim. [...] As coisas são diferentes, é como eu lhe falei bom atendimento é aquele que você faz com amor, com paciência e criatividade. Dizer que eu estou aqui na unidade de saúde, a senhora chega com uma dor de cabeça, mas eu não tenho medicação para lhe dar, mas eu lhe encontro, mando a senhora sentar, levo um papo bom com a senhora, pergunto, o que a senhora tá sentindo e no fim do atendimento eu digo à senhora: - não tem a medicação para lhe dar, mas eu já tenho experiência do que eu já ouvi de paciente ali fora. Ando de casa em casa e percebo muito isso, porque o ACS, hoje a gente é médico, a gente é padre, a gente é psicólogo, a gente é doutor, enfim, você chega em uma casa, a gente faz reuniões. E nosso chefe fala que você tem que fazer em 15 minutos. Então é difícil estipular 4 visitas domiciliar de manhã 4 visitas domiciliar à tarde. É muito difícil, tem dia que a gente faz, mas tem dia que a gente não faz, a gente tem que se virar para fazer a visita domiciliar[..].

Conforme a literatura consultada, durante a visita domiciliar os objetivos propostos devem ser atingidos. Desta maneira, uma visita que tem por finalidade somente informar um paciente que este precisa ir ao Centro de Saúde, para uma consulta médica, pode levar um minuto. De outra forma, uma visita domiciliar para identificar uma família, pode trazer

inúmeras demandas à equipe da APS, através do ACS, e pode demorar bem mais que uma hora (BVS, 2010).

O elevado tempo de exercício da função pode ser considerado como fator benéfico na articulação do serviço de saúde com a comunidade, bem como, no enfrentamento dos desafios do trabalho em Saúde Coletiva. Por isso, os comunitários os percebem como um vizinho, antes mesmo de ele ser ACS, ou funcionário da UBS. Eles convivem nos mesmos ambientes sociais e têm acesso aos domicílios, assim como contam com a empatia e a alteridade para aproximar esses profissionais com os usuários do serviço de saúde. Operam então de forma resolutiva e norteadora, além da formação de vínculos.

Segundo os autores Neves, (2005 e 2014); Hébette et al., (2002); Menezes, (2002); Silva, (2005); e Wagley, (1988), a população que reside às margens dos rios amazônicos comumente utilizam a expressão sítio como informação do local de residência; e o termo comunidade ou povoados para contemplar o espaço coletivo e vicinal, cujos habitantes compartilham dos mesmos modos da vida cotidiana local. Sob um olhar mais geral, o termo sítio é compreendido pela população urbana, como o oposto de cidade. E como buscava-se na presente pesquisa uma comunidade ribeirinha que tivesse a UBS na modalidade saúde da família, Arapixuna se apresentou nessas condições.

Assim, o espaço social é concebido por pontos fixos e fluxos, concebidos pelos movimentos, e as relações sociais construídas entre as pessoas que interligam agentes diferenciados.

Os fixos são os objetos, que podem ser os recursos naturais (exemplo montanhas) ou recursos elaborados pelas próprias pessoas (prédios). Correspondendo a esses atributos o território vem sendo abordado por várias áreas do conhecimento, principalmente como conceito basilar da geografia, abraçando duas vertentes a jurídico - política e a etológica.

Ainda nessa perspectiva, França et al. (2002, França, 2004) e Jesus (2003) conceituam desenvolvimento atrelado ao local. Este como ambiente ativo de desempenho de atores sociais, como área para ativar estudos com vistas a melhorar a qualidade de vida e a promoção da saúde. Assim, o desenvolvimento local implica engajamento dos usuários em comunidade, a partir da análise da realidade social local, com vistas a responder às demandas coletivamente elaboradas e encaminhadas.

Sendo amparado pelos recursos do próprio território, o desafio do desenvolvimento local é pensar global e agir localmente, isto é, a partir da realidade social local que necessita ser compreendida visando encaminhar soluções às problemáticas do coletivo (NUNES VIVEIROS, 2008). O território pode ser compreendido como instrumento de relevância na

organização das ações e práticas de saúde, visto que as atividades de saúde são realizadas sobre uma base territorial adscrita e com delimitação espacial previamente definida (MONKEN, 2005). O desenvolvimento local está assim vinculado a uma dialética em que, no âmbito local, as pessoas buscam maneiras para enfrentar as problemáticas que comprometem os seus territórios²⁵ (SANTOS,2017).

A viagem fluvial à comunidade de Arapixuna foi feita em lancha e se dá todos os dias de Santarém- Arapixuna com saída às quatorze 14 horas da Prainha²⁶ descendo a escadaria.

Figura 8 - Local de saída da balsa da Comunidade de Arapixuna para Santarém



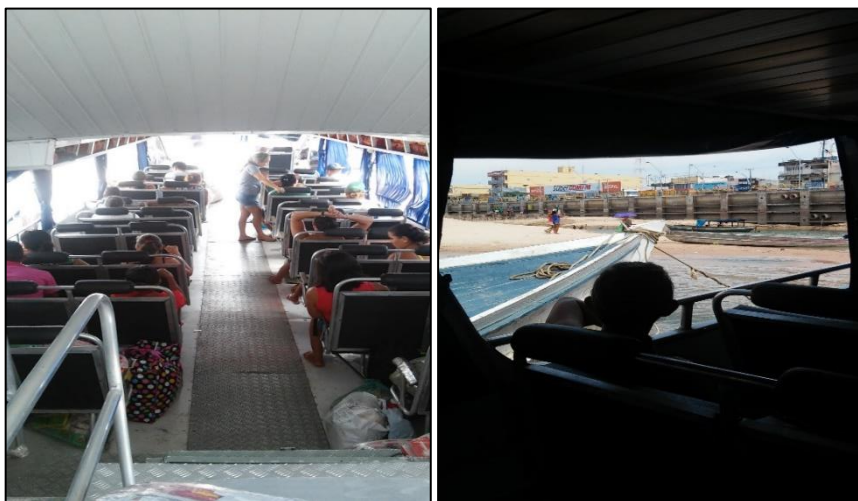
Fonte: Foto tirada pela pesquisadora Franciane de Paula Fernandes, em 09 de outubro de 2018.

O acesso para se chegar a Arapixuna é somente por via fluvial, em barco, lancha ou balsa. Para realizar as entrevistas, fiz previamente contato com a enfermeira responsável pela Estratégia Saúde da Família da comunidade, que se mostrou muito disponível a ajudar e me passou as orientações necessárias referentes à viagem de ida e volta Santarém- Arapixuna.

²⁵ Milton Santos foi professor da UFBA, da USP e de várias universidades estrangeiras. Faleceu em 2001. É um dos principais representantes da “geografia crítica” em que o estudo do espaço procura a explicação nas relações entre a sociedade, o trabalho e a natureza na produção e apropriação dos lugares e territórios. Milton Santos indicava com isso que não é mais suficiente explicar o mundo, é preciso também transformá-lo.

²⁶ Com a vazante dos rios surgem pontas de areia branca, semelhantes à praia, e servem para as lanchas de pequeno porte ancorarem.

Figura 9 - Orla local de saída da Lancha de Santarém para a Comunidade de Arapixuna



Fonte: Foto tirada pela pesquisadora por Franciane de Paula Fernandes, em 12 de outubro de 2018.

Quando cheguei à lancha, fui recebida pela dona Maria, que me perguntou se eu era a enfermeira que ia para Arapixuna, mostrando-se ainda muito receptiva. A lancha apresenta aproximadamente 40 lugares, e eu parecia ser a única desconhecida, visto que os demais passageiros todos se conheciam devido às muitas conversas paralelas.

A duração da viagem estava prevista para uma (01) hora mas, no meio da viagem, a lancha encostou em um tronco porque, devido a vazante²⁷ das águas, o leito²⁸ do rio estava muito baixo. Quando tivemos o problema da intercorrência na embarcação, uma outra embarcação também de porte pequeno fez a mesma travessia pelo furo e conseguiu passar, ajudando a nos rebocar até próximo à comunidade de Arapixuna.

Figura 10 - Deslocamento da viagem na Lancha de Santarém para a Comunidade de Arapixuna



Fonte: Foto tirada pela pesquisadora por Franciane de Paula Fernandes, em 12 de outubro de 2018.

²⁷ Leito do rio: Nome dado ao terreno/canal por onde um rio passa

²⁸ Igarapés e furos são expressões utilizadas na Amazônia para indicar cursos de água marcados por pouca profundidade e por correrem quase no interior da mata. Braços estreitos de rios ou canais.

Perceptíveis foram as relações de solidariedade manifestadas entre as pessoas que estavam na lancha, tanto que prontamente ajudaram o dono do barco, sem reclamações ou cobranças individualistas. Naquela tarde a lancha não voltou a funcionar e continuamos a viagem em outro barco de pequeno porte, que nos levou até à comunidade de Arapixuna.

Os responsáveis pela lancha assumiram a responsabilidade de realocar todos os passageiros em outros transportes, por terra, estradas de acesso, ou pelos rios ou furos que interligam as 31 comunidades que compõem o distrito de Arapixuna. Por volta das 16:40 horas chegamos ao destino. Uma escadaria de madeira nos dava acesso à comunidade.

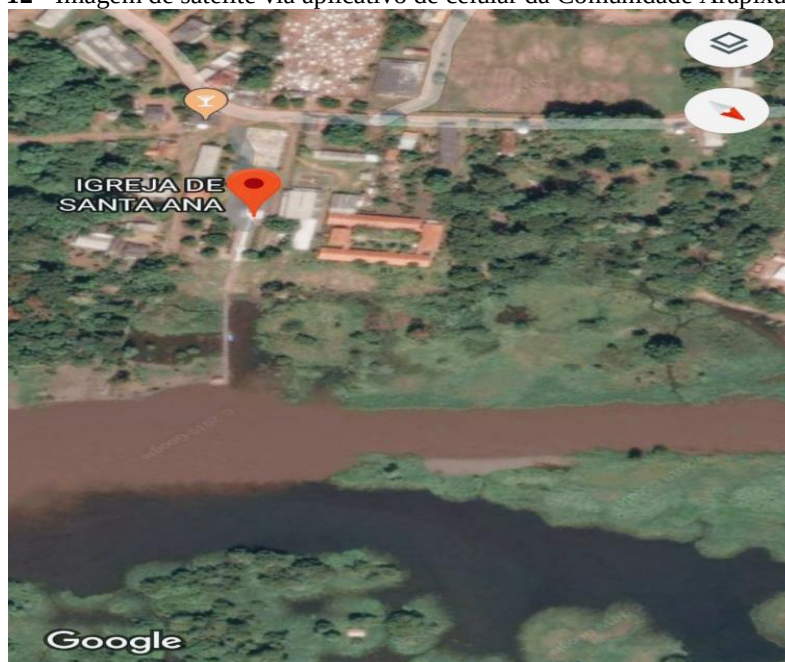
Figura 11 - Foto da chegada à Comunidade de Arapixuna



Fonte: Foto tirada pela pesquisadora por Franciane de Paula Fernandes, em 12 de outubro de 2018.

Chegando em Arapixuna, de imediato me deparei com a Igreja de Santana e com a unidade básica de Saúde da Família, prédios vizinhos, e fui recebida pela enfermeira e pelo auxiliar de enfermagem que me deram as boas-vindas e me levaram para casa da senhora onde eu iria manter estadia. Na hospedagem tive a oportunidade de conhecer algumas famílias locais, em especial onde eu fiquei hospedada.

Figura 12 - Imagem de satélite via aplicativo de celular da Comunidade Arapixuna, 2019.



Fonte: <https://maps.app.goo.gl>

A região de Arapixuna é considerada comunidade ribeirinha da zona rural, localizada próxima a Santarém, apresenta as coordenadas geográficas latitude $2^{\circ} 14' 08.8''$ S e longitude $54^{\circ} 49' 59.4''$ WO. Situa-se em linha reta, a 25 km de distância de Santarém. Mais precisamente, na confluência denominada furo do Jari, acidente geográfico que liga os rios Tapajós e Amazonas.

Figura 13 - Delimitação geoespacial do município de Santarém e a localização de Arapixuna.



Fonte: Google Earth, 2019.

A equipe de saúde é composta por onze ACS, uma enfermeira, um médico, um técnico em enfermagem e um auxiliar de enfermagem que, juntamente, assistem uma área que abrange

aproximadamente 605 famílias, 2051 pessoas distribuídas em 13 comunidades: Arapixuna, Tucumatuba, Laranjal, Pinduri, Carariacá, Dourado, Picãe, São José, Custódia, Moacá, Alto Jari e Jari do Socorro e Ilha das Marrecas.

Se considerarmos o número de famílias por ACS e o número de pessoas, e de acordo com a PNAB, atendem os requisitos, e estão até abaixo do que é preconizado pela portaria, pensando assim, acredita-se que essas pessoas são atendidas e assistidas pelas equipes, mas é importante frisar que essa regulamentação esse pensamento deve ser válido para regiões urbanas onde praticamente não há dispersão populacional ao longo do território, essa lógica não deveria ser aplicada a zona rural, seja de rios ou planalto (campos e florestas).

Conforme relatou a participante Helena: assim enfermeira, as distâncias até chegar em Arapixuna, eu tenho uma base, porque meu filho tem moto e ele me diz mais ou menos. Com esta informação foi elaborado o quadro 11 a seguir:

Quadro 11 - Relação das 12 comunidades que fazem parte da área de cobertura da ESF Arapixuna.

Comunidade	Distância aproximada em (km) da ESF Arapixuna
Ilha das Marrecas	17
Aninduba	13
*****Laranjal	10
Carariacá	9
Dourado	8
***Picãe	7
****Pindurí	7
Moacá	6
**Jari do Socorro	6
Custódia	6
*****Tucumatuba	3
*São José	3

Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora mediante contribuição dos entrevistados, 2018.

*do outro lado do rio na beira do Amazonas (atravessa o rio Amazonas)

**Só vai de bajara

*** Já tá no rio Arapiuns

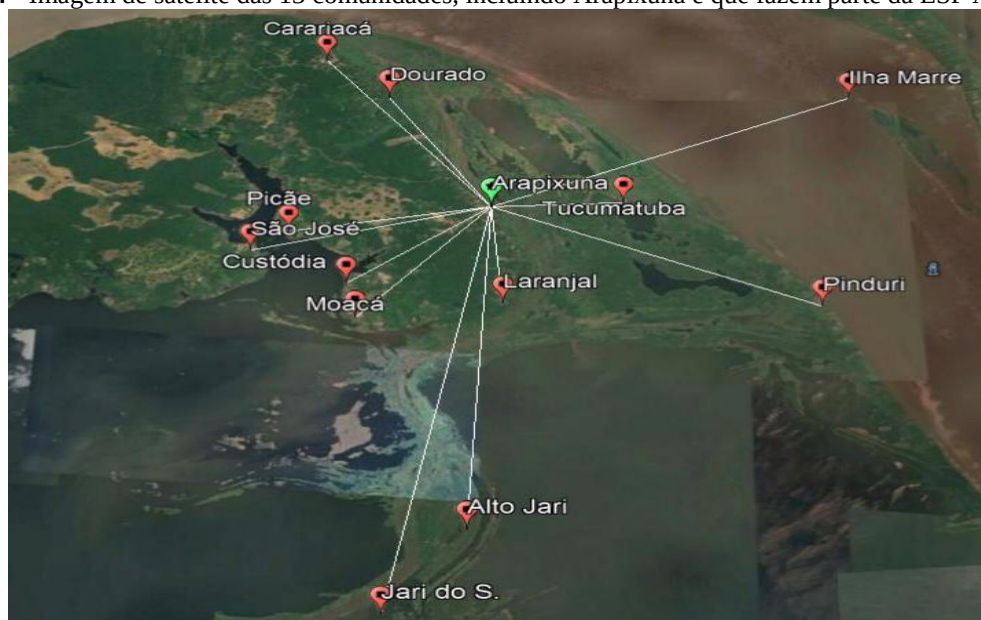
**** Na beira do rio Amazonas

***** Só vai por água

***** Vai de bicicleta

Para o levantamento espacial das comunidades que são vinculadas a ESF Arapixuna, fizemos da seguinte forma, pois para a geoespacialização de determinados lugares, torna-se necessário em algumas situações ir em *lócus* e bater o ponto do *Global Positioning System* (GPS) que em português significa Sistema de Posicionamento Global. Consiste numa tecnologia de localização por satélite. Assim, com a ajuda da tecnologia, foi realizado da seguinte forma: - Foi solicitado à Maria do Carmo, acadêmica do curso de enfermagem que tem familiares em Arapixuna, que na medida do possível nos enviasse a localização geográfica via aplicativo *WhatsApp*. De imediato não foi possível, visto que, no momento, não tinha energia e nem *internet* na comunidade, mas assim que voltou, a tia da acadêmica enviou a localização e, com ajuda de profissional especializado foi elaborado o mapa.

Figura 14 - Imagem de satélite das 13 comunidades, incluindo Arapixuna e que fazem parte da ESF Arapixuna.



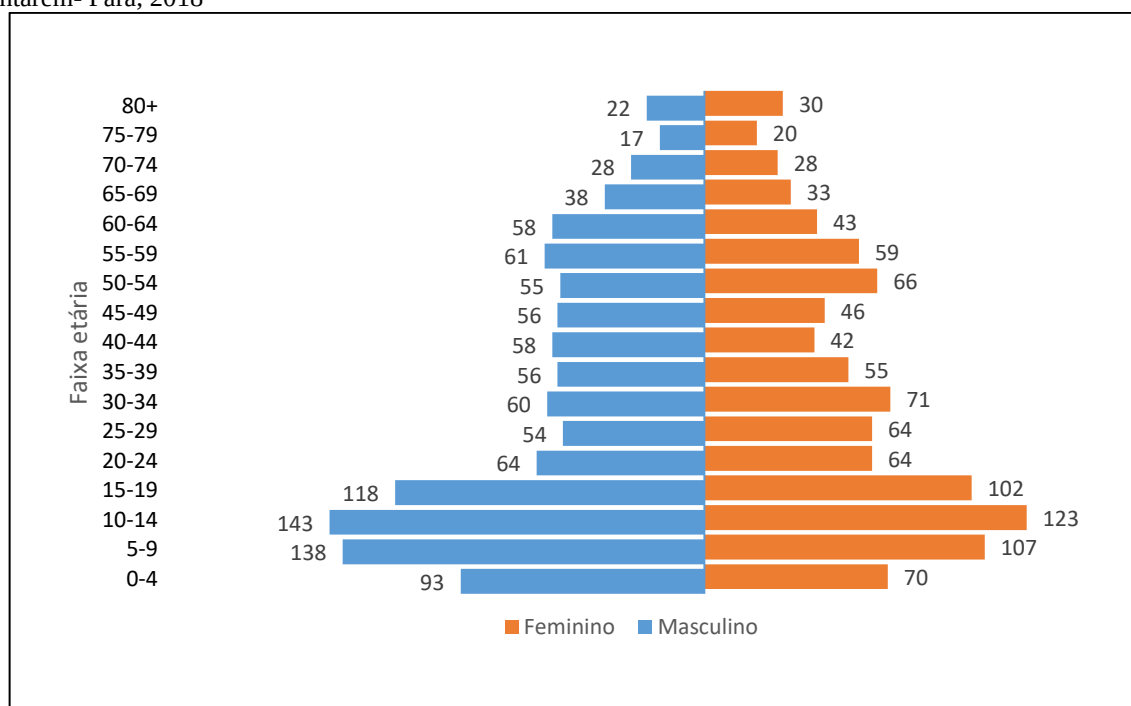
Fonte: Google Earth, 2019.

Todo final de ano, os profissionais que atuam na atenção primária à saúde, na modalidade estratégia saúde da família e estratégia de agentes comunitários de saúde, precisam entregar o perfil correspondente à área adscrita de atuação. O perfil é um instrumento que condensa as informações sobre as quantidades das seguintes variáveis: população por faixa etária, sexo, escolaridade, estrutura das áreas, situação de moradia, condições de moradia, abastecimento de energia e água, destino do lixo, pessoas com deficiências, pessoas tabagistas, pessoas com fissura labial e/ou palatina, outras informações: total de famílias do programa bolsa família, total de óbitos no ano. Hipertensos, diabéticos, hipertensos e diabéticos, nº de animais: cães e gatos.

Arapixuna foi fundada em 26 de julho de 1880 e elevada a distrito de Santarém em 29 de janeiro de 2016, categorização que permite reconhecimento de agência distrital e aproximação da comunidade junto ao poder legislativo e executivo. Há na comunidade o predomínio de funcionários públicos, vinculados aos serviços de saúde e educação. A base econômica da população baseia-se na pesca, na agricultura de subsistência e mercantil e na pecuária, mas de forma tímida. O circuito de rendimentos financeiros se completa com aposentados, pensionistas e comércio local. Conforme perfil da área de atuação da ESF, os seguintes atributos são destacados:

A pirâmide etária da população residente na região de Arapixuna apresenta-se distribuída proporcionalmente em cada faixa etária por quinquênio e sexo, permitindo avaliar detalhes apresentados no perfil, segundo informações de dados da ESF.

Gráfico 2 - Perfil Pirâmide etária da população residente na região ribeirinha – Arapixuna no município de Santarém- Pará, 2018



Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora mediante levantamento documental, 2018.

Percebe-se que a pirâmide etária da região da ESF de Arapixuna apresenta todos os ciclos da vida social. Com um considerável número de crianças e adolescentes, praticamente equiparada à população em idade ativa, ou seja, de adultos jovens e uma proporção reduzida de comunitários idosos. Dessa forma, revelando um cenário que deve direcionar as intensificações das ações nas áreas de educação, saúde, especialmente voltadas à saúde da criança, da mulher e do adolescente.

A partir da análise aqui contemplada revela-se o padrão etário da região de Arapixuna, com predominância na infância e na adolescência. A base alargada da pirâmide populacional pode ser atribuída a um considerável aumento do número de fecundidade. Observa-se ainda que há uma peculiaridade referente ao estreitamento acentuado da pirâmide etária a partir dos 19 anos, podendo ser indicativo de um possível processo migratório para a cidade, por vezes com intuito de estudar ou trabalhar, mas que a maioria não está retornando ao distrito.

Em termos de desenvolvimento local, Arapixuna possui uma escola de ensino fundamental (Escola Municipal), oferece o ensino fundamental regular e ainda o ensino médio, porém na forma modular. Acredita-se que os mais jovens, por essa última modalidade de ensino, não precisam se deslocar para cursar o nível fundamental e médio. Porém, para a formação em nível superior, precisam se transferir para estudar em Santarém. Há relatos de filhos da comunidade que alcançam uma graduação e retornam para oferecer os serviços na própria comunidade, conforme as contribuições da entrevistada Joana, 38 anos:

[...] Me criei aqui em Arapixuna. A minha mãe fazia os pré-natais em Santarém, só que ela trabalhava aqui; então ela é filha daqui também; meus pais são filhos daqui. Então, a gente viveu aqui até hoje. Só saí para estudar e depois voltei.

E da entrevistada Silvia, 54 anos:

“[...]Só não temos uma creche ainda, mas nós temos a oportunidade de as crianças a partir dos quatro anos já interagem com as outras na programação que nós fazemos[...].”

A energia elétrica na comunidade de Arapixuna foi fornecida a partir do projeto do governo federal Energia no Campo, em 2012, mas alguns moradores têm motores-geradores movidos à óleo diesel, pois informam que há uma grande oscilação no fluxo da energia, com quedas frequentes desse fornecimento.

O abastecimento de água é oriundo de um microssistema, que distribui para as residências, assim como, as águas fluviais que atendem por vezes às necessidades domésticas. No que concerne à telefonia, o uso de telefones celulares não alcança toda comunidade com bom funcionamento do sinal de transmissão.

O diagnóstico de saneamento básico deve levar em consideração os indicadores de abastecimento de água, esgotamentos sanitários e coleta de lixo, considerados serviços básicos que tem reflexo direto na qualidade de vida da população, especialmente na saúde. Conforme quadro elaborado a seguir:

Tabela 6 - Aspectos sociodemográficos da região ribeirinha Arapixuna no município de Santarém-Pará, 2018.

Condições de moradia	n	%
Própria	599	99
Cedida	9	1
Total	608	100
Tipo de residência		
Tijolo (alvenaria)	331	55
Taipa revestida	15	2
Taipa não revestida	14	2
Madeira	218	36
Palha	27	4
Total	605	100
Abastecimento de energia		
Energia elétrica	409	73
Motor de luz	48	9
Gato	34	6
Sem energia elétrica	67	12
Total	558	100
Abastecimento de água		
Rede pública	88	16
Poço ou nascente	121	21
Micro sistema	188	33
Outros (rios, igarapé, etc)	168	30
Total	565	100
Coleta de lixo		
Coleta pública	0	0
Queimado	510	76
Enterrado	118	18
Céu aberto	39	6
Total	667	100

Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora mediante levantamento documental, 2018.

O percentual de domicílios com abastecimento de água em rede geral no estado do Pará foi de 49,66%, em 2014, alcançando 49,11% em 2017, demarcando crescimento ínfimo e permanecendo com percentual muito abaixo do nacional. Os domicílios paraenses com esgotamento sanitário (rede coletora e fossa séptica) tiveram incremento na cobertura, passando de 50,35% para 62,47% (FAPESPA, 2018).

A Unidade básica de saúde tem implantada a modalidade de Estratégia Saúde da Família (ESF) e dispõe de uma estrutura predial simples. De certa forma, as ações e serviço de saúde são limitadas. Porém, com uma equipe muito empenhada em realizar um atendimento com muita qualidade. A seguir a figura 17 nos apresenta a Unidade Básica de Saúde de Arapixuna.

Figura 15 - Unidade Básica de Saúde e Arapixuna, 2019.



Fonte: Vasconcelos F. J, 2019.

A ESF Arapixuna é definida como modalidade tradicional, conforme a PNAB (2017). São realizadas as atividades que competem à atenção primária, como acompanhamento de consultas no pré-natal, das crianças e dos idosos, imunização, primeiros socorros, diagnóstico de algumas doenças epidemiológicas, atividades de promoção e prevenção à saúde e as visitas domiciliares.

Além da ESF tradicional, o MS homologou as modalidades de ESF fluvial (embarcação) e a ESF Ribeirinha (unidade fixa e mais quatro pontos considerados de apoio no território, que podem ser igrejas, escolas, barracão comunitário). Seu acesso às demais comunidades dar-se-á por via fluvial. Nessa perspectiva, Arapixuna poderia ser habilitada em ESF Ribeirinha, por já dispor de uma estrutura predial e pontos de apoio, com vistas a ampliar a equipe de saúde e a captação de aportes financeiros. Mas, não é, pois no município de Santarém, não há ESF

Ribeirinha habilitada junto ao MS. Somente uma ESF Fluvial, a embarcação Abaré. Assim, entende-se que o município tem ESF tradicional na região de rios que podem ser habilitadas como ESF Ribeirinha. Gestores atribuem esse cenário às limitações impostas na plataforma E-Gestor pelo próprio MS.

Neste desdobramento, as doenças mais comuns entre os moradores na comunidade, segundo relato, decorrem de problemas no trato respiratório, parasitas intestinais, doenças crônicas como hipertensão e diabetes e doenças de origem musculoesqueléticas como “dor na coluna”, justificadas pelo trabalho na agricultura. Conforme esclarecem as entrevistadas:

Laura, 60 anos:

[...] Muitas vezes as pessoas no interior trabalham muito, muitos ainda trabalham, não são alguns, mas muitos ainda trabalham sim. Então têm muitos que ainda trabalham na roça, carregam mandioca, suspendem, aquela coisa toda, e depois têm aquela dor na coluna, aquela coisa e é isso. Porque o que mais eles reclamam e que a gente observa são essas dores, e as vezes gripe, febre, dor, são essas coisas mais comuns [...] Mais é esse negócio de gripe, febre e dor, essas coisas assim, dor em que a pessoa trabalha e fica naquilo ali, e quando chega a noite dói também.

Também assim se exprime Joana, 38 anos:

As situações mais simples, corriqueiras, são assim: diarreias e às vezes, as famosas “desmentiduras”, que acometem mais crianças. [...] E os grupões Hiperdia que acontecem na comunidade. É mais aqui (Arapixuna) e em Laranjal que eu consigo fazer com frequência. E é bastante. Lá é mais de 30 HIPERDIA no caso, hipertensos e diabéticos.

E a Dolores, 41 anos: “Precisamos, principalmente cuidar das pessoas com doenças crônicas”. Assim, o quadro apresentado a seguir, apresenta os dados locais sobre o referido agravo e justifica essa preocupação.

Tabela 7 - Principais agravos crônicos em Arapixuna no município de Santarém-Pará, 2018.

Agravos	N	%
Hipertensos	114	67
Diabéticos	29	17
Total	143	84

Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora mediante levantamento documental, 2018.

A população de idosos da região de Arapixuna corresponde a 317 idosos, e quase aproximadamente metade da população é acometida desse agravo, em um cenário de destaque e preocupação. As doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, são preocupações também para equipe de saúde, conforme versa a participante Sílvia, 54 anos

[...] Nós temos grupos de hipertenso de idosos, de pessoa que estão com uma certa idade e que ainda não tem problemas de diabete de hipertensão e eles vão nesses grupos porque acontecem várias coisas as pessoas interagem umas com as outras. Nós temos grupos de idosos que se reúnem para fazer exercício, para dançar para fazer aquelas danças de festa junina as pessoas se reúnem na igreja eu vejo uma participação muito boa no futebol nas quadras onde os jovens se reúnem a escola também. Nós temos o grupo da melhor idade então que as pessoas buscam a fazer atividade física e hoje nós temos trinta mulheres que eu faço acompanhamento eu e a professora Solimões, aí a gente vem não é mais de idosas porque envolve quem quiser então nós temos pessoas de oitenta anos, mas nós temos pessoas de dezoito anos a gente faz atividade física duas vezes por semana no resto da semana a gente faz os grupos de caminhada a gente caminha onde vocês vão pegar a balsa depois vocês vão ver até uma certa uma parte que a gente vai e volta aí a gente faz passeios e dia doze a gente vai para a praia, praia do Cuipiranga, uma praia próxima é aqui perto [...] Aí a gente faz época de folclore a gente tem as danças que a gente faz elas dançam se apresentam a gente faz nossa quermesse porque as pessoas querem bem estar, como a gente diz muitos a pessoa é mais idosa, tem pessoas que tem trinta e seis anos que tem hipertensão e diabetes então eles vão lá para buscar fazer atividade física porque atividade física melhora com certeza não é depois que elas começaram a fazer baixou o nível principalmente da pressão [...].

Os estudos de Nascimento et al (2016 e 2017) contribuem nessa perspectiva, valorando as práticas integrativas e complementares (PICs) grupais como um dispositivo para problematização acerca da garantia da integralidade. Promovem diálogo, emancipação e participação dos pacientes e articula saberes, práticas, vivências nos espaços de saúde.

A qualidade de vida na terceira idade envolve um apanhado de aspectos que estão fortemente ligados à autoestima e ao bem-estar da pessoa idosa, considerando também as inúmeras atividades em grupos, como as que propiciam usufruir do lazer, experimentando da liberdade e desfrutando dessa fase com qualidade, saúde e autonomia (DAWALIBI et al 2013; ANDRADE et al 2014).

Além disso, as técnicas corporais com grupos de idosos favorecem a participação da comunidade, atuando como forma de inserção social, adaptação diante das adversidades e aquisição de novos conhecimentos, propostas estas adequadas na busca do envelhecimento saudável (CAMARGO; TELES; SOUSA, 2018).

4.1.3 Cenário do trabalho de campo

Retomando o cenário de trabalho de campo a comunidade de Arapixuna, a pauta da reunião da equipe de Saúde, naquele momento, incidia sobre orientações quanto às situações em que deve ser acionada a ambulância do SAMU. Consideração sobre quem pode fazer a solicitação, calendário e a programação vacinal. Compreendemos que, quando ocorre um caso de emergência na região de Arapixuna, geralmente o ACS entra em comunicação com a UBS, por meio de telefone celular, informando sobre a situação. E se preciso, o encaminhamento da

demanda para o SAMU Santarém, órgão que deve enviar a ambulância para posterior remoção do paciente. Sobre essa questão, assim se exprime o entrevistado Roberto, 34 anos:

[...] todas as vezes que eles têm uma emergência eles chegam para nós, agentes de saúde, e, caso a gente não esteja eles podem ir ao presidente da comunidade quem pode chamar a ambulância. Infelizmente não são todas as vezes que temos a necessidade e que somos atendidos [...]

Nessa perspectiva, em Arapixuna, após o paciente ter recebido os cuidados iniciais pelos profissionais na UBS, se necessário, ele é encaminhando para o Hospital Municipal de Santarém (HMS), é considerado hospital porta aberta, ou seja, sem exigência de regulação (entenda-se como uma forma prévia de garantia de leito hospitalar). Todo e qualquer paciente pode ser atendido no HMS. Se o caso requer assistência hospitalar de maior complexidade, este será transferido para o Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA), porta fechada. Essa transferência será feita a partir da tramitação via central de regulação de leitos de internação hospitalar, junto à Secretaria de Estado de Saúde Pública do estado do Pará (SESPA).

Esse cenário, pressupõe que os profissionais com formação superior detêm decisões, mas sempre em consenso com os demais membros da equipe. Portanto, não há uma decisão unilateral pela equipe da comunidade de Arapixuna. Por outro lado, quando não conseguem contato com a UBS ou não há ambulância disponível estes profissionais juntamente com os comunitários, articulam-se entre si para buscar uma solução de transferência para Santarém. Conforme nos demonstra o entrevistado Roberto, 34 anos: “Mesmo tendo um treinamento para saber quando chamar e quando não chamar a ambulância, muitas vezes não somos atendidos”

E ainda a participante Dolores, 41 anos:

[...]Seu eu pudesse eu ajudaria mais as pessoas que eu vejo que, na minha comunidade, a gente observa que tem famílias muito carentes, de levar principalmente uma pessoa doente em caso de chegar mais além, em busca do tratamento, porque muitas vezes essa pessoa não tem condições, a gente sabe disso. Então, se eu pudesse fazer mais por essa pessoa eu faria, mas infelizmente não tenho condições de poder fazer mais. Até mesmo, um chamado de uma ambulância, às vezes não tem na ocasião. A gente não sabe quando a emergência vai aparecer e não tenho como chegar, olha, dá para o senhor levar o paciente para Santarém, eu me responsabilizo. E às vezes a gente não tem como fazer isso. A vontade é que a gente quer fazer, mas não tem como. Não tem como dar essa ajuda a mais para o que eles precisam e que a comunidade não oferece. Quando uma pessoa fica doente, por exemplo e quando ela está debilitada às vezes a gente chama pessoas daqui da unidade, quando não a família freta um barco e leva direto para Santarém.

Há uma hierarquia respeitosa, atravessada por relação horizontal entre a equipe de saúde, mesmo que privilegiada pelo diálogo de orientações e adoção de condutas. Porém, no que concerne às ações, recursos estatais, limites dos serviços a verticalidade das relações

padronizada no diálogo, não aparece muito definida, reafirmando as especificidades das relações desses trabalhadores.

Elizabeth, 36 anos: “Assim, se tivesse a verba era bom, porque a questão de profissional nossa é boa [...]”

Roberto, 34 anos:

O que eu posso ver é que a unidade de saúde com os técnicos, enfermeiros e os médicos e que isso venha a melhorar dentro da unidade, não porque nós quase não estamos presentes dentro da unidade mais dentro da comunidade mas já presenciei vários casos que coube a nós correr atrás e fazer saúde. Aqui na unidade nós temos técnicos de saúde, e um médico então quando não é um caso extremo você fala com o técnico caso ele não resolva ele passa para o enfermeiro e caso ele não resolva ele passa para o médico tem esse intercâmbio entre eles então acaba resolvendo [...].

Nesse contexto Paulo Freire (2017 p. 115-116), defende a perspectiva dialógica que foi percebida na comunidade de Arapixuna. E nos convida a refletir o que é o diálogo, de modo a conceitua-lo como uma prática libertadora, conforme afirma no trecho a seguir:

E que é o diálogo? É uma relação horizontal de A com B. Nasce de uma matriz crítica e gera criticidade (Jaspers). Nutre-se de amor, de humanidade, de esperança, de fé, de confiança. Por isso, somente o diálogo comunica. E quando os dois pólos do diálogo se ligam assim, com amor, com esperança, com fé no próximo, se fazem críticos na procura de algo e se produz uma relação de “empatia” entre ambos. Só ali há comunicação. “O diálogo é, portanto, o caminho indispensável”, diz Jaspers, “não somente nas questões vitais para nossa ordem política, mas em todos os sentidos da nossa existência (2007, p.115).

Os profissionais da atenção primária, em especial da (ESF) podem ser considerados como agentes de mediação, pois são considerados o elo entre os serviços de saúde e a comunidade. Elo aqui apresentado no escopo da mediação desse conhecimento por parte dos profissionais, representando assim duas instituições, sendo uma doméstica e comunitária e outra institucional e de normatização e rotina dos serviços, bem como o agente de saúde acentua um possível conflito em ser comunitário e atender as demandas institucionais.

O saber tradicional também assume lugar de destaque nesse processo, seja através dos conhecimentos repassados pelas pessoas mais velhas, quanto ao uso de chás, xaropes e garrafadas, seja recorrendo a puxadores, benzedores e curadores. Nesse sentido, o participante Claudio nos explana a seguinte contribuição:

[...] tem alguma rede, algum circuito, tem especialistas tradicionais sim! tem o puxador, puxadora, tem benzedeiro, benzedeira, tem curador, curadora, tem esse pessoal que faz alguns trabalhos mais específicos para a comunidade [...].

Esses saberes sistematizados na memória e difundidos cotidianamente, sobretudo, através da oralidade, tem uma grande importância na manutenção da saúde das populações amazônicas. Envolvem por vezes a cultura e a identidade desses povos, e como afirma Vaz Filho (2016) constituem o sistema pelo qual esses sujeitos interpretam e agem no mundo.

Para Bagata (2018) as concepções de saúde e doença partem das experiências particulares acumuladas ao longo da vida, mas também de vivências coletivas na própria comunidade e nas famílias. Em seu estudo com mulheres ribeirinhas, na região do Rio Arapiuns – Pará, observou que a cultura de cada população gera inúmeras formas de perceber e explicar a doença, e problemas mais comuns de saúde, como febre, gripe, etc. não eram considerados doenças, pelas mulheres entrevistadas.

As práticas tradicionais não convencionais, segundo Siqueira et al (2006) são adotadas pelas populações apesar de muitas vezes rejeitadas pela ciência e pela medicina oficial, porque oferecem respostas às enfermidades e sofrimentos vividos pelas pessoas em seu cotidiano. Cabe ao profissional manejar as diferentes formas de cuidado disponíveis de acordo com a aceitação do paciente, a fala do participante Cláudio ainda destaca isso, nos mostrando a mediação a partir dois mundos distintos: “[...] ele (o paciente) resistente ao uso de medicamento alopático, e aí eu digo: vamos manter o chá? E já negociei, caso aumente só um pouco a gente tenta inserir pelo menos um comprimido. Ele aceitou, achou viável [...]”.

O doente busca diferentes estratégias para o enfrentamento de suas enfermidades, mesmo que em determinado momento seja necessário opor-se à ciência. Segundo Siqueira et al (2006) as pessoas preocupam-se com as respostas às suas necessidades. Nesse contexto, torna-se importante valorar sob a perspectiva dos profissionais o reconhecimento local e as práticas integrativas e complementares que caminham lado a lado com a medicina convencional na comunidade de Arapixuna. E assim, versa a participante Laura, 60 anos:

[...] Aí se não der certo, nós orientamos a procurar o Centro de saúde, mas a gente sabe que isso não acontece, pois muitas vezes eles procuram primeiro o benzedor, porque eles acreditam no benzedor. E depois do benzedor é que muitas vezes eles vêm para o centro de saúde. Eu fico muito triste porque muitas vezes eles (Centro de Saúde) podem pensar a que o agente comunitário não está orientando ou não está dando aquela educação de saúde, que a gente aprende, eu não sei tudo ninguém sabe! Mas, o pouquinho que a gente aprendeu, a gente tenta repassar [...].

E ainda a participante Ester, 54 anos:

Já procuram o técnico de enfermagem ou o enfermeiro. Porque quando nós ligamos para o técnico em enfermagem, como ele tem moto, então rapidinho ele chega lá. Eu sou daqui, tem outra comunidade e é muito mais perto[...]se não der jeito, procura o técnico em enfermagem, procura a enfermeira para mandar chamar ambulância. É

assim que eles trabalham, entram em contato uns com os outros para tentar achar uma solução para aquela coisa.

Dessa forma, acredita-se que não há uma produção de conhecimento, mas sim um repasse desse conhecimento, que em grande parte, está relacionada a uma rotina dos serviços de saúde e às atividades que vão surgindo, o problema aparecendo e vai buscando resolvê-lo.

4.2 Medicina local e medicina convencional

A referência à medicina popular foi uma constante em todas as entrevistas. Então, tornou-se necessária uma compreensão mais abrangente dessa categoria temática, de modo a nos possibilitar pensar e atuar mais sistematicamente com o conhecimento considerado popular, ou mesmo citado pelos profissionais como uma outra medicina, conforme afirma a entrevistada Dolores, 41 anos:

[...] “Todo mundo usa remédio caseiro, mas alguns procuram outras pessoas que têm um certo conhecimento, sabe? Digamos assim: de uma outra medicina, eles procuram outras pessoas e a maioria faz isso”.

Nessa perspectiva, sustento-me em Geertz (2000), que afirma existir um saber popular local. Este saber renasce e se revela oportunamente, emana do seu espaço de fala e interlocução na sociedade. Cabe refletir que não somente o cientista social fala da sociedade, mas a própria comunidade interpreta-se e mostra-se como uma representação textualizada, seguindo e obedecendo as regras locais do senso comum, somada a situação e o contexto social que definem e embasam essas ações, bem como a mediação entre esses saberes.

Neste estudo, utilizou-se como base o termo recorrente na medicina popular, tal como destacado por Velho et al (1978) e Canclini (2003), que assim nos convidam a refletir a palavra popular sobre a perspectiva sociológica, carregada de juízos de valor e, por vez preconceituosa. Partindo do seguinte princípio:- O que é popular por vezes não tem grande valorização e com uma configuração de menos importância para a sociedade.

Ao comparar a cultura erudita e a cultura popular, por exemplo, Velho e Castro ressaltaram:

A idéia básica é que haveria uma distinção qualitativa entre esses dois tipos de cultura – uma mais sofisticada, tendo como foco as principais contribuições e realizações da sociedade em suas formas mais refinadas e de maior valor estético e criativo, enquanto a segunda seria mais rústica, menos cosmopolita, e de valor até duvidoso. No caso da cultura de massa então o seu valor seria ainda mais contestado, apontando-se seu caráter barateador e vulgarizante. É claro, portanto, que é uma classificação carregada de julgamentos de valor, e até, de preconceitos. No caso da cultura popular pode-se cair numa posição inversa e passar a valorizá-la como mais autêntica, mais pura, principalmente quanto tida por intocada e não contaminada. A cultura de elite, em contraposição, seria considerada artificial, decadente, inautêntica. De uma forma ou de outra polariza-se a classificação e fica-se no nível do estereótipo. É claro que existem modos de vida, visões de mundo mais característicos das camadas populares, mas a categoria popular é muito pouco precisa em termos sociológicos e pressupõe uma homogeneidade que está longe de ser comprovada nos estudos existentes sobre camponeses, operários, classes médias baixas ou outros segmentos e setores que pudessem ser incluídos nessa classificação (VELHO E CASTRO, 1978, p. 11, 12).

Sobre outra perspectiva Canclini (2003), nos apresenta e afirma que o discurso científico a respeito do termo “popular”, da tradição popular, entraria em processo de desaparecimento devido as ditas modernidades. Assim, reiteramos que, em Arapixuna, a medicina popular não se encontra em processo de desaparecimento, conforme sinalizado em estudos sobre a temática. Mas, cabe uma reflexão preocupante a respeito, pois a população de idosos na região se apresenta em números decrescentes e, no decorrer do estudo, alguns entrevistados acenaram sobre o pouco ou nenhum interesse ou conhecimento dos jovens sobre o tema. Nessa perspectiva, a entrevistada Ester 54 anos, faz a seguinte narrativa em proposição de desafio:

“- Pergunte para qualquer pessoa jovem dessas aqui, se elas sabem qual remédio caseiro tomar? Elas não sabem dizer.” Assim, avalia-se que o jovem não incorpora o conhecimento local”.

O que pode ser compreendido como uma preocupação futura sobre a manutenção local da medicina popular. O jovem é influenciado por outro tipo de cuidado, o mais convencional. Assim, torna-se necessário uma maior valoração por parte dos mais jovens sobre a manutenção desse legado. Porém, cabe também saber se esses jovens reconhecem a necessidade de ressignificar essa transmissão de conhecimento por transmissão oral, trazendo o diálogo para o coletivo, a partir dos achados nesse estudo.

Diante disso, os dados nos convidam a uma reflexão sobre quais estratégias para manutenção e valoração desse conhecimento teórico e prático, intergeracional, nessas comunidades para que ele seja compartilhado a gerações futuras. Tomazzoni et al (2006) afirmam que o conhecimento relacionado às plantas medicinais não deve ser mais apresentado tão somente como uma herança transgeracional, mas sim como uma área de conhecimento que vem sendo fortemente fontes de estudos. Utilizada ao longo dos tempos por inúmeras populações.

Verificou-se sentido do texto ao começar considerando um relato de experiência vivenciado por equipe da APS em Santarém sobre a aproximação de idosos e jovens, ao qual fazia menção a valorização do idoso. Assim, a proposta foi levar os idosos a escola para falar sobre a história da comunidade. Entende-se que as pessoas que detêm o conhecimento sobre a medicina popular poderiam relatar suas experiências em oficinas familiares e escolares, com intuito de preservação dos saberes populares.

Dessa forma, nos sentimos convidados a valorizar a categoria temática emergida nas entrevistas, visto que esses profissionais são providos de conhecimentos e recursos da medicina popular, em conformidade à medicina ocidental. A medicina popular, outra medicina, medicina caseira, são termos que não se restringem a uma prática do passado, apresentam-se como dinâmica e combinada por elementos próprios, capazes de admitir e atender às características de uma população (GENIOLE et al, 2011). A OMS (Organização Mundial da Saúde) denomina como Medicina Tradicional as práticas médicas oriundas da cultura de cada país, tais como a medicina chinesa, a Ayurveda hindu e a medicina indígena. Nos países onde a rede de saúde é baseada nos princípios biomédicos, a Medicina Tradicional é categorizada como medicinas tradicionais ou complementares e alternativas.

Porém, não há consenso no que diz respeito a essa nomenclatura, uma vez que há diferentes realidades e práticas no mundo. Por exemplo, no México, utiliza-se o termo Medicina Complementar e Integrativa; em Cuba Medicina Natural e Tradicional; nos Estados Unidos (EUA); e Canadá Medicina Complementar e Alternativa. No Brasil, essas terapias são chamadas práticas integrativas e complementares (SOUSA et al., 2012).

O uso da expressão medicina alternativa, que engloba a atenção à saúde fundamentada em referenciais não biomédicos, atualmente é considerada não adequada, pois admite-se a viabilidade da coexistência dos saberes biomédicos e não-biomédicos (BRANT et al., 2014). Por isso, a preferência pelo termo prático, integrativas e complementares, que, de acordo com Sousa et al. (2012), significa um conjunto variado de terapias que diferem do modelo biomédico ocidental, inclusive terapias manuais e espirituais, com uso de ervas, partes animais e minerais e sem uso de medicamentos com princípios ativos isolados.

As práticas integrativas e complementares têm como objetivo a estimulação dos mecanismos naturais de prevenção de doenças e recuperação da saúde, por meio de tecnologias seguras e eficazes. Esses sistemas enfatizam o modo acolhedor de escuta, a formação de vínculo terapeuta-paciente e a integração do ser humano com a sociedade e o meio ambiente (BRASIL, 2006).

No decorrer das entrevistas ao serem abordados sobre a forma de orientações de promoção à saúde e prevenir e tratar as doenças, os profissionais apresentaram uma alternância entre o método baseado no modelo biomédico, incorporado à instituição que representam, no caso a unidade de saúde e o método popular. Este último, emergiu no presente estudo, sendo considerado na maioria das vezes como primeira opção de tratamento, uma vez que, segundo grande parte dos profissionais, as práticas são primeiramente as caseiras.

Interessante destacar que há uma equipe de saúde com atendimento médico e de enfermagem, e mesmo assim, é dada um grande valor às práticas complementares em saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as práticas complementares se apresentam de formas diferentes, pois em países desenvolvidos são utilizadas como uma opção a mais. O que determina sua utilização são as crenças e fatores culturais e não a escassez de serviços de saúde.

Por outro lado, em países em desenvolvimento, aqui cabe o Brasil, é vista pela grande maioria da população como a única opção disponível para o recurso de saúde e como uma alternativa de resposta à ausência do sistema público de saúde. No presente estudo, as utilizações das plantas medicinais aparecem como alternativas e dependem de alguns critérios, pois no caso em questão, surgem como fator de agregação e como preenchimento de lacunas relacionadas a falta de medicamento alopáticos na Unidade Básica de Saúde.

A medicação alopática foi enfatizada no grupo de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), devido a faltar de medicação. Conforme relatado pela participante Dolores, 41 anos:

“[...] teve uma época que faltou remédio aqui, nem todo tempo tem remédio o bastante para a gente dar para as pessoas. E se está faltando o remédio, a pessoa tem que comprar o que mais usa aqui é losartana, hidrócloro. Mais é isso, mas às vezes falta[...]”;

E ainda pela entrevistada Joana, 38 anos:

[...]Em parte os pacientes hipertensos e diabéticos procuram a unidade básica saúde ou a enfermeira ou João auxiliar de enfermagem ou o Mojú, técnico enfermagem. A maioria é aqui vem logo na unidade básica saúde. Como não estava tendo muito a questão da medicação, pois estava muito em falta. Então a gente até orienta o tratamento fitoterápico, mas a gente orienta, o médico também. A gente orienta a buscar esses tratamentos naturais. Ou vice versa, pois a maioria busca os dois, mas têm alguns que preferem vir diretamente com a gente mesmo e tem alguns que vão só lá mesmo, lá no benzedor e no curador. Nas visitas domiciliares às comunidades sempre vamos nós dois (auxiliar de enfermagem e enfermeiro). Nós procuramos sempre estar com ACS da área[...].

Esses cuidados em saúde também recebem outras denominações, tais como: práticas, populares, não-ocidentais, holísticas e brandas. Seu enquadramento terapêutico contrasta com os parâmetros da medicina científica, que é mecanicista, centrada na doença, apresentando

acentuada especialização e supervalorização da tecnologia. As Práticas Integrativas e Complementares (PIC), por sua vez, necessitam de baixa densidade tecnológica e concebem o ser humano como um ente integral, que apresenta uma complexidade de fatores físicos, psicológicos, espirituais e sociais. Este é um olhar sistêmico e integrativo, que exige terapias multidimensionais e esforço multidisciplinar (ANDRADE; COSTA, 2010).

4.2.1 Plantas medicinais e relação saúde e doença

Destaco que não é o objetivo no presente estudo o etnoconhecimento sobre as plantas medicinais da comunidade de Arapixuna. Apenas valorizar uma categoria temática que emergiu, abrangendo os cuidados no processo saúde-doença. Para tanto, torna-se indispensável reflexões acerca da relação de importância dada à utilização das plantas medicinais para as comunidades ribeirinhas do interior da Amazônia brasileira.

Para as reflexões acerca dessa temática, utilizou-se do conhecimento tradicional e o do conhecimento científico, a partir das obras dos seguintes autores: Ming (1997) Shanley e Medina (2005) Cunha e Almeida (2002). Conforme afirma o estudo de Shanley et al (2018 p. 86): “No mundo inteiro, 80% das pessoas usam plantas para tratar doenças. Além disso, muitos remédios da farmácia contêm substâncias que foram descobertas originalmente em uma planta”.

Considerando a riqueza da biodiversidade da região amazônica, ela contribui para utilização das plantas medicinais, especialmente no uso domiciliar. A priori cabe destacar que, em determinado momento da entrevista, algumas das alegações de uso tradicionais não foram mencionadas na revisão das gravações. Os participantes citaram a planta medicinal, mas não falaram sobre sua alegação de uso. Assim, durante a escrita do texto, fui percebendo a ausência de algumas informações que seriam importantes e, dessa forma, fizemos contato com os entrevistados para coletar dados complementares.

As indicações das plantas medicinais na comunidade Arapixuna incidem sobre o reconhecimento local, mais relacionadas aos sintomas ou queixas, somadas as falas sobre doenças. Portanto, tratam os sinais e sintomas aqui considerados e também algumas doenças. Em Arapixuna, a utilização de plantas medicinais é uma rotina no tratamento de sintomas, sinais, e doenças aqui consideradas pelos participantes como condições leves, como vômitos, febre, dor de barriga, dor no estômago, dor muscular, garganta inflamada e diarreia.

A automedicação aparece com a utilização dos medicamentos denominados de calmantes. Calmante aqui entendido como remédio para tratar a febre, calmante da febre... Como surge na fala de Laura, 60 anos:

[...]Têm remédio também da farmácia que eles usam, às vezes usam por conta própria. Sempre que a gente observa que eles trazem da cidade mais é esse negócio de calmante, como o paracetamol, dipirona porque as vezes não tem aqui. É o que mais usam, porque a gente tentar orientar que não usem muito antibiótico, porque depois ele prejudica [...]Às vezes chegam até com receita, porque o curador manda uma receita para comprar na cidade. Mas alguns dos problemas de saúde que vão em um curador para tratar e o que ele mais passa sempre é uma pílula vermelha, diclofenaco [...].

Menéndez (2003) denomina essa condição como auto atenção e geralmente está direta ou indiretamente vinculada ao modelo biomédico. Afirmamos ainda que, na América Latina, os principais modelos de atenção à saúde são o biomédico e a auto atenção. A relação entre eles se mostra claramente conflituosa, principalmente sob a perspectiva da biomedicina, que considera a auto-atenção uma condição inadequada. Apesar disso, o autor defende que, no nível prático e local, os grupos sociais agregam formas de atenção diversificadas.

O saber tradicional também assume lugar de destaque nesse processo, seja através dos conhecimentos repassados pelas pessoas mais velhas, quanto ao uso de chás, xaropes e garrafadas, como também recorrendo a puxadores, benzedores e curadores. Conforme constam nas contribuições do participante Claudio:

[...] dentro de casa mesmo, as vezes a pessoa mais velha ali da casa assume o papel ali de cuidador [...] e acaba “prescrevendo” ali um chá, uma erva, alguma garrafada [...].

Concomitantemente nesse conhecimento mediado, percebe-se que existe um senso comum e consensual sobre até onde esse conhecimento pode ajudar, e até onde é indicado de ir à unidade básica de saúde. Relatam que, quando se trata de “doençazinha” mais comum, os profissionais falam “doençazinha”, se referem a doenças e também fazem referência aos sinais ou sintomas.

Participante Elizabeth 36 anos:

[...] mas se for uma doençazinha, um vômito, uma diarreia primeiro faz um remédio caseiro em casa [...] Aqui costumam usar remédio caseiro. Para tosse faz um xarope caseiro ou então faz aquela misturada de andiroba com mel e remexe a garganta da criança para limpar [...] Aí vai depender muito da doença e do que a pessoa está sentindo para saber para onde ela vai se encaminhar primeiro[...].

A utilização do diminutivo no termo “doençazinha”, pode sugerir no sentido de pouca gravidade. Se não for algo mais complicado, é que utilizam os recursos locais, como a utilização das plantas medicinais para o preparo de remédios caseiros e a procura pela enfermeira, médico e técnico em enfermagem, são os caminhos sequencialmente, percorridos pela maioria. No entanto, quando não se resolvem dessa forma, os profissionais informam que os comunitários buscam à assistência médica no município de Santarém. Outra consideração importante está relacionada ao valor medicinal da planta agregada à proposição divina e ao aspecto religioso, assim como a eficácia aprovado pela experiência do uso, a partir de como percebem as queixas dos pacientes, como defendido na fala de Laura, 60 anos:

[...] aí a gente toma aquele chá e Deus abençoa que vai dando certo. A gente tem conhecimento porque têm muitos antigos e a gente vai aprendendo muito mais com eles, eu ensino na comunidade e eles aceitam bem sim[...] Eu observo que na minha comunidade glória a deus são raros os casos que precisa ir para Santarém. Aprendemos também tudo isso como alguns são mais velhos eles falam olha usa isso ou aquilo.

Bem como, da entrevistada Silvia, 54 anos: “Isso vai mais da crença das pessoas. Então eles vão na curandeira onde ela passa um chá ou um remédio caseiro que eles têm fé.”

E ainda da participante Helena, 36 anos:

[...]Eu falei: - se tua fé é essa, vai. Eu não acompanhei, mas ela foi e chamei outra pessoa para ir com ela e deu tudo certo, ela voltou de lá bem melhor [...]Quando tem alguém que está sentindo problema seja físico, mental, espiritual sempre a gente acolhe vai em busca daquela pessoa e orientar quando aquela pessoa busca a igreja para poder ir distraindo o próprio problema[...]Assim no caso o local de saúde é o posto saúde, sem ser o posto de saúde, tem a igreja é tem 2 igrejas lá a gente participa de católica e tem a evangélica do outro lado.

Outro fator também percebido é que há um reconhecimento e valoração dos recursos naturais que estão disponíveis nos próprios quintais dos domicílios (AGRA et al, 2008; MARLIÉRE et al, 2008; VEIGA JUNIOR, 2008; LEITÃO et al 2009; SANTOS et al, 2009). Mas o que são quintais? De acordo com os estudos de Amorozo et al, (1988); Lima et al, (2000); Winklerprins (2002), a expressão quintal é utilizada para fazer referência ao ambiente do terreno que fica aos arredores ou no fundo das casas, geralmente onde são encontradas hortas, jardins, plantas para vários fins, tais como: alimentares, condimentares, medicinais, ornamentais e criação de animais domésticos.

Além disso, vale destacar que os quintais na comunidade Arapixuna são pensados no coletivo, para uso de quem deste recurso precisar, em especial relacionados as plantas medicinais. Alcudia et al (2017) e Botelho et al (2014) afirmam que, em espaços tanto urbanos

quanto rurais, a agrobiodiversidade se faz presente em quintais; é destinada para utilização de cunho doméstico, com intuito alimentar como, por exemplo, macaxeira; como o cultivo da arruda como, exemplo de plantas medicinais e ornamental, como cultivo de flores para embelezar o ambiente.

Esses achados corroboram com o estudo de Ribeiro et al (2019), realizado em vilas rurais na Amazônia Oriental, demonstrando que em grande parte dos domicílios, há quintal com flores, ervas e árvores frutíferas em extensão às casas, porém com poucos marcadores visíveis como muros. Marcadores estes para demarcarem as casas, que também podem ser: uma árvore, uma cerca, um muro ou a própria memória dos moradores. Nesse sentido, os quintais nos domicílios variam de composição, pois representam e atendem a necessidade dos seus moradores locais.

Nesse cenário, a produção nos quintais é feita sempre pensando no todo. Não há um cultivo para fins de utilização própria e individualizada. A produtividade é pensada na sociabilidade e reciprocidade entre vizinhos, núcleo familiar e comunitários (GUIMARÃES, 2015). Outro fator importante a ser considerado é que esse mesmo quintal ora mencionado, está se tornando cada vez mais escasso nas grandes cidades e, concomitantemente, sendo adotado como um elo mais próximo com a natureza para um crescente número de moradores das cidades grandes (AMARAL et al, 2008).

Em Arapixuna, o cultivo nos quintais é para atender à coletividade entre a vizinhança de forma gratuita, não há a venda de preparados dos remédios medicinais, portanto, não gera uma fonte de econômica para comunidade. Porém, Shanley et al (2018) versam sob uma perspectiva mais ampla:- esse cultivo gera uma renda, conceituando-a como uma renda invisível, que seria a saúde e alimentação. Mesmo sem perceber e de forma direta ou indireta, os quintais são importantes fontes para preservação da medicina popular e agrobiodiversidade. Participante João, 65 anos:

[...]eles usam remédio da farmácia, mas tem muita gente que usa remédio caseiro se a senhora andar nas casas, pelo quintal a senhora vai ver plantas, flores, frutas e muita planta medicinal: - cidreira, tem o paregórico, tem a carmelitana e a dipirona. Tem muitas, a carmelitana é uma planta que ela é boa para intestino, câncer a japana também é muito bom[...]

Sob a perspectiva dos profissionais da (APS), as plantas medicinais ou drogas vegetais são fortemente utilizadas pelos comunitários em diversos sintomas e associam a utilização e o preparo com algumas observações de cuidado com prós e contras. De modo que os profissionais de saúde, aqui alcançados, transitam claramente na mediação entre os campos de saberes

científicos institucionalizados e popular, mas que se complementam de forma muito positiva. Nessa perspectiva, Fernandes (1992) aponta que os profissionais, atuando dessa maneira, tendem a evitar possíveis conflitos relacionais com a comunidade, o que sucederia se somente repetissem os discursos da instituição que representam, sem compreender e respeitar o popular.

Assim, um conhecimento não exclui o outro, pelo contrário, estes se agregam. Nota-se, contudo, que ocorre uma transmissão e manutenção desse conhecimento pela oralidade, gestos, atitudes, crenças e opiniões (PINHEIRO et al 2010). Conforme versa a entrevistada, Elizabeth 36 anos: “Remédio caseiro geralmente eles sabem mesmo, sabe, a maioria sabe. Pois um vai passando para o outro, mãe vai passando para o outro.”

Ferreira (2007) considera que os sistemas médicos populares estão imersos em contextos particulares, nos quais o conjunto de saberes e práticas que promovem a saúde, previnem e curam doenças. Está associado à religião, à política, à economia, à arte, entre outros aspectos. Os saberes sobre a utilização de plantas medicinais como remédios foram transmitidos, em sua maioria, pelos pais.

Participante Laura, 60 anos:

[...] Os remédios caseiros têm muitos, como principalmente a Arruda. Arruda é um remédio anti-inflamatório pelo que a gente entende dos antigos, e além disso ela faz a coagulação do sangue, fazem chá dela, mas eu não. Eu soco, amorno a água, boto ela dentro, tampo e depois eu vou coar para ir tomando, mas não tomo todo dia não. Até a casca da manga eles tiram porque é bom para febre. Xarope caseiro para gripe é casca de manga, casca de jatobá, e chá de língua de vaca. É faz assim: um pedacinho da manga tira a casca dela e muitas vezes a pessoa seca quando não eles tiram e fazem um chá e dão para a pessoa ir tomando[...]

No decorrer das entrevistas, percebeu-se na fala uma certa preocupação e cuidado com a utilização das plantas medicinais, com vistas a alertar que os excessos podem também trazer prejuízos à saúde. Pois há um forte fator cultural no uso de plantas medicinais e seus derivados devido à antiga crença de que produtos naturais não prejudicam a saúde (GRIBNER; RATTMANN; GOMES, 2017), não sendo uma premissa verdadeira, por isso, não se podem ignorar as possibilidades de uso da fitoterapia na atenção básica. Os profissionais devem estar bem preparados para lidar com essas questões, contribuindo para o aumento da segurança e eficácia nesses tratamentos.

Dessa forma, apontando que há também um reconhecimento referente à possibilidade de efeito adverso, quando do uso das plantas medicinais sem a devida orientação de quem conhece o assunto, geralmente atribuído aos idosos por serem dotados de maior conhecimento a respeito. Como afirma a entrevistada Ester, 54 anos: “os que tentam resolver por conta própria

eles usam remédio caseiro eles procuram logo os antigos porque o remédio dos antigos é mais viável do que esses de agora”.

A entrevistada Dolores 41 anos diz que:

[...] Quando não, a gente com as conversas com as antigas pessoas eles têm muito com relação a experiência com relação às plantas medicinais e a gente procura muitas vezes fazer isso. É remédio antigo mesmo sabe eu gosto muito de conversar com eles porque eles ensinam muitas coisas antigas daqueles tempos bem antigos e aqueles remédios são muito bons e fazem efeito na hora. Agora, pergunta a um idoso e pergunta para ele na hora eles sabem e eu prefiro perguntar e conversar mais com pessoas idosas eu aprendo para mim e para ensinar para os outros que precisam[...].

Somada a fala da Participante, Laura 60 anos:

[..] Porque eu comparo a arruda como se fosse comprimido de AAS infantil então a gente não pode estar tomando muito, tem um limite para gente tomar, se eu tomar hoje o dia inteiro, amanhã eu ainda tomo e daí paro. É assim que a gente faz porque é remédio caseiro, mas tem que ter também um limite[...]A gente usa o elixir paregórico quando sente uma dor no estômago a pessoa toma, tem a folha da jaca e com a folha da jaca a gente faz para a dor estômago e se tiver o boldo bota uma folhinha junto.

A participante Joana, 38 anos nos demonstra um olhar mais equânime a respeito, com a seguinte fala “Acho, que é menos remédio caseiro, mas usam chás. Acho que metade e metade porque eles vêm muito aqui na unidade básica saúde.” Por conseguinte, o trecho da entrevistada Dolores sobre as alegações de uso da japana e erva cidreira:

[...]São as plantas como a Japana são as cascas travosas, para a diarreia, são plantas calmantes, como a erva cidreira, para baixar a pressão. Então essas plantas mais ou menos que eles que eles indicam, a gente utiliza e graças a Deus muitas das vezes elas dão certo e resolve[...].

Percebe-se que, na utilização de determinadas plantas, algumas não correspondem à bioatividade expressa na literatura, e outras, sim. Nesse contexto, surge uma preocupação, visto que, de alguma forma certos princípios farmacológicos podem estar sendo utilizados de forma que não corresponda as suas utilizações. Assim, sugere-se uma maior abordagem sobre o tema na comunidade.

Quanto à utilização das plantas medicinais, a forma de preparação mais citada foi a preparação de chás. Achado semelhante foi encontrado no estudo Ferreira et al (2009), realizado na comunidade Vila Franca, Resex Tapajós-Arapiuns, destacando o chá também como a forma de preparo mais utilizada. Este fato pode ser atribuído pela facilidade de preparo e obtenção.

Vale ressaltar que qualquer produto indicado como terapêutico para saúde precisa primeiramente de aprovação da Agência Nacional vigilância Sanitária (ANVISA). Para tanto,

a ANVISA, publicou uma regulamentação sanitária referente à utilização de plantas medicinais, a chamada medicina popular. Para maior compreensão, visitamos, o site da ANVISA para maior embasamento institucional sobre o tema. Fizemos a buscas no referido site utilizando a palavra chá²⁹²⁹ e encontramos a seguinte informação:

O chá é uma bebida preparada a partir de partes de espécies vegetais como folhas, ramos, flores, frutos, raízes ou cascas. Entretanto, não são todas as espécies vegetais, nem qualquer parte da planta, que podem ser utilizadas para o preparo de chás.

Participante Silvia 54 anos “[...] e o que acaba resolvendo são esses remédios. São as plantas daqui que eles fazem chá ou até xarope”

Participante Helena, 36 anos “Aqui gostam de tomar remédio caseiro mais para diarreia que eles tomam o chá, e sem ser o soro eles tomam o chá, chá de cidreira, erva doce, e daquela planta elixir”. A via oral foi via administrativa mais citada para o tratamento terapêutico de muitos males, e a utilização tópica também. A entrevistada Elizabeth, também contribuiu a esse respeito:

[...]A pomada milagrosa é para massagem, para dores e tem muita coisa nela:- tem banha de tudo, então se a gente conseguir o ponto dela para ela fazer a massagem para ela fazer a consistência ficar boa. Para massagem é a gordura de porco frita com a gordura do gado, o sebo que a gente chama. Aí dentro desse sebo a gente coloca folhas, ervas e antes de tirar vai ainda a andiroba, copaíba, banha de cobras muitas é muita coisa e produz aqui mesmo[...].

O entrevistado Roberto 34 anos nos apresenta a seguinte contribuição: “Aqui as pessoas usam remédios naturais: - são mais as plantas e raízes. Como por exemplo quando eles estão com dores de estômago gases estomacais tomam a japana, a hortelã”.

Kuba e Vattimo (2015), em sua revisão sobre fitoterapia, revelaram que dentre 12 estudos avaliados, em 11 medicamentos fitoterápicos de diversas ervas e associações conseguiram melhorar ou prevenir a lesão renal. Assim, a fitoterapia mostrou-se uma terapia complementar valiosa, pois é um recurso terapêutico de baixo custo e que pode ser associado a intervenções alopáticas. No entanto, torna-se ainda necessário conhecer os riscos, benefícios e os efeitos adversos do uso dessas ervas.

Dessa forma, torna-se ainda concomitantemente importante contribuir para desconstrução de possíveis abordagens conceituais equivocadas por parte do cotidiano das

²⁹ A regulamentação para utilização de chás é fundamentada pelo informe técnico 45 de 28 dezembro de 2010. Endereço eletrônico do site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa): <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/388729/Informe+T%C3%A9cnico+n%C2%BA+45,+de+28+de+dezembro+de+2010/bc1fd4a8-447c-4445-8d70-2d57ac47e73a>

pessoas envolvendo as expressões: remédio caseiro, plantas medicinais, medicamentos fitoterápicos, medicamentos alopáticos e drogas vegetais.

Sendo indispensável fazermos a diferença entre remédios preparados a partir drogas vegetais (uso doméstico e comunitário de plantas medicinais) e os medicamentos fitoterápicos, tanto o remédio quanto o medicamento são obtidos das plantas medicinais, no entanto se diferenciam na elaboração, pois os remédios provêm de partes dos vegetais (folhas frescas ou secas, inteira, partidas em pedaços menores), utilizadas principalmente para fazer os chás; enquanto que os medicamentos fitoterápicos são tecnicamente mais elaborados e a apresentação final para uso é sob a forma de comprimidos, cápsulas, xaropes (BRASIL, 2006).

Vale destacar que, grande parte da população compreende de forma equivocada a utilização de plantas medicinais com a fitoterapia, considerando os termos como sinônimos, mas não os são. A utilização das plantas medicinais para prevenção, tratamento e cura de doenças e para promoção da saúde é uma das mais antigas práticas da humanidade, à guisa no município de Santarém com o advento da dengue como repelente natural utilizava-se velas e repelente a base de andiroba com objetivo de repelir os mosquitos e assim ajudar em conjunto a outras estratégias a prevenir a doença.

Dentre as (PICs) no Sistema Único de Saúde (SUS) as plantas medicinais e a fitoterapia são as mais recorrentes no cotidiano das pessoas. Somado a isso, a maioria das experiências, 78% da oferta de PICs ocorrem na atenção primária à saúde, com 2 milhões de atendimentos já realizados em Unidades Básicas de Saúde (UBSs), 18% na atenção secundária e apenas 4% na atenção terciária (BRASIL, 2012).

No Brasil, esse movimento se fortaleceu a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986), e desde então foi se expandindo. No entanto, a institucionalização dessas terapias como política pública de saúde só ocorreu muitos anos depois (TELESI JÚNIOR, 2016).

Vale ressaltar ainda que, no levantamento bibliográfico da presente tese, as práticas integrativas e complementares, as chamadas PIC, onde se inserem a fitoterapia e as plantas medicinais, elas se apresentaram como novo tema de interesse de estudo. Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) estão cada vez mais presentes no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo distribuídas pelos 27 estados e pelo Distrito Federal, ofertadas em atendimentos individuais de 3.024 municípios, o que corresponde a cerca de 54% dos municípios brasileiros, além de estarem presentes em todas as capitais.

Embora as PICS possam ser ofertadas em todos os níveis de atenção à saúde no SUS, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) estimula que essas

práticas sejam implantadas prioritariamente na Atenção primária (BRASIL, 2018d), que constitui a porta de entrada do usuário e busca promover uma atenção integral ao indivíduo (BRASIL, 2011).

As modalidades terapêuticas não-convencionais, as quais abrangem as PICs, têm conquistado cada vez mais espaço em diversos países (BRANT et al., 2014). No Brasil, essas terapias, começaram a suscitar debates no final de década de 1970 e, principalmente, nos anos 1980 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, espaço este que deu visibilidade às demandas da população por uma cultura de saúde questionadora do modelo hegemônico de cuidado terapêutico (BRASIL, 2011).

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a publicação da PNPIC no ano de 2006 foi resultado de um longo processo de discussão e interesse por parte de associações profissionais de terapias alternativas/complementares e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com apoio do Ministério da Saúde. No entanto, a sua implementação ainda é um desafio, pois rompe paradigmas e contrasta com o modelo de saúde predominante, baseado nos princípios da medicina ocidental.

Os maiores desafios apontados por Habimorad (2015), referem-se à necessidade de formação e qualificação de uma quantidade adequada de profissionais para atuarem no SUS, ações efetivas de monitoramento e avaliação dos serviços de PICs, conforme preconizam as diretrizes gerais da política, além da estruturação dos serviços nos locais de atendimento.

Dessa forma, com intuito de acumular mais conhecimentos referentes à temática PICs, sirvo-me das contribuições vivenciadas que surgiram no decorrer da pesquisa de campo e concebidas no curso de Formação complementar em auriculoterapia³⁰ para profissionais da Atenção primária à saúde com carga horária: 80h, que tive a oportunidade de cursar. Foi ofertado através da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CNPICS)/DAB/SAS, em convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina.

Estavam na formação presencial profissionais da enfermagem, fisioterapia, pedagogia, farmacêuticos e odontólogos assim valorando a interdisciplinaridade entre as ciências. Esses profissionais eram vinculados a APS, representando diversos municípios da região dentre eles: Santarém, Itaituba, Medicilândia, Belterra e Faro. O curso foi realizado em diferentes estados

³⁰ Referente a reflexão, agradeço as contribuições das mediadoras presenciais Prof.^a Teresa Cristina Gaio da Silva e Fátima Terezinha Pelachini Farias que com excelência despertaram-nos a importância da oferta da Auriculoterapia na (APS) e a relevância para saúde da população que buscam as PICs. A formação em auriculoterapia na modalidade ensino a distância (EAD) aconteceu via online no decorrer do 1º semestre de 2018 e a etapa presencial foi realizado em 22 de agosto de 2018 das 07:30h as 12:30, nas dependências do Instituto Esperança de Ensino Superior (IESPES), em Santarém-Pará

do país, com a etapa presencial ocorrendo em municípios-polo regionais, no caso em Santarém-PA.

Percebeu-se que a implantação do serviço de auriculoterapia na atenção primária à saúde não demanda nenhuma densidade tecnológica, nem grande valor em recursos financeiros, mas há necessidade de mais profissionais qualificados a praticá-las, e conscientização da equipe gestora e essa formação carregava justamente essa missão fortalecer a prática profissional e a implantação do serviço na rede de APS.

Foi feita a submissão de um projeto na chamada da UEPA, com a aprovação no programa Campus avançado edital 043/2019 UEPA, o projeto de extensão foi intitulado: Iniciação teórico-prática em auriculoterapia para equipes multiprofissionais de saúde da atenção básica no interior da Amazônia, tendo como público alvo: Multiprofissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família, Consultório na rua, academia da saúde, melhor em casa e unidades básicas de saúde tradicionais e NASF de Santarém.

Embora ocorra grande popularidade dessas práticas, estudiosos como Sayd (1999) e Hill (2003) recomendam a utilização das PICS de forma complementar a biomedicina, visto que estas não conseguiriam resolver os processos de adoecimento em sua plenitude. Observa-se que distintos princípios e diretrizes da PNPIC foram construídos e direcionados aos usuários dos serviços de saúde, com intuito de: democratizar o acesso as escolhas terapêuticas; estimular o protagonismo, participação popular e empoderamento; aperfeiçoar a relação assistencial médico-usuário; favorecer melhoria na qualidade de vida; promover saúde; e prevenir agravos de doenças. Nesse sentido, essas ações tendem a se unir a outras Políticas Públicas de saúde como a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006c) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

4.3 Saúde e doença interdependência processualidades

Busca-se nesse capítulo valorar os trechos das falas do cotidiano dos profissionais da saúde atuantes na área de rios, na ESF Arapixuna. E a partir dessas reflexões conhecer a perspectiva de interdependência processual entre saúde e doença que esses profissionais carregam. Cabe ressaltar que, não é um novo conceito que estamos propondo a partir do olhar desses profissionais, mas sim contribuir com mais uma perspectiva sobre a temática.

Por isso, não há como se falar sobre APS sem abordar o entendimento das condições de definição dos associados termos, saúde e doença. Assim, o conceito de saúde passa por redefinições e aperfeiçoa-se. A definição mais aceita atualmente, segundo a Organização

Mundial da Saúde (OMS,1945) não é mais apenas a ausência de doença e, sim, a que está descrita de forma mais holística, englobando o bem-estar biopsicossocial, cultural e espiritual, enfatizando a importância dos fatores culturais e religiosos como influenciadores na qualidade de vida de uma pessoa. Por meio das contribuições a seguir, pode-se perceber a perspectiva abrangente sobre saúde na visão do profissional.

Participante Ester, 54 anos:

[...]Tudo tem a ver com saúde. Quando é de cachorro, é do mesmo jeito. Cachorro está velho, está caindo os pelos, procura ver se ele não está com calazar vai procurando, vai orientando, ver se ele está, não está. A gente já fez um treinamento e já sabe como é que ele pode estar reagindo, se ele não está babando, se não está com problema, se está muito triste. Tudo a gente tem que observar. A mesma coisa do bicho, do pássaro, do macaco que está morrendo, quem é que matou, se ele morreu, do que está morrendo, tudo. Tudo a gente tem que observar. Do ser humano também, da criança também, do mesmo jeito[...].

Participante Laura, 60 anos:

[...] Saúde é, primeiramente, acho que é o bem estar do corpo, mente. Porque eu digo que se nós estamos com qualquer problema ou dificuldade sobre como se alimentar, ou ver seus filhos e não ter o que oferecer, a pessoa está doente. A pessoa que pode se sentir melhor, pelo menos se tiver um salário, um trabalho, uma coisa para fazer e disso ele conseguir trabalhar para adquirir alimento para os seus filhos, ele vai viver uma vida boa. Ele vai se sentir com saúde, por ver que tem. Saúde eu creio que quando a gente tem essas coisas, como tem uma fruta, apanha para ele e ele vai comer, tem aquele alimento, a gente vê que a pessoa é feliz[...].

Participante Dolores, 41 anos:

[...] Muitas vezes as pessoas sentem-se sozinhas, tão doentes que não tem com quem conversar. Ela se sente só e então ela fica doente. Porque aí ela está trazendo muitos pensamentos negativos. Então é uma pessoa doente. E fora as doenças físicas mesmo que as pessoas estão sentindo[...].

A respeito do trecho apresentado, as falas sobre saúde relacionando-as aos ciclos da vida, aos animais, ao corpo, a mente, alimentação, salário, trabalho dentre outros.

Nesse contexto, acredita-se que há uma perspectiva conceitual mais adequada, ou seja aquela que entende a saúde de forma mais ampliada, a partir dos seus determinantes e condicionantes. Afinal, somos profissionais da saúde e não da doença, e essa lógica não deve ser inversa, de modo a valorar mais o processo de adoecimento do que o processo de promoção e prevenção. Não estamos a afirmar que não devemos nos preocupar com as doenças, claro que devemos sim; pois o adoecer é real e merece todo aparato necessário para a cura e restabelecimento, porém o que percebemos atualmente e por inúmeras vezes, é o reforço do modelo curativo e hospitalocêntrico em detrimento à promoção e prevenção.

A fala dos profissionais atuantes na região de Arapixuna, é predominante voltada a desconstrução do modelo biomédico, porém, quando os profissionais se referem pensando nos comunitários fica evidente que ainda está enraizada nos usuários a utilização do modelo de assistência à saúde centrado na doença, no hospital e na medicação, voltado para o diagnóstico e a terapêutica. Diante da afirmativa, torna-se importante o usuário do serviço desconstruir a ênfase do olhar mais voltado para a dimensão orgânica, de modo a compreender que há outras dimensões da saúde humana.

Sobre essa questão, Medeiros (2011) afirma que este ponto de atenção desempenha papel estratégico e efetivo na dinâmica de funcionamento do SUS, pois estabelece relações contínuas com a população. Todavia, por vezes essa lógica está invertida. Grande parte dos problemas de saúde drena para outros níveis de atenção, sem que se busque atendimento na UBS, conduta que pode ser reflexo da cultura popular, referenciada pela valorização do modelo hospitalocêntrico e pela medicalização; ou ainda da baixa resolutividade da atenção primária à saúde.

Na esteira dessas contribuições, Randow et al (2016) versam que a relação processual saúde e doença adotada pelo modelo biomédico, não é capaz, sozinha, de explicar e mediar o adoecimento da população na sua totalidade, deixando lacunas inexoráveis a serem preenchidas pela medicina tradicional, contudo, esta modalidade é permeada de singularidades e peculiaridades pouco exploradas pela população ocidental, construindo uma barreira cultural acerca do pensar e optar pelas práticas integrativas. Neste sentido, a adoção das PICs traria à tona outros condicionantes de acordo com um conceito mais amplo e articulado de saúde.

Diante dessas concepções, entende-se que saúde e doença para cada indivíduo do grupo são processos socioculturais que atravessam os saberes, práticas e experiências vivenciadas ao longo de suas vidas. Tais concepções, também, são atravessadas pelos discursos produzidos no meio ao qual estes estão inseridos. Portanto, não há concepções verdadeiras ou falsas, porém diferentes maneiras de significar e ressignificar a própria realidade, resultando em saberes que são atravessados por outros diferentes saberes.

Aqui, apresentamos contribuições referentes as diversas concepções de saúde elaboradas pelos profissionais de saúde que tendem para uma linha comum: o bem-estar. Assim, a participante Laura versa que: “Saúde é, primeiramente, acho que é o bem-estar do corpo e da mente”.

Neste mesmo sentido, a participante Dolores, também contribuiu com a seguinte fala: “A gente entende por saúde o bem-estar completo as condições de saúde”. Assim, igualmente

a participante Sílvia “Saúde é o bem-estar do corpo todo”. E entrevistada Elizabeth “Saúde é quando a gente está de bem, com bem-estar”.

Dessa forma, segundo Langdon e Wiik (2010) os indivíduos são gradativamente socializados pelos/nos padrões culturais vigentes em sua sociedade, bem como através da interação social, processos rituais e filiações institucionais. As falas remetem a conceituação de saúde da Organização Mundial da Saúde: “um estado de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não a mera ausência de doença”. Pode-se compreender, portanto, que as concepções de saúde dos entrevistados são influenciadas, também, pelo discurso institucional.

Ainda segundo os autores supracitados a doença e as preocupações para com a saúde são universais na vida humana, presentes em todas as sociedades. Portanto, as concepções dos entrevistados, podem ser uma *práxis* social independente deles, que podem estar presentes em outras sociedades. Mas também, podem se constituir a partir de sua atuação profissional, suas relações interpessoais, sua visão de mundo. Permeando suas ações pessoais e profissionais

Os conceitos atinentes ao binômio saúde e doença sofrem grande influência de caráter biológico, visto que eles tendem a se fundamentar no pressuposto de que saúde corresponde à falta de enfermidade. Nesta perspectiva, a assistência toma como foco a pessoa e a patologia existente, concepção esta que integra o hospital, como a grande instituição protagonista, e as especialidades como âmbito de saber, desta forma, afastando a assistência integral e holística que redimensiona o usuário como ser social a ser levado em conta pelo serviço de saúde (PARREIRAS et al 2004).

As concepções valorizadas sobre saúde devem ser compreendidas de forma dinâmica, holística e integrada, fruto do equilíbrio entre os distintos contextos em que as pessoas estão inseridas, abrangendo os aspectos físicos, psicológico, social e ético-espiritual, e não somente em relação ao adequado funcionamento de órgãos do corpo humano ou ausência de doenças.

A partir dos achados no presente estudo, a saúde também é relacionada à alimentação, à situação financeira, relações familiares, ao lazer e o convívio na comunidade. Entende-se que essas condições determinam se as pessoas estão com saúde ou não. Como exprimem as falas abaixo: Participante Laura:

“[...]muitas vezes a pessoa não tem o alimento e isso estressa [...]pelo menos se tiver um salário, um trabalho, uma coisa para fazer e disso ele conseguir trabalhar para adquirir alimento Se tem, ele vai viver uma vida boa, ele vai se sentir com saúde[...]”

Participante João: “A família da gente estando bem para mim está ótimo está excelente[...]”

Participante Joana: “[...]dormir bem, fazer uma atividade que dê prazer, eu acredito que seja saúde [...] caminhada é saúde.”

Essas diferentes conceituações reforçam a saúde como uma percepção individual e subjetiva, construída a partir de interações socioculturais e saberes compartilhados na família, escola, igreja, entre vizinhos, profissionais de saúde, etc. Ou seja, envolvem tanto suas experiências particulares quanto suas vivências coletivas. Ao atrelarem saúde ao “bem-estar”, reforçam esse caráter particular, visto que, somente cada indivíduo pode significar o que lhe causa bem-estar e o que lhe causa desconforto, ao ponto de ser considerado doença.

De todo modo, considerando essa subjetividade, o texto de Miranda (2017) nos traz uma importante reflexão sobre a sociedade atual, demonstrando que o culto da imagem, a imposição da competitividade e a massificação do desejo, consumo e da acumulação (de bens, capital e poder) e, enfim, a banalização do sofrimento e da dor são condições que encobrem as possibilidades de reconhecimento dos traços singulares das pessoas. Dessa forma, buscando-se viver a vida do outro, remetida nas redes sociais, reproduz a negação do mal estar. Isso contribui para a pessoa não enxergar as suas próprias dores e não enxergar o potencial do autocuidado. Assim acabamos atribuindo a outras pessoas, autoridades (religiosas, políticas) ou profissionais de saúde, as interferências e regras necessárias para incluir-nos naquilo que a sociedade determina como qualidade de vida.

A saúde física e mental surge interligadas nas falas e reforçam o quão pessoal são essas concepções, pois o que pode causar grande perturbação para uma pessoa, pode ser concebida com mais resiliência por outra. Segundo demonstra o entrevistado Roberto: “Saúde é se sentir bem psicologicamente [...]”.

Todos os discursos compreendem as condições econômicas e sociais que afetam a saúde, chamados determinantes sociais da saúde (DSS). Este fato contribui para o processo de adoecimento da população assistida. No entanto, cabe destacar que os serviços de saúde são somente um dos DSS, conforme apresentado na Figura 18, assim não podendo única e exclusivamente atribuir a ele a fragilidade ou não dos serviços de saúde. Ou ainda, a relevância centrada nas pessoas que estão na base do modelo, com suas particularidades individuais, tais como as variáveis: idade, sexo e condições genéticas que, somadas aos demais, preenchem influência sobre as condições de saúde.

Figura 16 - Determinantes sociais da saúde – Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Dahlgren and Whitehead, 1991.

Ao mesmo tempo, os determinantes sociais de saúde são em sua maioria, atrelados a fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos, logo, comportamentais, que influenciam problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Nesse sentido, Furtado (2004) afirma que o desenvolvimento deve estar vinculado a adequadas condições sociais, com vistas a oferecer respostas às necessidades da sociedade, sem se seduzir por forma reducionista. Para tanto, deve dar relevância a aspectos de ordem econômica. Ainda cabe ressaltar que os problemas atrelados à promoção da saúde são dependentes de ações, programas e estratégias de outras políticas públicas intersetoriais, de modo a não somente contemplar os determinantes sociais em saúde (DSS).

Assim, a proposição desses profissionais da saúde se constitui por representações e indicadores relativos à concepção da relação saúde e doença. Atenção que enriquece esta compreensão, que prioriza o modo de ser e viver a função na comunidade. Os fundamentos desses modos de pensar e resolver os problemas relacionados à saúde ou à doença conforme o desempenho profissional, mas também visam transformar a realidade imediata, estimulando a junção e valorando o saber científico e o popular. Dessa forma, adequam e recriam as possibilidades para superar as limitações encontradas, devido a inúmeros fatores, dentre os quais podemos destacar as barreiras geográficas³¹.

O processo relacional saúde e doença considera que há uma interligação desses termos, porque são produtos dos mesmos elementos. Ainda, diferente da teoria da unicausalidade – que

³¹ Esse aspecto será trabalhado de forma mais detalhada no capítulo dedicado a condições de adversas na APS.

considera um único fator para o surgimento de doenças, - na concepção relacional de saúde-doença, o estado de saúde de um indivíduo é fruto de um processo complexo, envolvendo uma série de fatores tais como: biológicos, econômicos, sociais e culturais.

Nessa perspectiva, segundo Monken (2005), a reorganização dos preceitos de saúde enquanto 'espaços de saúde' - e não de espaços de atenção à doença - propõe uma ação de construção social de transformações que precisam surgir na adequada compreensão do processo saúde e doença. Concomitante a isso, tem-se ainda o desafio de desconstruir e reconstruir entendimentos simplistas que acabam por desvalorizar a APS (promoção à saúde), por vezes construídos pelos próprios profissionais que atuam no serviço, como “postinho de saúde”, embora a fala de alguns usuários do serviço de saúde ou até profissionais se refira assim a UBS.

Importante destacar que essa expressão não foi mencionada em nenhum momento, no decorrer da coleta de dados, pelos profissionais entrevistados. Essa menção por vezes é recebida com certo desconforto por profissionais entusiastas da saúde coletiva, pois parece pejorativo, como se fosse algo sem grande importância. Isso pode ser compreendido como reflexo histórico do momento em que o SUS foi concebido.

Acredita-se que de algum modo, essa fala repetidas vezes, fragiliza a saúde na atenção primária. Dentre esses e outros desafios podemos destacar, conforme trata Brasil (2017 p.8):

Há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte pode ser abordada na APS.

A consolidação do SUS acarretou em necessidade de mudança no modelo de assistência à saúde até então, centrado no modelo hospitalocêntrico. A partir disto a atenção primária à saúde se torna a alternativa mais eficaz para alcançar a universalidade do SUS no país, sendo tratada como prioridade no planejamento e intervenções do Ministério da Saúde (COSTA, 2013; SILVA, 2013).

Essas diferentes abordagens adotadas pelos participantes do estudo para conceituar saúde, são apresentadas didaticamente por Narvai et al (2008) em três planos: subindividual, individual e coletivo. O plano individual corresponde ao nível biológico e orgânico. Na fala dos entrevistados surge como preocupação com os pacientes hipertensos e diabéticos, também com aqueles que sofrem com doenças osteomusculares, em decorrência de atividades laborais, bem como com os diagnosticados com câncer. Assim, demonstrado no discurso da entrevistada Esther, 54 anos:

[...]Na minha área tem algumas pessoas que estão com problema de câncer. Eu me sinto mal, eu procuro ficar um pouco mais de tempo com aquela pessoa para fazer a pessoa se sentir melhor, se sentir bem, conversando, dialogando, tirando aquelas preocupações que ela tem na cabeça para ver se traz ela para a realidade, para ela esquecer um pouco do problema dela. Ver se ela esquece um pouco dessa doença [...].

O plano individual é apontado por Narvai et al (2008) como disfunções que envolvem questões biológicas e sociais, ao mesmo tempo desse modo, o processo saúde – doença resulta, também, das condições gerais de existência. Evidencia-se esse aspecto nas falas, por exemplo, ao considerarem que saúde corresponde ao acesso à alimentação, salário e trabalho.

Estudos acerca da APS são importantes para a reflexão coletiva quanto à consolidação das ações do processo saúde e doença. Já no plano coletivo, o processo saúde-doença é mais que a soma das condições orgânicas e sociais de cada indivíduo. Para Narvai et al (2008), neste plano, a saúde resulta de uma complexa trama de fatores e relações, representados por determinantes do fenômeno nos vários níveis de análise: família, domicílio, microárea, bairro, município, região, país, continente, etc.

Nesse contexto, tal definição de saúde aproxima-se a de Minayo (1994 apud NARVAI et al., 2008): fenômeno clínico e sociológico vivido culturalmente. A concepção do entrevistado Claudio retrata um pouco desses diferentes níveis de análise, no âmbito do meio ao qual o sujeito está inserido:

[...]Eu enquanto profissional preciso levar em consideração as concepções da saúde das diferentes pessoas que eu atendo, então, eu tento carregar e sustentar isso comigo na minha prática diária, nas visitas domiciliares que eu faço e, nas condutas que eu apresento [...] ali no Arapixuna é bem marcante isso, tem alguns grupos de famílias que já tiveram experiências de morar em Manaus, Belém [...] e Santarém vivendo nesse âmbito urbano né, de sociedade urbana industrial, lidando com asfalto, com problemas urbanos. Essas pessoas, esse grupo populacional, tem uma concepção de saúde diferente de um grupo, por exemplo, de quem vive lá na ilha do Bom Vento [...] as concepções de saúde dessas pessoas diferentes[...].

Pressupõe-se na fala anterior que a saúde é, portanto, um processo individual e sociocultural. E a sua plenitude só é reconhecida quando há, em determinada área da vida, alguma ausência, onde então percebe-se a doença. Canguilhem (2009) considera que, para compreender o que é saúde, é necessário partir da dimensão do ser, pois, é nele que encontramos as dimensões do normal e do patológico. Para o autor, a natureza do homem é harmonia e equilíbrio. Qualquer perturbação desse equilíbrio, é a doença.

Porém, a doença não pode ser considerada apenas um desequilíbrio. Ela é sobretudo o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio. Assim, entende-se também que a relação processual saúde e doença é constituída pela forma específica de

organização da sociedade, que, por sua vez, incidirá na construção de especificidades frente à forma como as pessoas vivem, incluindo os desgastes que sofrem e que incidem sobre o indivíduo, assim como as possibilidades de fortalecimento.

Em relação à doença, os entrevistados a definem como a interrupção do equilíbrio e bem estar, que acarreta estado de preocupação, estresse e desconforto. De acordo com Santos e Cardoso (2012), o estresse é uma resposta do organismo a partir de condições em que a pessoa precisa se readequar, assim estabelecendo um esforço para esse novo ajustamento. Os agentes causadores de estresses abarcam múltiplas origens, podendo desenvolver-se devido a uma necessidade de se habituar a fatores externos ou internos, prejudicando assim a realização de atividades diárias. Além disso, a doença leva aos pensamentos de posições dos indivíduos no meio social (TAUSSIG, 1980). Com falas como essas, da participante Joana: [...]O vizinho não conseguiu nem ir trabalhar, é isso, ele evita até de participar de movimentos sociais, até da igreja ele fica afastado porque ele está doente, então para mim é uma doença mesmo. Então ele está doente mesmo [...].

Nas falas dos entrevistados, percebe-se que a definição de doença vai além do julgamento de estar doente física ou psicologicamente, leva em consideração relações socioculturais dos indivíduos. Segundo Canguilhem (2009), a definição de doença e do doente não é a do médico. Reforçam a doença, também, como fenômeno sociocultural, cuja definição parte da sua experiência do indivíduo sendo, portanto, o normal e as patológicas concepções subjetivas de cada sujeito.

Para Langdon e Wiik (2010), tais definições se dão a partir de um sistema cultural de saúde, em que o entendimento de saúde tem sua dimensão simbólica e inclui os conhecimentos, percepções e cognições utilizadas para definir, classificar, perceber e explicá-la. Nessa perspectiva, utilizo-me das contribuições de Alves et al (1994 p. 98):

O discurso da enfermidade é dotado de sentido na medida em que é afirmado como real para os indivíduos. É real porque justamente é originado e legitimado em primeira instância no mundo do senso comum.

Nesse sentido, Franco (2008) nos apresenta que quando há uma pessoa reconhecidamente doente, todo núcleo social e familiar também adoece. A unidade de cuidados do paciente e de sua família deve se manter integrada e alinhada. Além disso, a família constitui um universo cultural próprio, muitas vezes distante do universo da equipe de saúde. Assim, cabe aos estudos do processo saúde e doença, considerar todas as particularidades que o

envolvem, bem como ponderar as conceituações institucionais de saúde e doença, e as definições próprias de cada indivíduo. Como descrito nas entrevistas abaixo:

Participante Dolores “A gente considera como doença as pessoas não se sentirem bem. Porque aí ela está trazendo muitos pensamentos negativos, então, é uma pessoa doente, muitas vezes fisicamente e também espiritualmente”

Participante Ester: “[...] saúde não é só não ter doença, mas é uma preocupação, uma preocupação com o seu bem-estar [...]. Ela ficando bem, colocar na cabeça dela que ela não está doente, ela vai se sentir melhor, você sente isso. Porque a mente transmite para o corpo.”

Participante Sílvia “[...] quando você não se sente bem você adquire tanto as doenças do corpo quanto as doenças da cabeça.”

Participante Elizabeth: “[...] a doença [...] é o mal estar da pessoa, quando a pessoa não se sente bem, quando a pessoa sente dores, quando tem uns problemas em casa que não resolve, tudo isso vai gerando doenças [...] mal estar físico e mental também.

Para Boff (2013) quando a energia de fundo flui em toda nossa vida, corpo, psique e espírito, estamos em situação de saúde. Quando, por alguma razão, deixa de fluir, adoecemos. Portanto, pode ainda, no campo da cosmovisão, ser o processo saúde-doença, trocas constantes de energia entre o ser e o meio.

Participante João:

[...] Doença é tudo aquilo que pode lhe afetar. Não uma pneumonia, não uma dor de cabeça, não é só isso, isso é doença, mas para mim a doença maior que eu tenho é quando eu não estou bem. Quando a minha família está com problema, quando eu estou com problema financeiro. Eu acho que eu vivo mais doente do que se eu tiver uma doença[...].

A entrevistada Helena expressa essa ideia, ao associar a violência doméstica como um tipo de doença que, assim como problemas nas relações familiares causam grande preocupação nas pessoas. Para a entrevistada tudo isso desencadeia problemas físicos e mentais.

[...] a pessoa não precisa estar com uma doença de vírus, bactéria, mas a doença mental e espiritual, acamado [...]a questão do nervoso, muita preocupação. Marido que “bebe” [...] e quer espancar a esposa, isso é doença, a gente convive com isso. No caso, filho que é malcriado vai adoecendo o pai e a mãe, às vezes a preocupação com os próprios pais[...].

Os impactos da violência doméstica na saúde física e mental já são amplamente estudados e por vezes considerado um problema de saúde pública, haja vista que, causa enorme repercussão na vida da família envolvida, assim como na comunidade a qual ela está inserida. Chama a atenção, no entanto, o fato do entrevistado ter uma concepção de doença mais

ampliada, que inclui a violência doméstica em seus parâmetros. Fato que não foi observado nas demais falas.

Em seu estudo Marinho, Passos e França (2016), ao analisarem as mudanças no perfil da carga de doenças no Brasil de 1990 a 2010, apontam a violência doméstica como um novo fator de risco que contribui para a morte e perda de saúde de mulheres. Até 1990 a violência não aparecia nas estatísticas, mas a partir de 2010 surgiu na nona posição, o que pode tornar o seu papel no processo saúde-doença bastante significativo. Segundo dados do SINAN (Brasil, 2018) foram notificados no ano de 2016 aproximadamente 182, 287 casos de violência doméstica no Brasil. Considerando que este dado corresponde apenas ao percentual calculado pelo Ministério da Saúde, nos próximos anos esse valor tende a crescer.

Ainda nessa perspectiva, os impactos das relações familiares na saúde dos indivíduos revelam a complexidade do processo saúde e doença, bem como a necessidade de reconhecer, na individualidade dos sujeitos, as diferentes formas de adoecimento. Para o filósofo Georges Canguilhem (2009) a natureza no homem é de harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, é a doença. Desse modo, a entrevistada destacou em sua fala os impactos da ausência de equilíbrio e harmonia, e relacionou isso a doença. A doença também é relacionada ao autocuidado. Um processo que exige responsabilização e não culpabilização do sujeito pelo próprio bem-estar, de modo a não atribuir a pessoa única e exclusivamente a culpa pelo processo de adoecer, pois há inúmeros outros fatores condicionantes e determinantes a esse processo.

Segundo a entrevistada Helena, essa harmonia também deve estar presente na comunidade, ele considera saúde como “um bom relacionamento com a comunidade”. Sendo, portanto, a saúde uma expressão de um processo social mais amplo, como afirma Narvai et al (2008). Enxergando a saúde a partir dessa complexidade, podemos perceber que não existe uma linha que divide saúde e doença mas, há entre elas uma relação de troca e reciprocidade, onde uma não se manifesta necessariamente na ausência da outra mas, no excesso ou na carência de determinado fator, seja biológico, psicológico ou social.

Participante Joana: [...]doença é quando não se faz algo que promova a saúde, já é o contrário, aí que ocorrem as diabetes, a hipertensão.

Segundo Boff (2013) cuidar de si é preocupar-se com seu lugar no mundo, na família, na comunidade, na sociedade, no universo e no desígnio de Deus. Cuidar do outro exige antes o cuidar de si, sendo portanto, o autocuidado condição de existência do cuidar do outro. Desse modo, compreende-se que tais saberes que transitam em determinada sociedade, em um dado território é, sobretudo, um saber vivo repassado cotidianamente, que se multiplica e difunde.

Dessa forma, Claudio e demais entrevistados destacam em suas falas as instituições que agem no território, no sentido de contribuir com a saúde na comunidade, são elas: igreja católica, conselho de moradores, escola, igreja evangélica, times de futebol (esporte), Sindicato dos Trabalhadores Rurais e Z20. Esses diferentes atores, confirmam as múltiplas faces do processo saúde-doença em um dado espaço.

A doença também é relacionada ao autocuidado. Um processo que exige responsabilização do sujeito pelo próprio bem-estar. Como na fala da participante Joana: “[...]doença é quando não se faz algo que promova a saúde [...]”

A entrevistada Joana relaciona o autocuidado ao sedentarismo e aponta este último como uma doença que interfere na realização das atividades cotidianas das pessoas, bem como em suas relações sociais. Além de promover a ocorrência de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. Participante Joana: “[...]O sedentarismo para mim é uma doença, que faz com que o indivíduo também se restrinja de muitas ações que ele poderia fazer enquanto estivesse com saúde”.

No estudo de Marinho, Passos e França (2016) outro fator de risco que contribui para a morte e perda de saúde de mulheres e homens é a atividade física insuficiente, que ocupa sexto lugar no ranking, a frente de fatores como consumo abusivo de álcool e colesterol alto. Ponderando que em 1990 esse fator não estava presente no ranking, a atenção ao sedentarismo, mostra uma atualização nos serviços de saúde, assim como no perfil dos profissionais.

Desse modo, a relação saúde e doença se mostra complexa e singular, e exige uma visão holística do ser humano, além da compreensão das suas sociabilidades e de suas territorialidades. Neste contexto, o participante Claudio, mostra que a complexidade deste processo vai além, destacando que trata-se de uma tríade: saúde-doença-cuidado.

[...]eu percebo diferenças claras nas pessoas que tem ainda uma autonomia muito mais forte pelo seu processo de saúde, doença e cuidado e aquelas que tem menos essa autonomia e parece que depende mais de mim, parece que tem aquela concepção mais biomédica.

As diferentes concepções de saúde estão ligadas a diferentes posturas em relação ao próprio cuidado. Desse modo, se um indivíduo compreende a saúde como ausência de doença, sua linha de cuidado está ligada ao uso de medicamentos. Por outro lado, se sua concepção de saúde corresponde a hábitos de vida saudáveis, seu cuidado volta-se para práticas preventivas. Ao atrelar o cuidado ao processo, podemos compreender os diferentes impactos das concepções de saúde e doença nos hábitos e práticas cotidianas dos indivíduos.

Nessa perspectiva, abordar o cuidado é ponderar uma infinidade de significados, englobando aspectos que emergem desde o nascimento e perduram para toda vida, porém cada fase traduz uma condição distinta, suscitada a partir da interação social e cultural de cada indivíduo dentro do seu contexto (BAPTISTA et al., 2012).

Nesse sentido, sobre o olhar atento a saúde, a literatura nos apresenta diversas dimensões que constituem o equilíbrio à saúde humana, conforme apresentamos a seguir, as contribuições de Ventura (2003, p. 23).

Dimensão orgânica da saúde. A saúde é considerada o bem biológico de um organismo vivo. Isso equivale a dizer que a saúde é o eficiente funcionamento biológico enquanto exigência fundamental dos organismos vivos, com um valor intrinsecamente absoluto. **Dimensão psicológica da saúde.** É a busca do bem-estar psíquico da pessoa, determinante para a saúde e com tendência a transformar a experiência e o viver subjetivo. Envolve a experiência emocional do sujeito como fator primordial na avaliação de seu estado de saúde; isso indica sua participação. **Dimensão socioambiental da saúde.** Envolve um conceito de saúde que leva em conta a relação do sujeito com seu ambiente de vida. É a inserção da perspectiva ecológica com o devido peso à dimensão sócio relacional da saúde. Estão envolvidas as condições de trabalho, alimentação, a capacidade de se relacionar e o ambiente familiar. **Dimensão ético-espiritual da saúde.** Essa dimensão é decorrente das abordagens bioéticas, pelas quais tratam do princípio da responsabilidade. Eles dizem que saúde é dever ético da pessoa, pois cabe a ela enfrentar diferentes situações e limitações naturais, procurando vivê-las com a maior intensidade possível sem perder o sentido da própria existência.

Para Beznos (2003), o termo doença faz referência a três noções: o agente causador de doença, o usuário com predisposição ao adoecimento e o meio ambiente carregado de influência mútua e subjetividades. Assim, a história natural da doença abrange as relações entre o agente causador, o usuário susceptível à doença e as condições do meio ambiente que comprometem o processo ou não de adoecimento. Para tanto, o conceito de multicausalidade não desconsidera que os agentes etiológicos são fatores para o surgimento de doenças.

Contudo, além desses agentes, este conceito considera fatores psicológicos, familiares, renda e escolaridade dos pacientes. Para tanto, é possível estabelecer medidas de prevenção voltadas tanto para a fase anterior e posterior ao adoecimento. Deve-se compreender ainda que a doença, segundo Kleinmam (1980), é um processo cujas manifestações dependem de fatores sociais, culturais e psicológicos.

Dessa forma, o estudo de Leite (2006) conclui que em determinadas condições, a população realiza formas próprias de adequação e interação nos espaços, diferente das preconizadas em documentos oficiais, acarretando então uma inversão entre a teoria, respaldada em documentos oficiais, e a prática diária das pessoas.

Nesse sentido, ressalto a elaboração de termos utilizados para definir o percurso de pessoas em busca de cuidados e tratamentos, não necessariamente coincidentes com esquemas ou fluxos oficialmente pré-determinados, sob a perspectiva dos profissionais da equipe de saúde da família.

Abarcam ainda todo o percurso de atenção à saúde, seja ele em prevenção ou recuperação. Também envolve cuidados caseiros, práticas religiosas e práticas médicas. Valorizar o caminho a percorrer durante a busca de assistência à saúde é colocar em questão as condições e contextos mais subjetivos individuais e coletivos, acerca do processo de concepção e resolução da relação saúde e doença (CABRAL et al., 2011).

4.3.1 Padrão local de Itinerário terapêutico

Partindo do conhecimento construído pelos profissionais da saúde envolvidos nesse processo de pesquisa, julgamos melhor apreender os caminhos percorridos e as experiências, para ter acesso aos atendimentos na atenção primária à saúde, enfatizando as condições como são efetivadas ou não (PAIM, 2016).

Assim, compreender como as pessoas procuram ajuda para resolver suas necessidades de saúde permite a avaliação de planejamento e organização dos sistemas de assistência (CABRAL et al., 2011). Esse itinerário também se dá de acordo com os significados culturalmente construídos pelos próprios sujeitos em suas sociabilidades, desse modo, as interpretações de cada doença e o caminho a ser adotado são formados a partir das relações sociais dentro da comunidade.

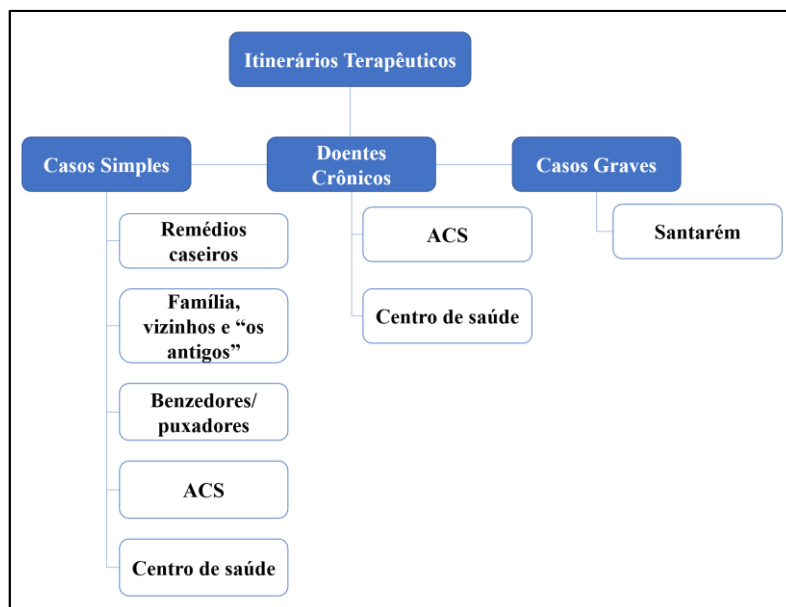
O entrevistado Roberto destaca em sua fala que dois caminhos são adotados para a resolutividade: Resolver na própria casa ou procurar a unidade de saúde: “[...]Então, aqui acontecem os dois casos, alguns procuram acesso para buscar atendimento no posto, e outros buscam resolver com o que tem em casa[...]”

O itinerário terapêutico é determinado a partir da forma como as pessoas interpretam a doença, resultando na linha de cuidado a ser adotada. Como afirma Elizabeth “Aí vai depender muito da doença, do que a pessoa está sentindo, para onde ela vai se encaminhar primeiro”. Os itinerários terapêuticos revelam soluções mais completas, bem como soluções para o desenrolar do articulado processo saúde e doença. Favorecem assim a construção de ponto de vista valorativo das relações sociais cotidianas (GERHARDT et al, 2015).

A figura 17 abaixo foi construída a partir da fala dos entrevistados e de como eles percebem esse itinerário terapêutico local na comunidade, que não segue hierarquia, mas

necessidades. E quem determina qual dispositivo pode atender a sua demanda é o próprio sujeito.

Figura 17 - Caminho adotado para atendimento à saúde e doença a partir das relações sociais dentro da comunidade.



Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora mediante contribuição dos entrevistados, 2018.

Analisando todas as falas é possível perceber que esse itinerário é complexo. Podemos dar destaque três caminhos principais: Centro de saúde (enfermeira e ACS), Benzedores/puxadores, remédios caseiros, vizinhos e familiares. Porém, é preciso destacar que esse itinerário não é linear, podendo um mesmo sujeito buscar assistência em mais de um dispositivo disponível no momento, sendo necessário considerar, portanto, uma rede de cuidados. Essa complexa rede é manejada, como afirma Bagata (2018), de acordo com as necessidades de cada pessoa.

Elas sabem que “quebranto” pertence ao benzedor, a “desmentidura” ao puxador e a “pressão alta” ao médico/enfermeiro. O uso dos saberes e práticas populares correspondem, a um processo educativo que vem atravessando gerações, são legitimados e fazem parte da cosmovisão das populações da Amazônia (BAGATA, 2018).

Frente a esse contexto Cecílio (2012, p. 287) nomeia como regulação leiga. Pois, não se estabelece à gestão formal da rede, no entanto, também não é totalmente controlável ou subordinável, porque o usuário sempre se coloca, em certa medida, como “fabricante” de seus próprios percursos buscando por cuidados com os recursos acessados no campo da saúde e em outras instâncias sociais.

Conill et al (2008) evidenciam que os meios estabelecidos por usuários para superação de problemas de acesso e integralidade expressam algo importante, porém, pouco aproveitado durante a formação de profissionais, pesquisadores e gestores. Em acordo, Ayres (2009), ressalta que os modelos de saúde formulados para atender às respectivas demandas diferem a teoria da prática, visto que, localmente há reajustes do modelo que atenda às especificidades situacionais.

Os casos considerados simples correspondem aos que são resolvidas pelas próprias pessoas em suas casas, com apoio de familiares e vizinhos, sobretudo os mais idosos que orientam quanto ao uso de remédios caseiros. Nesses casos, também recorrem a benzedores e puxadores quando sentem necessidade para tal. Já os doentes crônicos correspondem àqueles diagnosticados com hipertensão ou diabetes, além dos que sofrem com dores crônicas. Conforme considera a entrevistada, Elizabeth 36 anos:

[...]Se já é uma pessoa que já tem um problema que, digamos, um problema de coluna, um problema de hipertensão, diabetes, eles vão procurar o centro de saúde. Mas se for uma doenzinha: um vômito, uma diarreia, primeiro faz um remédio caseiro em casa, aí depois procura aqui. Ou então procura a benzedeira. Aqui eles costumam usar remédio caseiro, para tosse, faz um xarope caseiro[...].

E a entrevistada, Dolores 41 anos:

[...]Alguns tentam resolver as coisas básicas, mais simples, o problema por conta própria [...] Os que tentam resolver por conta própria, eles usam remédio caseiro. Eles procuram logo os antigos, porque o remédio dos “antigos” é muito mais viável do que esses de agora[...].

Segundo o estudo de Elsen et al. (2002), a família promove seu oportuno sistema de cuidados em saúde, pelo qual estão pensados seus saberes e práticas sobre a saúde e a doença, carregados de valores e crenças, que vai diariamente se estruturando. De um modo geral, este ambiente domiciliar é permeado por diversos aspectos culturais, carregado de subjetividades. Em qualquer intervenção de saúde desenvolvida nesse ambiente, os aspectos culturais devem ser considerados.

A família é a primeira comunidade em que o indivíduo está inserido e a primeira rede de apoio para vivenciar esse período de adoecimento. Ao fazermos uma análise no contexto histórico do conceito familiar, observamos que era tão somente composta por pais e mães, unidos matrimonialmente, e filhos consanguíneos, residindo sob o mesmo ambiente. Esta ideia corresponde ao padrão familiar criado em meados do século XVIII, muito valorizado pela igreja, nesse período e até mesmo nos dias atuais. Mas, esse padrão familiar sofreu algumas modificações, no decorrer dos anos. O casamento deixou de ser a única forma de sua construção

(BRUSAMARELLO, 2015). Assim, hodiernamente, há inúmeros outros arranjos familiares reconhecidos na sociedade

A família desempenha um papel fundamental e significativo para a realização do cuidado e desenvolvimento dos membros familiares que a constituem, pois ela contribui para o desenvolvimento emocional, psicológico, físico e para a formação educacional, abordando valores, crenças e costumes em relação à família e à sociedade. Assim, corroborando com o estudo de Rodrigues (2015), no núcleo familiar são executados os primeiros cuidados a essa pessoa, aí os laços afetivos são constituídos no decorrer da formação do caráter, da personalidade e da identidade do indivíduo.

O entrevistado Roberto, 34 anos aborda um ponto importante, não apenas por ressaltar a auto medicação, mas também por exemplificar o quanto a rede de cuidados traçada entre as famílias pode contribuir para a saúde, assim como para a doença.

[...]Muitos se baseiam nos casos que aconteceram com certa pessoa, e essa pessoa já passa a receita, porque tem remédios que são comprados com receita, e aqueles que não são. Então eles passam para os outros achando que os problemas são iguais, mas muitas vezes não são, e não vai resolver[...]

Dependo do caso, a pessoa pode recorrer primeiro à unidade de saúde e, após, buscar o benzedor. Há casos em que o próprio benzedor reconhece suas limitações terapêuticas, e recomenda que busquem o serviço de saúde.

Como relata a entrevistada Joana, 38 anos: “Quando, algumas vezes que, eles procuram benzedor, eles dizem: Olhe fulano, não é para mim, esse é para médico. Aí eles vêm aqui para a gente.”

Retomando os itinerários terapêuticos, percebe-se que, os casos mais graves nas falas surgem principalmente como as picadas de cobras, que são enviados para Santarém. Nesse contexto, a entrevistada, Dolores 41 anos exprime o seguinte: “Uma mordida de cobra, alguma coisa assim, eles já não vêm mais no centro de saúde, porque sabem que não vai resolver. Já vão direto para Santarém.”

Ademais, os diferentes dispositivos disponíveis para o cuidado são selecionados de acordo com a forma como cada sujeito interpreta sua necessidade de saúde, segundo sua cultura, sua rede de cuidado e acesso ao serviço. O cuidar é uma atividade social realizada pelo ser humano que engloba vários significados, que surge desde o nascimento e permanece por toda a vida, favorecendo o processo de interação social e cultural (BAPTISTA et al 2012).

O cuidar que o ser humano exerce em benefício ao outro, envolve uma atenção fundamentada em suas necessidades humana básicas, sejam elas de forma individual ou

coletiva, independente do contexto social e da realidade vivenciada pelo mesmo. O ato de cuidar vai muito além de um simples gesto de atenção, carinho, zelo e dedicação. Compreende uma ação que requer tempo, ocupação, preocupação, responsabilidade, inclusão emocional e afetiva com o outro (RANDEMARK; BARROS, 2009).

O exercício do cuidado em relação ao outro, baseia-se nas necessidades humanas básicas individuais e/ou coletivas. Dependerá do contexto social e da realidade inserida. Cuidar perpassa o limite dos aspectos afetivos, tais como amor, carinho, zelo, atenção e dedicação do cuidador. Exige tempo, ocupação, preocupar-se em assumir responsabilidades, além de admitir uma postura afetivo-emocional para com o outro (RANDEMARK; BARROS, 2009).

A educação em saúde vem caminhando de mãos dadas com a construção de um cuidar mais qualificado, enfatizando o indivíduo também como promotor de sua saúde, incentivando a adquirir conhecimentos e a empoderar-se para o autocuidado consciente e de qualidade (WAGNER, 1998).

A educação é um conjunto de atividades que propicia ao sujeito emancipação, o diálogo, a reflexão e a problematização, bem como a reciprocidade no processo ensino aprendizagem. Logo ela pode colaborar para a difusão de uma concepção e o enfoque na saúde em um sentido mais abrangente. Segundo Freire (1979, p. 49), a educação encontra-se “baseada na capacidade criadora e de instigação de atividades e ponderações válidas sobre cenários reais, replicando assim a busca de modificações criadoras”.

De acordo com Henriques et al (2004), a educação em saúde, de forma integrada, abrange a capacidade do saber-fazer dos profissionais nas mais diferentes áreas do conhecimento, bem como de professores, gestores e usuários dos serviços de saúde, ou seja, preparar as pessoas que cuidam de pessoas. De tal modo, compartilha-se a ideia que a área da saúde não é exclusiva de qualquer profissão, partindo do pressuposto de que a ação de cuidar se institui em ambientes de saber ouvir, de acolhida, de conversação e relação bioética e reflexiva, entre os distintos atores envolvidos no cuidar.

No âmbito da saúde, a Educação em Saúde (ES) apresenta-se intrínseca ao desempenho do exercício da equipe multiprofissional da saúde, visto que, (ES) se configura como ação básica de saúde e ferramenta de mudança da sociedade (SMEKE et al, 2001). Segundo Brasil (2007), se faz necessária a ampliação de ações educativas em saúde em um aspecto dialógico, emancipador, participativo e que colabore para a autonomia do usuário dos serviços de saúde. É preciso considerar a sua condição de ator envolvido no processo de protagonismo de direitos e autor de sua direção no que tange à saúde e à doença.

A educação em saúde é idealizada como metodologia teórica e prática, que procura agregar conhecimentos dos diversos atores envolvidos por meio da valorização do saber científico e do senso comum, considerando que são de suma importância na ampliação do aprendizado em saúde, visto que uma visão crítico-reflexiva, assim como maior autonomia e informação frente à saúde no seu dia-dia proporciona maior empoderamento dos indivíduos no próprio entendimento de cuidar da saúde (GAZZINELLI et al 2006).

Freire (2002) nos assegura que o educador que age a partir de um ponto de vista progressista, necessita perceber que instruir não é meramente transferir conhecimento, mas sim instituir as probabilidades para a sua construção. Para Schier (2004), quando a ES é realizada de forma dialógica, de forma contínua, com integração entre teoria e prática, desperta as pessoas ao ponderar e mudar a realidade vivenciada. A partir desta compreensão, torna-se possível ampliar as conexões indispensáveis entre educação e saúde, valorizando sempre o conhecimento prévio e os saberes dos distintos atores envolvidos.

Para que a ES tenha influência significativa no processo saúde-doença, bem como constituir uma atividade educativa satisfatória, com resultados positivos, torna-se necessário conhecer a realidade do público-alvo de uma atividade educativa, bem como seus potenciais, suas fragilidades e suscetibilidades. O ACS e demais profissionais da ESF, enquanto educador em saúde, deve conhecer e empoderar-se de elementos que beneficiem o educar em saúde. Logo se faz indispensável o protagonismo dos indivíduos em situações de saúde, para as quais, se destinam as atividades de saúde, como as grávidas, compreendendo suas crenças, costumes, hábitos e as condições em que estão inseridas. E daí por diante, desenvolver ações que correspondam ao cotidiano, visto que somente com a participação comunitária e corresponsabilidade, torna-se plausível garantir a sustentabilidade e efetividade das ações educativas em saúde (BRASIL, 2007).

A ação de educar em saúde não deve ser apreendida como mera transferência de conhecimentos, de forma a desconhecer e não valorizar o meio socioeconômico e cultural, em que as pessoas estão inseridas. Segundo Alves (2005), educação em saúde é uma ferramenta de trabalho, utilizada por profissionais da área de saúde para atuarem no dia-a-dia da população, a partir do conhecimento científico. Contudo, para a construção de um conhecimento de qualidade, devem ser priorizadas as práticas que respeitem as diferenças dos indivíduos envolvidos, tornando a educação em saúde uma verdadeira ferramenta de aprendizado, no intuito de sensibilizá-los sobre os hábitos positivos e negativos para a sua saúde, uma vez que proporcionam aos envolvidos uma visão crítica, bem como maior autonomia e participação frente à saúde no cotidiano.

4.4 Condições adversas na Atenção Primária à saúde

Neste capítulo, será apresentado ainda as demais reflexões impulsionadas a partir das contribuições dos entrevistados. Dessa forma, os dados aqui considerados, obtidos por entrevistas, formaram a categoria temática condições adversas na APS, que se evidenciaram em barreiras geográficas e falta de estrutura aos serviços de saúde.

Iniciaremos esse capítulo trazendo uma reflexão de um ACS acerca da valorização profissional. Sentimo-nos, enquanto pesquisadoras, também valorizadas, primeiramente pela forma que ele nomeou a entrevista como “nossa conversa”, e igualmente aos demais entrevistados que se mostrou colaborativo no decorrer da entrevista. Conforme depoimento a seguir, do participante Roberto:- “Eu queria agradecer pela nossa conversa porque nos ajuda a saber que as pessoas estão interessadas no que nós fazemos, porque muitas vezes, têm pessoas que não valorizam isso que nós fazemos”.

Nessa perspectiva, Ingrande et al (2016) contribuem para reflexão sobre os agentes comunitários de saúde, teoricamente, considerado as figuras mais importantes da equipe, mas, na prática, as menos valorizadas, do ponto de vista social e econômico. Além disso, o trabalho que executam é muito árduo, física e psicologicamente, pois se deslocam cada dia de casa em casa, entrando em contato direto com os problemas das famílias.

Foller (2004 p. 138) descreve o pesquisador como um agente social. Nesse sentido, os agentes comunitários de saúde se percebem também como atores sociais, fundamentais para a transformação da saúde em seu território. Este valor perpassa pelo significado de sua atuação profissional na comunidade. Desperta para um trabalho em equipe capaz de identificar quadros de necessidades indispensáveis para a melhoria da saúde. Mas, também se percebem pelo pouco reconhecimento social. Indicação que esses profissionais querem e precisam ser ouvidos e, assim devem ser valorizados

As entrevistas nos trazem considerações amplas quanto à atribuição de sentidos ao trabalho. A maioria teve sua trajetória profissional relacionada à área da saúde, participando de atividades relacionadas à igreja, na Pastoral da Criança vínculo que continua até hoje. Conforme versa a participante Laura, 60 anos: [...]porque a gente faz ainda parte da pastoral da criança também. Aí a gente vai com uma colega, se junta e faz uma merenda e depois faz uma brincadeira[...]

E também a participante Sílvia, 54 anos: [...]E como eu trabalho na pastoral da criança também, no dia do peso de manhã, eu tenho que fazer o lanche para dar para as crianças. E de tarde, nós tiramos o peso[...]

Participante Claudio: “Eu me considero entusiasta da atenção primária”.

Participante Dolores: “Meu trabalho aqui como ACS, quando a gente começa a trabalhar, logo no início a gente se sente meio nervosa, mas depois vai pegando gosto por trabalhar com as famílias, com as pessoas”.

Até os profissionais de saúde que não tiveram experiência anterior na saúde, a não ser as experiências enquanto acadêmicos e comunitários não verbalizaram arrependimento pela escolha da área atual de trabalho, pelo contrário demonstram bastante entusiasmo a estarem vinculados à APS reconhecendo a importância do próprio trabalho

4.4.1 Cotidiano dos profissionais das águas e constrangimentos situacionais, geográficos e financeiros

As falas dos profissionais carregam grande contribuições e remetem as limitações ocasionadas pelo espaço geográfico, sendo o caso de populações que vivem às margens dos rios na Amazônia brasileira, aqui inclui-se a comunidade de Arapixuna. Essa abordagem sustentou-se nas contribuições de Harris (2000): - o rio representa a “metonímia do ser ribeirinho”, pois ao mesmo tempo cria vínculos e isolamentos entre os comunitários dessas populações.

As condições adversas ao trabalho incluem também o ambiente de atuação desses profissionais de saúde, atuantes em zona rural. Embora as comunidades sejam semelhantes e possuem especificidades entre elas, não há como generalizar as comunidades ribeirinhas, é preciso ter cuidado de buscar compreender o todo respeitando as especificidades, não tratar como todo igual. Assim, a participante Laura, nos demonstra importantes considerações:

[...] e a minha situação geográfica na minha comunidade é muito complicada eu tenho que atravessar o rio enfermeira, e eu já sofri demais eu andava em uma canoa remando, só eu e Deus. Remava para as cabeceiras, porque o rio é cheio de cabeceira essa situação geográfica das comunidades ribeirinhas é complicada, mas eu remava, passava fome[...].

Na região de Arapixuna, há grandes extensões territoriais e fluviais. As famílias moram relativamente afastadas do distrito. O ACS e os demais profissionais da equipe utilizam os seus próprios meios de transporte (motocicletas, bicicletas, canoas e rabetas) para realizar as visitas domiciliares. Torna-se admirável que, mesmo com as barreiras geográficas e naturais existentes, o número dessas visitas seja, em sua maioria, em acordo com a necessidade dos moradores.

O dia a dia dos povos das águas, inclusive os profissionais da equipe de saúde da família estão, por vezes, condicionados ao ciclo da natureza. O fenômeno da enchente e da vazante

regula, em grande parte, o seu cotidiano. E de tal modo que o mundo do trabalho e das relações obedecem ao ciclo sazonal. Scherer (2004), afirma que a convivência nesse ecossistema define grande parte do modo de vida dessa população.

Além disso, trazemos ainda as contribuições do estudo de Cardoso (2015 p. 5), que nos apresentou um campo fecundo de interações entre a sociedade e a natureza:

O ribeirão pesca durante todo o ano, mas não há como deixar de observar, para o maior ou menor sucesso da atividade pesqueira, o período da enchente (dezembro a abril), da cheia (maio a julho), da vazante (agosto a setembro) e o período da seca (outubro a novembro). As dificuldades enfrentadas pelas famílias ribeirinhas parecem ser as mesmas na maioria das comunidades Amazônicas dentre elas destacam-se: escassez dos recursos pesqueiros, baixa produtividade e pouca qualidade de seus produtos, falta de acesso ou má qualidade nos serviços de saúde, educação, abastecimento de água, energia elétrica, saneamento básico, renda insuficiente e qualidade de vida com índices preocupantes de desenvolvimento humano.

Interessante pressupor que assim se passa a regular os horários e, conseqüentemente, os comportamentos dos moradores. A partir do trecho anteriormente mencionado cabe o seguinte exercício reflexivo: - o sucesso da assistência à saúde para equipe da Saúde da Família, também depende das cheias e vazantes, corroborando com o texto de Tocantins (2000), o rio comanda a vida.

Loureiro (2002) nos convida a refletir que a existência às margens dos rios demanda que a população detenha grande conhecimento das mudanças da natureza e uma adequada articulação com ela. A água (dos rios ou igarapés) torna-se o fator que condiciona e determina as muitas formas de viver amazônica.

Notamos a seguir que a fala do participante Roberto, reflete, por aproximação, a teorização da literatura alcançada:

Nós temos o inverno e o verão, no inverno o que dificulta muito são as chuvas e no verão são os rios muito baixos nós que moramos distante da unidade temos que usar embarcações e também um transporte terrestre. Fica muito difícil pegar uma pessoa doente colocar em uma embarcação pequena porque muitas vezes não tem acesso a uma embarcação maior trazer até uma comunidade onde tenha o acesso terrestre e chegar com essa pessoa porque não temos ambulância para chegar até o posto.

Becker (1998) afirma que a floresta sempre foi ponderada com um vazio populacional, com vistas a ser habitado pelo restante do país. Todavia, sem valorar inúmeras vezes as suas populações nativas (caboclos, seringueiros, ribeirinhos, pescadores, índios, quilombolas, camponeses). A distância entre as residências na zona rural, especificamente a ribeirinha, é um grande desafio para o trabalho do agente comunitário de saúde e demais profissionais da APS. Em algumas comunidades a atuação profissional fica comprometida, quer seja pela distância,

quer seja pelas condições de acesso, fatores que implicam em não resolutividade dos problemas de saúde no território. Conforme refletida na fala da Participante Laura, 60 anos:

[...] Agora baixou o rio, aí fica mais difícil porque fica um atoleiro uma vez eu cheguei toda suja de lama, com a bolsa para cá e o pé para lá. Porque eu não sabia, nem conhecia direito como remar nessa cabeceira, aí eu ficava de baixo de um pau esperando passar o meio dia para dar uma e meia para eu poder chegar nas casas e completar minha visita domiciliar, sendo quatro de manhã e quatro de tarde. Fiquei atolada e quase morri atolada e lá precisou um menino vir, pois assim, o menino foi me puxar lá. Aí só depois eu conheci como era o igarapé para lá, porque eu não andava muito para essa comunidade. Eu moro em uma, e visito também as outras, mas não andava para lá então eu não sabia e nesse dia me atolei, acho que no inverno é melhor porque você pode ir de canoa.

Uma das questões repetidas vezes mencionadas pelos profissionais, principalmente o agente comunitário de saúde na região estudada, foi o custeio das despesas com deslocamento para as visitas domiciliares no território ribeirinho. Alguns já possuem rabetas e estas, para o funcionamento, necessitam de combustível como comentado ainda por Laura no trecho a seguir:

[...] mas se for olhar as desvantagens veio um bocado principalmente eu digo eu com esse negócio de gasolina que a gente tem que estar comprando, quando dão, dão e quando não dão não dão e aí a gente tem que tirar do próprio bolso tudo hoje em dia muitas coisas a gente está tirando do bolso para comprar como eu creio que vocês sabem disso.

E pela entrevistada Dolores:

[...]A dificuldade maior é a questão do transporte para chegar até a unidade é transporte porque nós não temos esse transporte a unidade não tem para oferecer o transporte ou buscar na residência não tem esse transporte então essa é a maior dificuldade [...].

Sendo assim, além da barreira geográfica, percebe-se também a barreira financeira para custear o transporte, como fator dificultador desse processo de trabalho, tanto para a equipe ESF quanto para os usuários dos serviços de saúde, tornando-se assim um obstáculo a mais. Camarano et al. (1999), nos apresentam a seguinte contribuição a respeito: enfatizam que a educação e os rendimentos estão fortemente associados às melhores condições de saúde.

Por outro lado, Garnelo et al (2018 p. 94) contribuem com os achados descritos anteriormente quando nos diz:

Cabe a estes assumir ônus físico e financeiro, do deslocamento até a cidade, o que adiciona novas barreiras de acesso ao cuidado desejado. Pondera-se aqui, que mesmo nos casos em que os percentuais de cobertura pareçam estar próximos ao desejável em termos estritamente numéricos, no caso da região Norte.

Nessa perspectiva, a dinâmica territorial e ambiental amazônica impacta diretamente na saúde das populações que habitam esse território. Desse modo, as políticas públicas de saúde pensadas para a Amazônia, precisam estar adaptadas para as múltiplas “realidades” aqui presentes. O modo de vida do povo ribeirinho acompanha o movimento dos rios, segundo Fraxe, Pereira e Witkoski (2007) a várzea é uma paisagem “anfíbia”, ora encontra-se submersa, ora torna-se terrestre.

Para os autores supracitados, existem quatro estações climáticas no ecossistema da várzea: a enchente (subida das águas), a cheia (nível máximo das águas), a vazante (descida das águas) e a seca (nível mais baixo das águas). Esse movimento da natureza, que não ocorre apenas nas regiões de várzea, rege a vida dos povos da floresta, impactando, sobretudo, na locomoção das pessoas dentro do território.

Segundo os entrevistados a seguir, essa dinâmica entre curso da natureza e trabalho desses profissionais aliado ao movimento de cheia e vazante dos rios, e a extensão territorial também são considerados como barreira geográfica significativa para os ACS. A distância entre algumas famílias/comunidades e a unidade de saúde impacta diretamente o trabalho dos agentes, bem como as visitas domiciliares (sobretudo na ida do médico e da enfermeira nas visitas), e também no deslocamento do próprio paciente até a UBS. Conforme explica a participante Dolores: “[...] a dificuldade maior é no inverno com muita chuva a gente não pode ir e a dificuldade também que é acesso melhor por terra.”

Bem como o exprime o participante Roberto:

O aspecto geográfico ser um pouco difícil porque nossa unidade de saúde abrange toda a região e torna isso um pouco dificultoso... Nossa comunidade fica um pouco longe eu tenho dois tipos de acesso eu tenho o pedestre ou eu pego uma rabeta que é o que a gente costuma usar na região para chegar até uma comunidade.

A participante Sílvia, manifesta contribuições a respeito:

O transporte que eu utilizo para chegar aqui, na unidade o meu é bicicleta, porque se eu vir caminhando é mais ou menos uma hora mas agora estamos usando um pouco de moto a maioria é terrestre [...] Tem pessoas que vem para o centro de saúde de transporte terrestre tem algumas comunidades que precisam vir de barco o que mais usamos são esses dois na minha comunidade tem alguns idosos que nós preferimos pegar uma canoa do que colocar eles em uma moto e carro ainda tem pouco e é meio caro nós sentimos muita falta de um transporte da unidade.

E a participante Elizabeth:

[...]para os outros colegas tem essa dificuldade quando estar muito seco fica muito ruim quando fica seco fica muito mais difícil para se locomoverem e chegarem aqui tanto eles os colegas quanto os pacientes [...].

E ainda a participante Laura:

[...]no caso de uma enchente cheia eu preciso de uma rabeta para poder trabalhar porque a minha comunidade é um pedaço terra firme e um pedaço várzea são 9 famílias da várzea que eu atendo e fica difícil às vezes eu deixo até de ir lá para várzea quando não tem com quem eu ir [...] E eu vou remando e é mais de 1 hora para chegar lá na primeira casa remando e quando seca quando fica o verão eu dou 50 minutos andando e vou sozinha, mas se tivesse uma bicicleta um material a gente chegaria mais rápido no inverno é mais difícil fazer visita quando a enchente é grande que eles se mudam de lá para cá para mim fica melhor na cheia[...].

As vias de acesso predominantemente fluviais são apontadas por Confaloniere (2005) como aspectos geográficos relevantes para a determinação de quadro epidemiológicos com implicações para a assistência à saúde. Percebem-se, que esses fatores têm também um impacto social, tanto que influenciam diretamente no acesso e na acessibilidade das pessoas ao serviço de saúde. Como nos relata a entrevistada, Ester:

[...]Por exemplo, na minha comunidade, nessa época do verão, ela fecha o canal. Ou a gente vai para Santarém ou vem para cá. Pega o barco aqui para ir pelo Amazonas. Essa é a dificuldade que nós temos. Agora uma pessoa adoece e por onde ela vai ou vem para cá. E transporte para ir rodando com o vento forte pelo Amazonas. Já começou o verão, por favor, não adoça, porque você já sabe a dificuldade que nós temos. Se adoecer, vão logo para a cidade, para quando a doença chegar você já estar em Santarém. De lá, fica lá, já é mais fácil. Exatamente, porque meu Deus do céu, Deus que me livre. É a maior dificuldade. Essa dificuldade é muito grande para nós. Para quem ainda tem, ainda mais quando seca esse rio aqui. Tem que descer mais ainda. O rio fica longe, lá na beira do Amazonas[...].

O estudo de Fernandes (2016) realizado com ACS vinculados ao município de Mojui dos Campos- PA, demonstrou situação semelhante, com áreas de vastas extensões territoriais e fluviais. As famílias moram relativamente afastadas da sede. Assim, o ACS também tem que utilizar e algumas vezes custear os seus próprios meios de transportes: motocicletas, cavalos, bicicletas e canoas para realizar as visitas domiciliares.

A distância é um fator territorial importante que deve ser considerado na implementação de políticas públicas, tanto que a efetividade das ações governamentais está sujeita a sua correta aplicação no território. Sobre isso, Heidtmann Neto (2008) afirma:

“Não é a distância que faz o fator território distinguir as ações estatais, mas a forma como essas ações estatais podem ser ineficientes, porque as condições em que se encontram as comunidades são naturalmente desfavoráveis às ações estatais”. Portanto, é necessário considerar as condições de cada comunidade e os recursos disponíveis.

Percebe-se que a grande extensão territorial e fluvial, destacada pelos entrevistados, sempre vem acompanhada da necessidade de transportes adequados e também dos custos financeiros para facilitar o acesso da população ao serviço, sobretudo idosos, que têm

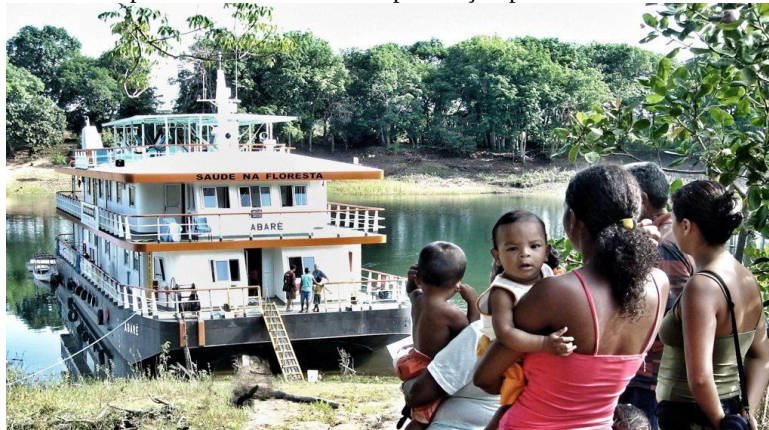
dificuldades de locomoção, e doentes mais graves, bem como garantir maior resolutividade para os pacientes. Esse acesso não se trata apenas da ida do paciente à unidade, mas a presença dos profissionais de saúde nas comunidades.

Para responder a tais limitações, surge o barco hospital Abaré (A palavra Abaré em tupi-guarani significa, gente amiga), como uma forma de suprir as necessidades de saúde da população e também como uma adaptação do serviço de saúde à realidade amazônica. De iniciativa do Projeto Saúde e Alegria (PSA) com a organização holandesa, Terre Des Hommes (TDH), tem como fundador o médico Eugênio Scannavino Neto.

Heidtmann Neto (2008) descreveu em seu estudo que, na comunidade onde havia atuação de ONG's, bem como o barco hospital, este era um diferencial que dava suporte às comunidades, em face das dificuldades presentes nas comunidades. Compete ainda destacar que as atividades desenvolvidas pelo navio hospital Abaré, além da assistência, também contemplam ensino, pesquisa, extensão, parcerias e controle social, com vistas a fortalecer as ações de educação, promoção e prevenção de forma artística e lúdica.

No ano de 2011, o governo federal lançou a estratégia Saúde da Família Fluvial, tornando essa experiência uma política pública da APS regulamentada sobre a portaria nº 2490/2011, com abrangência para toda Amazônia legal e Pantanal.

Figura 18 - Navio hospital Abaré leva saúde e prevenção para comunidades ribeirinhas, 2019.



Fonte: (PSA,2019) <http://www.saudeealegria.org.br/?projeto=sau-de-comunitaria/sau-de-da-familia-fluvial-e-modelo-abare>

O Abaré foi habilitado como a primeira Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) do Brasil, sendo integrado ao SUS. Esta política abriu as portas para que outras regiões ribeirinhas necessitadas e isoladas também pudessem receber um modelo de saúde da família fluvial regular. Além do apoio de custeio, por meio de um edital do Ministério da Saúde, municípios das regiões Norte e Centro-Oeste estão sendo financiados para construção de novas embarcações com essa finalidade (PSA,2019).

Atualmente o Abaré está sob gestão do SUS e em propriedade da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), com parcerias das Secretarias de Saúde dos municípios de Santarém, Belterra e Aveiro, no estado do Pará. Essa experiência exitosa motivou o modelo atual da portaria de incentivo e custeio para Unidade Básica de Saúde da Família Fluvial (UBSFF).

A desigualdade no acesso à saúde na Amazônia torna-se ainda mais evidente quando analisamos a realidade das populações ribeirinhas que, apesar das transformações culturais do mundo ocidental, ainda mantem seus modos de vida tradicionais. Desse modo, lidam com problemáticas de saúde que, no meio urbano, são mais facilmente resolvidas, como a escassez de atendimento odontológico.

Dentre as condições adversas apresentadas pelos profissionais de saúde, a falta de estrutura na Unidade Básica de Saúde é uma queixa bastante recorrente. Não se resume apenas ao espaço físico da unidade de saúde, mas também à ausência de recursos logísticos que poderiam tornar a assistência mais resolutiva. A falta desses recursos leva os profissionais a usarem seus próprios equipamentos, quando possível. Como narra o participante Roberto:

Durante os 2 anos como agente de saúde a história que mais me trouxe atenção foi o caso de um rapaz que levou uma picada de cobra ele era sozinho e não tinha família e eu fui a única pessoa que ele contou no momento e devido à dificuldade não tivemos nenhuma resposta que favorecesse a gente quanto à questão da ambulância que é o acesso mais rápido que temos. Eu tive que fretar um barco para levar ele para o hospital porque era um caso de vida ou morte aquilo saiu bem caro para mim [...] Na verdade nós não temos materiais adequados nós temos muitas dificuldades as vezes usamos os materiais que temos em casa como motores, embarcações e bicicleta.

E a Participante Silvia:

“Nós tínhamos uma moto mas levaram embora por falta de manutenção e os meninos usam as motos deles, então se tem algum problema sai do bolso deles se precisa de manutenção ou precisa comprar peça [...]”.

Os trechos relatados pelos participantes anteriormente apresentados, demonstram o quanto as barreiras geográficas do território, aliadas à ausência de uma estrutura e logística adequadas, dificultam o acesso do usuário ao serviço, e também da resolutividade de seu problema de saúde, forçando os profissionais de saúde a tomarem medidas que vão além da sua competência profissional, para atender uma ineficiência do próprio sistema. Em certa medida, pode-se falar da ausência de uma sensibilidade territorial das políticas públicas (Heidtman Neto, 2008).

Nessa perspectiva, surge a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo da Floresta e das Águas, expressando o compromisso político do Governo Federal de

garantir o direito e o acesso à saúde a tais populações, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, traduz o desafio dessa garantia e contempla o atual momento brasileiro de desenvolvimento do campo, de forma a incluir as peculiaridades e especificidades das demandas e necessidades em saúde dos trabalhadores rurais, dos povos da floresta e comunidades tradicionais (BRASIL, 2011). Mas, de fato não está efetivada na realidade dessas populações.

4.4.2. Assistência odontológica: a carência parcialmente reconhecida

Compreende-se que os fatores já apresentados anteriormente e que impactam na assistência à saúde das populações ribeirinhas de modo geral, também são considerados empecilhos ao avaliarmos a assistência odontológica, tais como: cheia e vazante dos rios, longas distâncias entre o paciente e o serviço de saúde, acesso a informação. Porém, ao tratar da saúde bucal, o fator mais impactante talvez seja a própria escassez do atendimento odontológico.

No meio urbano é comum a presença de odontólogos e técnicos de saúde bucal nas unidades básicas de saúde, isso, no entanto, não ocorre nas comunidades ribeirinhas. Para Maia (2017), ao analisarmos a realidade das populações ribeirinhas, as necessidades odontológicas demoram muito mais tempo para serem resolvidas, se comparadas aos centros urbanos, devido às dificuldades de acesso ao serviço odontológico, diferentemente das comunidades urbanas, cuja proximidade e quantidade de unidades de atendimento são superiores.

A fala da participante Elizabeth negligencia a saúde bucal de adultos e idosos. Sobre essa perspectiva, o estudo de Alencar (2017) avalia tal problemática e afirma que há uma situação quanto à saúde bucal de idosos, relacionadas à precariedade de próteses dentária, ao desenvolvimento de patologias associadas à mastigação deficiente, à perda da dimensão facial e colonização de micro-organismos.

Observa-se que a carência percebida como comum, e de tão comum passa a ser normal, não ter o atendimento. Refletindo na fala de Elizabeth a invisibilidade do atendimento odontológico ao adulto acaba por priorizar o atendimento, “pelo menos às crianças”. A escassez à atenção odontológica no serviço público no Brasil é preocupante, em especial para as comunidades amazônicas, conforme números apresentados no quadro seguinte que retrata uma cobertura ínfima, se pensarmos no todo populacional do município de Santarém. Conforme destaca o trecho da entrevistada, Elizabeth, 36 anos:

[...] Faz muito tempo, como a gente já está com o centro aqui, a gente não tem prioridade para o barco, quem é atendido no barco é outras comunidades, comunidades vizinhas e aí até nessa última viagem nem veio dentista, então tem essas coisas. Nós não temos dentista. Se ele viesse pelo menos igual como o médico vinha, antigamente, o médico vinha duas vezes por mês. Nós temos muita criança que precisam de dentista, são muito carentes mas não tem. [...]E aí é precisa muita luta para escovarem os dentes, é uma dificuldade que eu sinto. [...]Olhem os dentes dessas crianças, todos estragados. Aí de repente vêm uma pessoa e diz cadê o agente de saúde que não está orientando? Aí eu vou cadê a escova? Vocês têm escova? Negativo, não pode. Então a gente tem muitas lutas e dificuldades. Às vezes têm três para todos. Agora eu estou tal mês que eu vier aqui eu quero cada um com a sua escova. E quando eu fui agora já tem. E aí eu vou Olhe, vocês não podem ficar assim, vocês têm sempre que comprar. É a saúde das crianças de vocês, que você já pensou se vocês estão dormindo e a criança começa a sentir dor? Eu tinha muita vontade é que o povo, muitos, mas não todos, porque tem muitas mães que tem muito cuidado, se eu pudesse conseguir meus objetivos desses pais terem cuidado com a higiene das crianças. Porque eu sinto que tem uma parte lá com as crianças que tem os dentes todos estragados e eu me preocupo demais, mas as vezes a gente não pode fazer. Antes vinha o flúor para eles fazerem na escola para as crianças [...].

Dentre as preocupações da entrevistada, ela destaca a falta de cuidado dos pais em relação à saúde bucal dos filhos. Isso pode decorrer da própria falta de contato com o profissional odontólogo, assim como do não reconhecimento da importância dos cuidados com a saúde bucal. Por essa perspectiva, acusa-se o núcleo familiar por vezes, como indisciplinado. Porém, o serviço também é indisciplinado, pois percebe-se a oferta do serviço odontológico, como praticamente ausente. Diante desse cenário torna-se imprescindível que ações, programas ou estratégias para o fortalecimento do exercício do profissional da odontologia, de modo a ampliar o serviço para todos, especialmente as comunidades ribeirinhas.

A cobertura de saúde bucal no município de Santarém corresponde a um pouco mais de 50%. Mais da metade da população continua desassistida quanto a esse tipo de assistência, sendo históricas as dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal.

Quadro 12 - Cobertura de Saúde Bucal Santarém - PA, 2018.

Período	Município	UF	Pop	Nº ESF Saúde Bucal ESF	Estim. Pop. Cob. ESFSB	Cobertu ra ESFSB	Estim. Pop. Cob. SB AB	Cober- tura SB AB
Dez/2018	Santarém	PA	296.302	20	69.000	23,29%	92.250	31,13%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica, E-mail: nti.dab@saude.gov.br

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> Dado gerado em: 30 de Maio de 2019 -. Desenvolvido pelo Núcleo de Tecnologia da Informação - NTI/DAB.

Segundo Maia (2017), a Região Norte possui uma maior proporção de indivíduos que nunca foram ao dentista, maior intervalo de tempo desde a última consulta e maior proporção

de consultas motivadas pela dor, se compararmos aos dados sobre as regiões Sul e Sudeste do país. Segundo a autora, o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das comunidades ribeirinhas é mais elevado do que na área urbana, tanto que, pelas dificuldades de acesso ao atendimento odontológico, os ribeirinhos convivem muito mais tempo com o processo patológico.

A participante Elizabeth destaca em sua fala outras carências relacionadas à saúde bucal, além do atendimento odontológico em si: - “cadê a escova? Vocês têm escova? Negativo, não pode. Então a gente tem muitas lutas e dificuldades. Às vezes têm três (escovas de dentes) para todos”. Para Maia (2017), existem outras necessidades básicas nas comunidades ribeirinhas, que acabam se acumulando e sobrepondo a algumas necessidades odontológicas.

A grande atividade da cárie dentária nas populações tradicionais, segundo Alencar (2017), pode estar relacionada a diversos fatores, inclusive à mudança de hábitos alimentares nas comunidades. Para a autora, as comunidades que tradicionalmente usufruem de um cardápio composto por alimentos menos cariogênicos como frutas, peixes e farinha de mandioca, hoje tem mais acesso a alimentos industrializados, ricos em açúcares, o que aliado a uma higiene deficitária pode favorecer a degradação dos dentes.

4.4.3 Condições adversas aos encaminhamentos para serviços médicos e diagnósticos

Outras queixas estão relacionadas às dificuldades de encaminhamentos para consultas médicas especializadas, a realização de exames laboratoriais e de imagens, acesso ao soro antiofídico e os atendimentos básico de urgência e emergência. Os pacientes precisam recorrer à assistência no município de Santarém. Para os entrevistados, isso simboliza empecilho e demora nos atendimentos.

Dessa forma, relacionado aos encaminhamentos para médicos especialistas e exames complementares, embora abrangentes, não se manifestou de forma homogênea nas entrevistas. Refletem que não são resolvidos, pois demandam de outros fatores, como regulação dos serviços de saúde, que compete à alçada da gestão. Conforme relata a entrevistada Laura, 60 anos:

[...]o médico resolve aqui mesmo e quando não dá para resolver aqui na comunidade ele encaminha. Aí demora um pouco porque está demorando mesmo. A gente espera que um dia, em nome de Jesus, melhore. Sim, quando ele vê que é um caso para um especialista ele encaminha, mas costuma demorar até marcarem, mas as vezes a gente tem que esperar. Quando chega a pessoa já vai na hora certa, no dia. Demora muito. Muitos reclamam porque estão com problema e está custando a resolver. Muitas vezes quando chega até morreu, infelizmente. Mas sobre o negócio de clínico geral isso melhorou muito. Eu espero que esse negócio dessas marcações de encaminhamentos especialistas, porque não tem tantos médicos assim porque é muita gente, a gente tem que esperar um pouco. Eu esperei quase um ano para fazer um da minha garganta. E eu acho que essa demora nos resultados, enfermeira, porque a se a pessoa vai encaminhada para alguma coisa teria que ser algo rápido. A demora, demora demais dos encaminhamentos para especialistas. Principalmente quem não tem dinheiro tem que esperar muito. Eu sei que, sobre a saúde, o que pudesse melhorar, de ter mais condições desse povo ser atendido bem melhor era isso que eu pediria[...].

Essa condição fazendo menção aos encaminhamentos para exames laboratoriais e de imagens e médicos especialistas, no que concerne à regulação do serviço da atenção primária à saúde para os serviços de saúde mais especializados.

Essa questão se apresentou como um nó a ser desatado para um bom andamento dos serviços de saúde. Nesse contexto, a APS surge fazendo seu papel, mas o que se percebe é que há uma quebra dessa assistência, se o paciente precisa de exames ou avaliações complementares. Como na fala de Helena “[...] as pessoas vêm em busca do exame, por exemplo, uma ultrassonografia ou uma tomografia demora para chegar essas requisições para eles poderem fazer esses exames em Santarém”

Nessa perspectiva, torna-se importante considerar que há localmente uma valoração na medicina diagnóstica e que, por vezes, saúde é reconhecida e aceita a partir dos aparelhos e instrumentos médico-tecnológicos capazes de identificar os problemas de saúde ou não. Corroborando com as reflexões apresentadas no estudo de Tesser et al (2010), eles parecem tomar como ponto de partida a confiança de que é possível controlar a saúde e a doença e suas variantes ao longo da vida, desde que empreendendo a lógica diagnóstica, que os autores chamam de “medicalização do futuro”.

Vale ressaltar que não é intuito dos autores desvalorar a autoridade do diagnóstico, entendendo-o também como um recurso objetivo que permite que o paciente não se oriente apenas pelas suas angústias ou sua imaginação. Nessa perspectiva, utiliza-se de uma reflexão dada pelo estudo de Lefève et al (2015) demonstrando que a preocupação incide no fato do diagnóstico médico-tecnológico, restringe o doente à patologia ou a um objeto de classificação, recusando experiências subjetivas. Conforme demonstrado nas contribuições dos entrevistados a seguir:

Participante Elizabeth 36 anos:

“[...]Tem muito raio-x. Tem o atendimento aqui, tu consegues ser atendida, tu tomas uma medicação, mas tu precisas de outros exames. De outros exames, de encaminhamento. Nisso não está tendo o progresso. O que acontece também é que consultas são marcadas as vezes sem ter, tem consultas que eles marcam lá e não mandam para a gente. Então, não tem apoio nas consultas para as especialidades. Tem vezes que chega consulta marcada que já perdeu. Então a gente está esperando há tempos e quando chega já passou a data. Não tenho muita base do que se encaminha mais, mas é um pouco de cada mesmo[...].

Participante Roberto, 34 anos

“[...] Nem todas as vezes a estratégia de saúde da família resolve os problemas das pessoas, mas ela busca um caminho para resolver. Aqui na unidade nós temos técnicos de saúde e um médico, então quando não é um caso extremo, você fala com o técnico, caso ele não resolva, ele passa para o enfermeiro, e caso ele não resolva, ele passa para o médico, tem esse intercâmbio entre eles. Então acaba resolvendo, se é uma coisa que exige especialidade, ele encaminha à pessoa[...]. O que não se resolve é a demora do encaminhamento, porque não é por aqui, é pela secretaria (de Saúde) do município. Por causa dessa demora, as vezes a pessoa não sabe do problema, e não dá tempo de tratar antes que a doença se propague. Às vezes leva até a óbito. Se você leva um paciente que precisa de um atendimento médico para Santarém pelos hospitais, nós vamos encontrar bastante fila, ou as vezes espera pelo agendamento, não necessariamente no hospital, mas se for para uma clínica, alguma coisa assim. E aqui, nós temos um médico que dá suporte por todo o distrito, e isso facilita muito, porque nós chegamos até ele, e é o mesmo tratamento que você recebe no hospital, e isso facilita bastante, fica mais leve, mais barato e mais rápido.

Participante Silvia:

O meu marido teve um problema na perna e começou a ter dificuldade para andar ele veio aqui em junho de 2017 o médico atendeu. Ele parou de andar nós tivemos que pagar um raio-x particular e eles ainda não marcaram. Eu fui lá na central onde é a marcação e não marcaram eu já tive pacientes que quando chegou a ressonância ele já tinha morrido. Nós tivemos casos de pacientes com câncer que foi uma luta descobrir, o problema do sistema de saúde é a lentidão, se você vai no hospital eles só te dão um calmante e não investigam de onde está vindo qual a causa. As grávidas também pedimos para marcar uma ultrassonografia e quando marcam ela já teve o filho a marcação de consulta é um problema muito grave para nós porque é muito difícil e as pessoas não tem condições de fazer particular. E acaba deixando para lá. A facilidade é por agendamento por exemplo o médico aqui faz um bom atendimento ele dá bastante atenção para as pessoas[...].” Afinal porque muitas vezes a gente chega tem o primeiro atendimento e aí não consegue fazer o restante de exames para fazer fica esperando eternidade para marcar consultas, então o bom seria se a pessoa conseguisse chegar até o final de seu tratamento que muitos não conseguem iniciar mas fica esperando um retorno um raio-x um exame ou outro qualquer e aí vai se agravando e não chega.

Participante Elizabeth:

A gente faz o mesmo esquema que era antes, as consultas que vão para lá estão demorando para voltar o que acontece também é que consultas são marcadas as vezes sem ter, tem isso, acaba indo. Só no outro início do mês tem consultas que eles marcam lá e não mandam para a gente então não tem apoio as consultas para as especialidades tem vezes que chega consulta marcada que já perdeu então a gente está esperando há tempos e quando chega já passou a data não tenho muita base disso de que se encaminha mais mas é um pouco de cada mesmo. Tem muito raio-x, eu estou com raio-x, ressonância tudo que há mais de 1 ano estou tentando conseguir, tem o atendimento. Tu consegues ser atendida, tu tomas uma medicação, mas precisa de outros exames, de outros exames de encaminhamento nisso não está tendo o progresso.

Participando na plenária municipal de saúde do município de Santarém³²³², atenta na fala dos delegados, foi possível fazer um *link* com as falas dos entrevistados sobre especialidades. A representante da Associação de Lúpus iniciou a fala com a seguinte expressão: “Só Jesus e o SUS! E em seguida abordou que há mais ou menos um ano está esperando agendamento ao especialista na área de reumatologia”. Refletindo um cenário semelhante ao relatado na região de Arapixuna, o que nos leva acreditar que essa problemática se estende as demais unidades de saúde do município de Santarém. E os pacientes ficam no aguardo esperançosos que um dia isso possa ser resolvido.

Douglas (1998) no livro intitulado como as instituições pensam, nos convida a refletir sobre a relação que há entre as diferentes sociedades e as instituições, afirmando que as pessoas, compartilham seus desalentos, anseios, expectativas do que pode ser feito para melhorar dada situação, aqui no caso as condições de saúde, porém, de fato o que percebe-se é que são as instituições que determinam a tomada das decisões.

Então, o que cabe a nós? Seria repensarmos, pois se de fato as instituições acabam por decidir o que será ou não implantado ou implementado. Diante disso, seria necessário que as instituições, entenda-se instituições nesse contexto, as pessoas investidas nessas instituições e que detém o poder de decisão, reconhecesse a realidade somada a uma competência técnica/científica.

Pois, só conseguimos enxergar o que de fato conhecemos. Um modelo que permita um espírito de educação continuada, assim, um modelo de atendimento voltado para a prevenção e promoção, valorizar a queixa e o doente, e não a doença em si. Mas, como conseguir que as

³² Contribuição realizada na Plenária municipal de saúde, 2019. Que teve como tema: Democracia e saúde/Saúde como direito, consolidação e financiamento do SUS, que foi realizado no dia 26 de março de 2019 das 08:00 as 12:00 h, e das 14:00 as 18:00h nas dependências da Universidade do Estado do Pará, em Santarém.

coisas caminhem? Isso nos remete ao texto de Canguilhem (2005, p. 45) afirma que a medicina não deve ser concebida como um conjunto de procedimentos indicados para confirmar às pessoas que elas estão doentes e, dessa forma, o médico deve permitir que o paciente o reconheça como “[...] um exegeta, antes de vê-lo como um reparador [...]”.

É proporcionar também mais saberes e condições adequadas de trabalho aos profissionais que estão lá na comunidade, um saber que pode ser aumentado, e esse empoderamento torna-se necessário. Nessa perceptiva, utilizamos como arquétipo uma doença específica para discutir essa questão, a Insuficiência Renal Aguda (IRA). Que é compreendida pela maioria da população, inclusive profissionais, como uma doença exclusivamente da hemodiálise, hospitalar, unidade de terapia intensiva (UTI) (serviço da média e alta complexidade) que acarreta custos elevadíssimos para o sistema de saúde como um todo.

Precisamos estar atentos, que há também injúria Renal Aguda (IRA) na comunidade, na APS de forma frequente. Como afirmou o Prof. Dr. Emmanuel Burdmann³³: “há mais paciente chegando no serviço terciário com injúria renal aguda (IRA) do que desenvolvendo” porque são doenças que acontecem na comunidade e que se não forem identificadas, tratadas e bem acompanhadas pela APS, esse paciente pode ser um potencial crônico renal.

Portanto, entende-se: o que não se conhece, não se pode intervir. Conforme, disse o Prof. Dr. Francisco Oscar³⁴, infectologista da FMUSP “Passar o complexo de uma maneira simples” Por exemplo, na comunidade o ACS, na sua visita domiciliar é informado que o comunitário que sofreu acidente ofídico (picada por cobra) já deve ficar atento, pois o comunitário carrega um grande fator de risco para lesão renal, cabe então ao ACS nesse caso encaminhar ao Hospital para melhor manejo e acompanhamento, antes que esse comunitário chegue ao hospital com o quadro de lesão renal grave.

Essa reflexão pode se estender aos mais diversos processos de adoecimentos, atuando assim na raiz, na causa do problema e não na consequência do agravo já instalado. Assim, entende-se que mais leitos hospitalares, mais máquinas de hemodiálise, não seria o caminho mais promissor.

³³ Agradeço as contribuições dos Prof. Dr. Emmanuel Burdmann, Francisco Oscar e Maria Rita Bertolozzi compreendidas a partir do Projeto Rede de Cuidado Renal, coordenado pela Sociedade Internacional de Nefrologia em parceria do Núcleo de medicina tropical do departamento de moléstias infecciosas e parasitárias (NUMETROP) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) referente a importância de identificar a IRA na comunidade e a relevância para saúde da população. O treinamento para profissionais da APS com objetivo de melhorar a detecção e o tratamento da injúria renal aguda (IRA) em Países de Baixa e Média Renda: Um Projeto de Implementação, foi realizado nos dias 13 e 14 de maio de 2019 das 08:00 as 12:00 h, e das 14:00 as 18:00h nas dependências da Universidade do Estado do Pará, em Santarém.

³⁴ Como apontado no **Quadro 4**. Gestões municipais e destaques da agenda municipal de saúde. Santarém – Pará – Brasil (2003-2017) P. 77.

É notório que, precisa-se implementar e melhorar cada vez mais os serviços de média e alta complexidade, mas se não fortalecermos a atenção primária, a saúde na comunidade, os pontos seguintes de atenção ficarão sempre sobrecarregados. Ainda nessa perspectiva, fizemos uma busca na internet sobre notícias locais veiculadas sobre mais máquinas de hemodiálise, e de imediato apareceu: - mais informações com vistas à ampliação do serviço.

Dessa forma, acredita-se que de forma direta ou indiretamente ainda há uma maior valorização ao modelo hospitalocêntrico do que ao modelo comunitário de promoção à saúde. Ampliar a APS na região amazônica é algo bem mais complexo do que se pode imaginar. Inúmeras vezes, enquanto enfermeira na gestão, foi possível acompanhar isso de perto, ou seja, os esforços da equipe gestora de se ampliar as equipes de saúde da família, mas por inúmeras vezes não foi possível por falta do profissional médico para compor a equipe mínima necessária para habilitar o serviço e receber recursos federais do programa para manter as equipes.

Essa dificuldade da fixação do profissional médico já se apresenta como preocupação ganhando destaque nas gestões municipais na agenda de governo³³. Percebem-se numerosos esforços para fixação dos profissionais médicos na região, principalmente com a implantação das residências médicas nas mais diversas áreas corroborando, dessa forma, com o estudo de Gonçalves et al. (2009) que demonstram uma afinidade direta entre a fixação dos profissionais médicos e o local onde eles realizam a residência médica, se comparado ao local da graduação.

Assim como, a interiorização do curso de medicina ofertado pela Universidade do Estado do Pará- Campus Santarém, Marabá e a Universidade Federal do Pará que dispõe do curso de medicina no município de Altamira-PA e demais instituições de ensino superior na rede privada.

Dessa forma compartilho as contribuições De Carvalho et al (2019, p. 73, 2019) sobre o assunto:

Foi constatada a expansão dos cursos de medicina, assim como das vagas de residência em medicina da família e comunidade nos últimos anos, este último, derivado do programa mais médicos (PMM), que fomenta a formação de recursos humanos para diminuir a carência de médicos nas regiões com menor poder de atração destes profissionais. Não obstante, essa expansão foi concentrada na região Sudeste e em algumas capitais estaduais, sem ser observado uma interiorização da formação desse especialista. Cabe, porém, investigar em que medida as políticas desenhadas no PMM estão sendo cumpridas como, por exemplo, na obrigatoriedade de um ano de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, com prazo para adequação no fim de 2018.

Enquanto isso, a comunidade que precisa desse serviço fica aliviando da forma que consegue e com os recursos locais disponíveis, alguns buscam o serviço disponível na rede

particular, outros aguardam o agendamento porque o que cabe é esperar, e às vezes a espera não é possível devido à gravidade da condição de saúde.

Esse exercício reflexivo não deve ser entendido como um juízo de valor do que é certo ou errado, mas sim um convite a refletir sobre uma realidade que se mostra necessária no sentido de entender, conhecer, para a partir de então compreender e atender as especificidades locais, em especial das comunidades mais longínquas da região, a população das águas, florestas e campos da Amazônia.

No que concerne, a estrutura física da unidade de saúde que também é apontada como uma adversidade que impacta nos atendimentos e na privacidade do usuário dentro do serviço, conforme corrobora o trecho da entrevista do participante Roberto: “Não temos uma sala para falar em particular com as pessoas, então se elas têm vontade de relatar um problema, mas tem vergonha, ela não fala [...] e da participante Sílvia:

[...] Primeiro seria bom a ampliação da nossa unidade de saúde, porque aqui nós atendemos todo o distrito do arapixuna e mais algumas comunidades que vem do lado. E a unidade de saúde muito pequena não tem uma sala só para curativo, uma sala só para pré-natal, a enfermeira fica atendendo as pessoas ali na frente e as pessoas ficam constrangidas de contar seus problemas, porque as pessoas escutam, não tem uma sala de depósito[...].

A Participante Joana reafirma a mesma adversidade: “Assim um local para as pessoas ficarem esperando aí nesse calor mesmo aí fica complicado para a gente atender lá na frente e todo mundo fica ouvindo eu não tenho uma consulta assim sala específica só para mim.”

As entrevistas alcançadas nos apresentam desafios que corroboram com os estudos de Fausto et al (2013; 2014) que apresentam problemas da APS relacionados a questões como: acesso geográfico; retenção e fixação de profissionais de saúde; as particularidades de populações como as indígenas, ribeirinhas, quilombolas e outras comunidades; e o desafio permanente, cotidiano para o enfrentamento das desigualdades de acesso e uso dos serviços de saúde no SUS, o gargalo relativamente maior no acesso à atenção especializada, especialmente nessas localidades.

4.4.4 Acidentes por animais peçonhentos e postergação da urgência

Os entrevistados abaixo demonstrados, em diversos momentos destacam a preocupação com acidentes por animais peçonhentos, ganhando destaque as serpentes, bem como o desejo de que o soro antiofídico estivesse disponível na comunidade, minimizando dessa forma o risco

dos pacientes terem seu quadro de saúde agravado devido ao transporte destes até o município de Santarém.

Participante Ester:

[...]Por exemplo, aqui na nossa região a gente tem muita mordida de cobra e não temos soro. O soro nós não temos. É essa a minha preocupação vir aqui e nós não podemos ter isso aqui. Porque nós não temos, não temos nada, praticamente[...]Então o que o governo poderia fornecer é uma estrutura melhor para, caso tenha uma emergência é ser atendido aqui. Já resolver aqui, para poder mandar para a cidade sem ter risco de o paciente morrer no caminho[...].

Participante Sílvia:

[...]Até acidentes de cobra as pessoas demoram muito para chegar na cidade e quando chegam já é tarde demais [...] por uma coisa que já deveria ter aqui na unidade que é o soro antiofídico, porque nós temos energia só falta boa vontade de colocar o que precisa. As questões dos exames de rotina são muito difíceis porque nós não temos um centro de referência aqui na zona rural e quando a pessoa vai na cidade eles marcam o exame onde a pessoa nem sabe o lugar e não sabe como ir lá para marcar e acaba guardando o papel e quando passamos para procurar eles não têm[...].

Participante Dolores: “[...] o governo poderia fornecer uma estrutura melhor para caso tenha uma emergência é ser atendido aqui já resolver aqui para poder mandar para a cidade sem ter risco de o paciente morrer no caminho[...].”

A etiologia da complexidade exposta sobre a temática é abordada no estudo de Horta et al. (2007), demonstrando que o tempo entre a inoculação do veneno e a administração da terapia antiveneno é crucial para a recuperação do paciente. Os Acidentes causados por animais peçonhentos são considerados uma doença tropical negligenciada e de interesse para a saúde pública em vários países tropicais e subtropicais, devido à sua elevada incidência, e seu potencial em provocar quadros clínicos graves e frequentemente fatais, principalmente em crianças e idosos.

No entanto, a literatura alcançada apresenta aplicação do soro antiofídico como tratamento e para tanto exige todo um suporte hospitalar, devido ao risco de reações adversas. De acordo com o manual de administração de soro antiveneno do estado do Paraná, a soroterapia deve ser realizada em serviço de saúde preparado, onde deve estar presente um médico e material para intubação (para todos os pesos e idade) em caso de choque anafilático, além disso são necessárias drogas pré-soroterápicas e suporte farmacológico para tratamento de reações adversas.

De certa forma, o estudo de Almeida et al (2012) vai além e destaca que a soroterapia deve ser realizada em sala de emergência, acompanhada pelas equipes médica e de enfermagem, com o paciente monitorizado com o corpo exposto, afim de identificar reações

cutâneas. Além disso, os autores destacam que todos os suportes para reações de hipersensibilidade devem estar disponíveis.

Outro ponto importante é quanto ao armazenamento do soro antiveneno, que deve ser conservado a uma temperatura de 2° a 8° C. Ademais, as bulas de soro antibotrópico (Acidentes com serpentes do gênero *Bothrops* (jararacas): *Bothrops jararaca*, *Bothrops jararacussu*, *Bothrops al-ternatus*, *Bothrops moojeni*, *Bothrops neuwvidii*. E antielapídico (Acidentes com serpentes do gênero *Micrurus*- corais verdadeiras), disponibilizados pela Anvisa, trazem expressamente que o soro é de uso hospitalar e que só pode ser administrado sob estrita observação médica.

Tomando por base essa perspectiva não é viável que a soroterapia seja administrada na comunidade, visto que o suporte necessário para o atendimento não poderia ser oferecido adequadamente, resultando em maior risco para os pacientes. Também é importante destacar a necessidade de treinamento dos agentes de saúde quanto aos acidentes por animais peçonhentos. A participante Silvia afirma: “[...]porque nós temos energia só falta boa vontade de colocar o que precisa[...]” podemos compreender, a partir disso, que desconhecem em parte o fluxo assistencial do paciente ferido por animal peçonhento no serviço de saúde, assim como o suporte necessário para o seu atendimento.

A seguir a fala de Roberto chama atenção por dar destaque a ausência de treinamento dos profissionais, que para ele é tida como uma condição adversa, haja vista que impacta diretamente sobre o seu trabalho.

[...] Nós não temos o treinamento para poder oferecer para eles, as vezes eles mesmos cobram, porque são esses pequenos detalhes [...] meus amigos falavam que antigamente eles recebiam treinamento o tempo todo e hoje, até eu tenho dificuldade, se eu quiser saber de alguma coisa eu tenho que buscar conhecimento.

O próprio entrevistado reconhece, no entanto, que a problemática é complexa, não se tratando apenas de vontade, mas da disponibilidade de recursos materiais e humanos, para que os treinamentos ocorram.

[...]Naquele tempo eles recebiam o treinamento, nós temos enfermeiro aqui, mas ele tem que fazer o trabalho dele aqui dentro, não tem tempo de fazer treinamento, além da dificuldade que nós temos em se reunir[...]

O estudo de Oliveira et al (2018 p. 123) realizado em municípios da região do baixo Amazonas e Tapajós no estado do Pará, relacionado aos acidentes por animais peçonhentos, apresentam importantes contribuições sobre a temática.

Fomentar a implantação de políticas públicas, principalmente as que envolvem à notificação com informações detalhadas, ao reconhecimento precoce do agravo e ao seu tratamento adequado, às áreas de risco, à necessidade de descentralizar o suprimento de soro, de capacitar profissionais no manejo destes acidentes. Destaca-se a necessidade de melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, na medida em que o tempo decorrido entre o acidente e a assistência adequada é fundamental na evolução. A necessidade de investimentos em recursos materiais e humanos e, fundamentalmente, o estabelecimento de políticas de gestão e disseminação de informações fidedignas de saúde. A necessidade de vigilância à saúde no território, principalmente para a população mais vulnerável.

Sobrevém contudo, que o município de Santarém registrou no período de 2007 a 2017, um total de 4283 casos de acidentes por animais peçonhentos (serpente, aranha, escorpião, lagarta, abelha e outros). Conforme quadro a seguir:

Quadro 13 - Acidente por animais peçonhentos - Notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação –Santarém, Pará.

Período (Ano)	Unidade geográfica	UF	Município Ocorrência	Total de acidente por animais peçonhentos
2007-2017	Brasil	PA	Santarém	4.346

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/animaispa.def>

As notificações registradas na mesma série histórica demonstraram ainda que, o sexo masculino apresentou o maior número de casos notificados com valores de 3262 e 1084 notificações, correspondendo ao sexo feminino. Portanto os dados sugerem que referente aos agravos por animais peçonhentos o sexo masculino é o mais acometido, o que pode estar relacionada ao fato do homem está mais tempo fora de casa, seja por atividades relacionadas ao trabalho ou lazer. Bem como, a importância da notificação desses agravos. E assim, nos convidam ainda a refletir sobre proposições e estratégias de promoção e educação em saúde acerca dessa problemática coletiva e social e com efetivo manejo na assistência e notificação esse agravo, especialmente na saúde da população amazônica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das entrevistas aqui alcançadas, descortinamos um cenário projetado pela perspectiva da equipe de saúde da família de Arapixuna, cenário este indicativo do conhecimento comum local, de transmissão oral e voltado à valorização de um saber adquirido de forma intergeracional, portanto, por incorporação reflexiva segundo proposição e referendo da coletividade em questão, patrimônio de saber construído com vistas ao bem estar de todos da família e da comunidade.

Entretanto, cabe nessa perspectiva, uma preocupação com a secundarização de saberes pelo decrescente número de idosos e pelo fato de o jovem, de forma geral, não ser incorporado ao conhecimento local e tradicional. A medicina popular foi tematizada nas entrevistas reproduzindo, difundindo e, de fato, incorporando uma ação social ou coletiva. Dessa forma, a atenção terapêutica praticada na região de Arapixuna se institui por um sincretismo comunitário, ou seja, assume concomitantemente a perspectiva cognitiva e prática, em ação, referida ao atendimento de necessidades e realidades localmente constituídas.

Existe um modo compartilhado, uma ligação entre a vida cotidiana e refletida e saberes populares elaborados por comunitários, projetantes de diferentes caminhos a serem adotados para atendimento à saúde e combate à doença, itinerários concebidos a partir das relações sociais que não protagonizam hierarquias, mas os meios de enfrentar necessidades. Afinal, quem determina qual dispositivo pode atender à demanda imediata ou projetada é o próprio sujeito, no entanto, a partir das seguintes avaliações: casos simples, doenças crônicas e casos graves.

Outrossim, observa-se ainda na reflexão dos entrevistados que há um consenso institucional e comunitário agregado às ações realizadas. Dessa forma, pode-se afirmar que os profissionais de saúde, médico, enfermeiro e ACS, falam a mesma língua, ou seja, concebem os problemas e soluções considerando um mesmo discurso de vivências e experiências, especialmente no que concernem ao manejo nas formas de orientações de promoção a saúde, prevenção e tratamento de doenças, reflexão que parte da valorização de sinais e sintomas.

Além disso, mostrou-se compreensível que a cada discurso referente ao processo saúde e doença, os profissionais valorizam o elo entre conhecimento empírico e científico, este proveniente da instituição que representam, bem como vinculam essa relação processual ao bem-estar geral. Ao atrelarem saúde ao “bem-estar”, os profissionais de saúde, aqui alcançados reforçam esse caráter particular, haja vista que, somente cada indivíduo pode significar o que lhe causa bem-estar e o que lhe causa desconforto, ao ponto de ser considerado doença.

A Atenção Primária à Saúde (APS) na região norte, mais precisamente no estado do Pará, precisa ser desenhada em portarias e normativas do Ministério da Saúde a partir de suas especificidades, incluindo os recursos financeiros que são limitados para atender as tantas peculiaridades da região amazônica. Sugere-se, assim, um financiamento SUS amazônico para atender, além de outras demandas, as barreiras geográficas e naturais e a dispersão populacional ao longo do território.

Também a barreira financeira para custear o transporte (deslocamento no território) como fator dificultador desse processo, tanto para a equipe ESF quanto para os usuários dos serviços de saúde, tornando-se assim um obstáculo a mais. Nessa perspectiva, não é promissor homologar uma política nacional da atenção primária ou básica que não atenda ao cenário da região amazônica, onde as ruas são os rios, e onde o acesso, principalmente geográfico, é difícil para se contemplar o tripé saúde, doença e cuidado. Assim, a Amazônia precisa de uma Política Nacional de Atenção Básica da Amazônia que possa oferecer suporte adequado de saúde onde o ribeirinho não pode vir buscar, e às vezes de onde o ribeirinho não consegue sair, proporcionando assim, outras formas de organizar os territórios em termos de navegabilidade, conectividade de acesso à internet, redistribuição e financiamento equânime dos aportes financeiros, pois entende-se que nesse contexto fazer saúde na Amazônia é mais oneroso.

Uma das limitações enfrentadas para este estudo foram também as condições geográficas e de acesso dos ACS, para chegar às reuniões devido à distância de algumas comunidades do distrito de Arapixuna. Outro fator também que, a princípio considerei como limitação, foi o fato da minha formação acadêmica ter sido em base disciplinar, sem quaisquer abordagens interdisciplinares e proativas. A proposta do PPGSND é interdisciplinar, complexa mas necessária, pois hoje reconheço como um grande avanço para minha formação como pesquisadora e professora, por assim poder vislumbrar possibilidades de transitar e dialogar com conhecimentos elaborados por outras ciências. Assim, *a priori*, eu concebia mais os aspectos biológicos e institucionalizados do problema e, por vezes, eu precisei reorientá-los de acordo com o que buscava inicialmente pelo projeto de tese, enfim, adequando-o à problemática provocada no trabalho de campo.

Outras demandas, como o elevado número de morbidade/internação na tríade gestação, parto e puerpério, bem como o aumento da mortalidade relacionadas a causas externas e doenças do aparelho circulatório no município de Santarém- Pa, mantiveram-se como interesse para desdobramentos por estudos futuros. Além destas, outras questões também permearam este estudo, porém não foi possível trabalhá-las, visto que necessitaria de um tempo maior para

o desenvolvimento, razão pela qual tornou-se necessário realizar recortes pautados ao problema principal e que me permitiram as elaborações aqui textualizadas.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M. **Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica**. 2 ed. Editora Hucitec. São Paulo, [s. n.], 2007.
- AKERMANN, M. Podemos falar de ambiente e saúde problematizando as conexões entre saúde e desenvolvimento?. **Raega-O Espaço Geográfico em Análise**. v. 15, 2008.
- ALBINO, J. C. **Contributo para a história do desenvolvimento local em Portugal: as estórias da animar nas comemorações do 10o aniversário**. Vialonga: ANIMAR – Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Local, 2004.
- ALVES, P. C. B.; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. [S. l.] Editora Fiocruz, 1994.
- ALCUDIA-A, A. et al. Home garden agrobiodiversity in cultural landscapes in the tropical lowlands of Tabasco, México. **Agroforestry systems**, v. 92, n. 5, p. 1329-1339, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10457-017-0078-5>.
- ALENCAR, C. F. de C. **Condições de saúde bucal da população idosa em uma comunidade rural do Amazonas**. Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2017.
- ALMEIDA, E. P. de. **Uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico científico-informacional** São Paulo: USP, 2005. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, 2005.
- ALMEIDA, M. R. de; DE PAULA, M. J. S; **Práticas integrativas e complementares na Atenção Básica: revisão integrativa da literatura**. 60f. Trabalho de Conclusão Anual (Graduação em Medicina). Universidade do Estado do Pará. Santarém, 2019.
- ALMEIDA, S. D. de M.; BARROS, M. B. de A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 17, p. 15-25, 2005.
- AMARAL, C. N. do; GUARIM NETO, G. Os quintais como espaços de conservação e cultivo de alimentos: um estudo na cidade de Rosário Oeste (Mato Grosso, Brasil). **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, v. 3, n. 3, p. 329-341, 2008.
- AMORIM, A. T. dos S. Santarém: uma síntese histórica. Santarém, **Editora da ULBRA**, 2000.
- AMOROZO, M. C. de M. et al. A abordagem etnobotânica na pesquisa de plantas medicinais. **Plantas medicinais: arte e ciência**. Um guia de estudo interdisciplinar. São Paulo: UNESP, p. 47-68, 1996.
- AMOROZO, M. C. de M.; GÉLY, A. Uso de plantas medicinais por caboclos do baixo Amazonas Barcarena, PA, Brasil. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi, série Botânica**, v. 4, n. 1, p. 47-131, 1988.
- ARAÚJO, C. R. F. de et al. Use of medicinal plants with teratogenic and abortive effects by pregnant women in a city in Northeastern Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics**, v. 38, n. 03, p. 127-131, 2016.

- ARÊDA-OSHAÍ, C. M. “**Não é só médico que cura, não é só a medicina que cura:**” **Perspectivas sobre saúde entre Coletivos Quilombolas no Marajó–Pará/Brasil.** Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal do Pará. Belém (Inédita), 2017.
- BAGATA, L. C. B. **Cuidado em saúde de mulheres ribeirinhas:** relações de saber-poder no interior da Amazônia. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Oeste do Pará. – Santarém: UFOPA, 2018.
- BARBOSA, M. O. **Bioativos em sementes de sete espécies não convencionais ocorrentes no Brasil.** 2016.
- BAPTISTA, B O. et al. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v.33, n.1, p.147-156, 2012.
- BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T. W. F.(Org.). **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde.** Rio de Janeiro, pp. 52-81, 2011.
- BARCELLOS, C.; SANTOS, S. M. Colocando dados no mapa: a escolha da unidade espacial de agregação e integração de bases de dados em saúde e ambiente através do geoprocessamento. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 6, n. 1, p. 21-29, 1997.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70; 2011.
- BARROS, M. S.; OLIVEIRA, Y. R.; ABREU, M. C. Conhecimento e uso de plantas medicinais pela comunidade Cipaúba em Picos-Piauí. **Revista Gaia Scientia**, João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 245-258, 2018.
- BARROS, M. S.; OLIVEIRA, Y. R.; ABREU, M. C. Conhecimento e uso de plantas medicinais pela comunidade Cipaúba em Picos-PI. **Rev Gaia Scientia, João Pessoa**, vol 12, n. 1, p. 245-258, 2018.
- BEZNOS, G.W. A Adolescência e o Adolescente. In: **Pediatria: Diagnóstico e Tratamento.** São Paulo: Sarvier, 2003.
- BECKER, Berta K. **Amazônia.** São Paulo: Editora Ática, 1998.
- BOFF, L. **O cuidado necessário:** na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. 2. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
- BOTELHO, N. M. et al. Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 7, p. 290-295, 2014.
- BORCARD, G. G. et al. Estudo etnofarmacológico em entorno de floresta urbana como subsídio para a implantação da Fitoterapia no Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Pl. Med., Campinas**, v. 17, n. 4 supl II, p. 928-936, 2015.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Índice de desempenho do sistema único de saúde (idSUS)**, 2012. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 de abr. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial Brasília. **Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde.** Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília, 2011.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 dez. 1973. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5991-17-dezembro-1973-358064-norma-atualizada-pl.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília, **CONASS**, Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS, p. 232. 2007.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórico Cobertura SF Unidades**. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em: 11 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. Brasília, Editora MS, 2. ed. p.29-30 (Série E. Legislação de Saúde), 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei no 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. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2. Ed., Editora MS, p.29-30 (Série E. Legislação de Saúde), 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais 10 práticas integrativas são inseridas na PNPIC**. Departamento de Atenção Básica, 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2872. Acesso em: 15 nov. 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool Pcatool** – Brasil, p. 80 – (Série A. Normas e Manuais Técnicos), Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNPIC é ampliada**. Departamento de Atenção básica. 2017. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2331. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012a. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>. Acesso em: 11 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Departamento de Atenção básica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php?conteudo=onde_tem_pics. Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488/GM**, 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). 2011a. Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 11 abr. 2017.

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). Gabinete do Ministro. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 out. 2011.

BRASIL, Panorama da violência contra as mulheres no Brasil [recurso eletrônico]: indicadores nacionais e estaduais. – N. 1 (2018) -. -- Brasília: Senado Federal, Observatório da Mulher Contra a Violência, 2018-
<http://www.senado.gov.br/institucional/datasenado/omv/indicadores/relatorios/BR-2018.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em: 01 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Gabinete do Ministro. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Gabinete do Ministro. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 mai. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 22 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. **Núcleo Técnico da Política Nacional De Humanização**, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. – Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Relatório de Gestão 2016**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=15&codTpRel=01>. Acesso em: 23 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático**: práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta e das Águas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. 2018 **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 mar. 2018d.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 5813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2006.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Justiça. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial de Justiça da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Senado Federal. **República Federativa do Brasil de 1988**. Seção II. DA SAÚDE. 1988. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/constituicao_saude_idoso.pdf. Acesso em: 10 setembro. 2017.

BRUSAMARELLO, T. **Cuidado de enfermagem com familiares e pessoas com transtorno mental na extensão universitária**, 2011.

BUCCI, M. P. D. Buscando um Conceito de Políticas Públicas para a Concretização dos Direitos Humanos. In: BUCCI, Maria Paula Dallari et al. **Direitos humanos e políticas públicas**. São Paulo: Pólis, 2001. p. 5-16. (Cadernos Pólis, 2).

BUSS, P. M. et al. Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, p. 1479-1491, 2012.

CAMARANO A.A., et al. **Como vive o idoso brasileiro?** Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1999. p. 19-71.

CAMARGO, T. C. A.; TELLES, S. C. C.; SOUZA, C. T. V. A (re) invenção do cotidiano no envelhecimento pelas práticas corporais e integrativas: escolhas possíveis, responsabilização e autocuidado. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 367-380, apr., 2018.

CARVALHO, R. D. S. **Caracterização química e avaliação de folhas de *Talinum patens* Wand como complemento alimentar**. 2009. Tese (Doutorado em Química), Salvador, BA: UFBA.

CAMARGO, M. T. L. de A. As plantas medicinais e o sagrado: a etnofarmacobotânica em uma revisão historiográfica da medicina popular no Brasil. **Ícone Editora**, 2014.

CAMPOS, E. C. S. de. Território e gestão de políticas públicas: uma reflexão sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde–SUS. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, MA. Universidade Federal do Maranhão**, p. 1-10, 2011.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio De Janeiro, v. 38, n. especial, p. 252-264, out 2014.

CANCLINI, N. G. **Culturas híbridas: estratégias para entrar e sair da modernidade**. Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico; tradução Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. **Editora Forense Universitária**, 6. Ed. – São Paulo, 2009.

CARDOSO, M. S. G A.; FILHO, G. T.C. **Ética ambiental do ribeirão amazônico e as políticas de inclusão social**. 2015.

CARDOSO, L; V, M. V.; RICCI, M. A. M.; MAZZA, R. S. **Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental**. Rev Esc Enferm. USP 2012; 46(2):513-7.

CONFALONIERI, U.E.C. **Saúde na Amazônia: um modelo conceitual de paisagens e doenças**. Estudos Avançados 19 (53), 221–236, 2005. CAVALCANTE, Giani Maria et al. Atividade antimicrobiana de *Artocarpus heterophyllus* Lam.(Moraceae) sobre o desenvolvimento de *Streptococcus pneumoniae* e *Escherichia coli*. **Scientia Plena**, v. 9, n. 2, 2013.

CHIESA, A. M.; KON, R. Compreensão de território: instrumento de gestão em atenção primária à saúde. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**, 2007.

CZERSNIA, D. O. Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-710, 1999.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. **Stockholm: Institute for future studies**, p. 1-69. 1991.

DE CASTILHO, C. J. M. Como o uso do território tem acontecido na gestão de programas de inclusão social? As possibilidades atuais de usá-lo no sentido da concretização de uma nova dinâmica socioespacial em Recife/PE. **Revista de Geografia (Recife)**, ISSN: 0104-5490, v. 24, n. 2, p. 97-120, 2008. Disponível em:

<http://www.comitepaz.org.br/download/Direitos%20Humanos%20e%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas>. Acesso em: 07 nov. 2017.

DE CARVALHO, L. R; MENDES, P S; DO AMARAL, P. V. M. Programa saúde da família: a evolução da distribuição espacial das equipes e dos médicos especialistas no Brasil entre 2007 e 2017. **APS EM REVISTA**, v. 1, n. 1, p. 62-74, 2019.

DOUGLAS, M. **Como as Instituições Pensam Vol. 16**. Edusp, 1998.

DOWBOR, L. A Comunidade Inteligente: visitando as experiências de gestão local. In: Spink, P; Caccia Bava, S; Paulics, V. (coord.). **Novos contornos da gestão local: conceitos em construção**. São Paulo, Instituto Polis, p. 33-73, 2002. Editora Atlas S. A. São Paulo, 2010.

ELSEN, I; MARCON, S. S.; SILVA, M. R S da. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. In: **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2002.

FAUSTO, M.C.R; FONSECA, H.M.S. Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB. In: **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. 2013. p. 318-318.

FAUSTO, M.C.R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 13-33, 2014.

FAUSTO, M.C.R; DA FONSECA, H.M.S.; GOULART, V.M.P. Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ.

Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas (FAPESPA) Estatísticas Municipais Paraenses: Santarém. / Diretoria de Estatística e de Tecnologia e Gestão da Informação. – Belém, 2016.

FERNANDES, F. de P. **Saberes e práticas dos agentes comunitários de saúde sobre gestação e puerpério em um município no interior da Amazônia**. 95f. Dissertação (Mestrado Profissional de Ensino em Saúde na Amazônia). Universidade do Estado do Pará, Belém, 2016.

FERREIRA, L. B. et al. Etnobotânica das plantas medicinais cultivadas nos quintais do bairro de Algodoal em Abaetetuba/PA. 2017.

FERREIRA, T. B.; SABLAYROLLES, M. das G. P. Quintais agroflorestais como fontes de saúde: plantas medicinais na Comunidade de Vila Franca, Reserva Extrativista Tapajós-Arapiuns, Pará. **Cadernos de Agroecologia**, v. 4, n. 1, 2009.

FERREIRA, B. et al. Estudo dos medicamentos utilizados pelos pacientes atendidos em laboratório de análises clínicas e suas interferências em testes laboratoriais: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 6, n. 1, 2009.

FIGUEIRA, M.C. et al. Educação em saúde no trabalho de enfermeiras em Santarém do Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2012.

FLEURY, S. **A cidade dos cidadãos: um marco para análise da saúde urbana**, Mimeo, 2004.

- FLOR, A. S. S. de O.; BARBOSA, W. L. R. Sabedoria popular no uso de plantas medicinais pelos moradores do bairro do sossego no distrito de Marudá-PA. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, Campinas, v.17, n.4, supl. I, p.757-768, 2015.
- FORREST, C. B.; STARFIELD, B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. **American journal of public health**, v. 88, n. 9, p. 1330-1336, 1998.
- FRANÇA, C. L. de; SILVA, I. P.; VAZ, J. C. **Aspectos econômicos de experiências de desenvolvimento local**. São Paulo: Instituto Polis, 2002.
- FRANCO, T. Padrões de produção e consumo nas sociedades urbano-industriais e suas relações com a degradação da saúde e do meio ambiente. In: Minayo M.C.S., Miranda A.C., organizadores. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 209-31, 2002.
- FRANCO, M.H.P. Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade: psicologia. **Cuidado paliativo**, p. 74-76, 2008.
- FRAXE, T. J. P.; PEREIRA, H. S.; WITKOSKI, A. C. **Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais**. Manaus: EDUA, 2007.
- FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 30 ed. 2007.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). **Evolução temporal das doenças de notificação compulsória no Brasil de 1980 a 1998**. Boletim Epidemiológico, 1999. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epi_edicao_especial.pdf. Acesso em: 26 ago. 2018.
- GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 81-99, 2018.
- GONÇALVES, R. J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev bras educ med**, v. 33, n. 3, p. 382-92, 2009.
- GEERTZ, C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Petrópolis. Vozes. 10ª Edição. p. 366. 2000.
- GOIS, M. A. F. et al. Etnobotânica de espécies vegetais medicinais no tratamento de transtornos do sistema gastrointestinal. **Rev. Bras. Pl. Med., Campinas**, v.18, n.2, p.547-557, 2016.
- GOMEZ, M.; R, E. A.; GOMBERG, E. Análise das publicações etnobotânicas sobre plantas medicinais da Mata Atlântica na Região Sul do Estado da Bahia, Brasil. **FIOCRUZ, Revista eletrônica Fitos**, v. 10, n. 2, 2016.
- GONDIM, G. M. de M.; MONKEN, M. Territorialização em saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**, v. 2, p. 392-399, 2008.
- HABIMORAD, P. H. L. **Práticas integrativas e complementares no SUS: revisão integrativa** [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.
- HARRIS, M. Life on the Amazon. **The Anthropology of a Brazilian Peasant Village**, 2000.

HANNERZ, U. Being there... and there... and there! Reflections on multi-site ethnography. **Ethnography**, v. 4, n. 2, p. 201-216, 2003.

HEIDTMANN Neto, H. G. C. A Sensibilidade Territorial das Políticas Públicas: um estudo em comunidades ribeirinhas na Amazônia Legal / Henrique Guilherme Carlos Heidtmann Neto. - 2008. 180 f. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2503/Tese_Heidtmann_Neto.pdf f. Acesso em: 22 jul.2018.

HÉBETTE, J. Movimento sindical e ações de desenvolvimento rural na região de Marabá: a construção de um nível regional de ação em parceria. **Agricultura Familiar: Pesquisa, Formação e Desenvolvimento**, v. 1, n. 3, p. 141-172. 2002.

HAUSER, L. **Aprimoramento do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool-Brasil)**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

HILL, F. J. Complementary and alternative medicine: the next generation of health promotion? **Health Promotion International**, v. 18, n. 3, p. 265-272, 2003.

IBIAPINO, M K. et al. Serviço de Atendimento móvel de Urgência: Epidemiologia do trauma no atendimento pré-hospitalar. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v.19, n.2, p.72-75, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 1991, Contagem Populacional 1996, Censo Demográfico 2000, Contagem Populacional 2007 e Censo Demográfico 2010**. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/. Acesso em: 20 de abr. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Brasil em síntese: Estimativa Populacional 2018**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/?codmun=150680>. Acesso em: 22 jul. 2018.

IPEA. PNAD 2008: Primeiras análises – O setor rural. **Comunicados do Ipea**, 2010.

INGRANDE, D. et al. **Habitar o cotidiano, construir territórios: uma etnografia das práticas de saúde mental comunitária no município de São Carlos**, Estado de São Paulo, Brasil. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Atlas de violência 2018: políticas públicas e retratos dos municípios brasileiros**. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/atlas_da_violencia_2018.pdf. Acesso em: 17 jan. 2018.

JESUS, P. Desenvolvimento Local. In: CATANI, A.D (org.). **A outra economia**. Porto Alegre, Veraz Editora, p. 72-75, 2003.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. **Revista bioética**, v. 21, n. 2, p. 207-217, 2013.

KUBA, G.; VATTIMO, M.F.F. O uso de fitoterápicos orientais nas lesões renais: revisão integrativa. **Rev. bras. plantas med.** Botucatu, v. 17, n. 4, supl. 3, p. 1192-1198, 2015.

MARCONI, M de A; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 7. reimpr. **São Paulo: Atlas**, 2009.

LAMPREIA, L. F. Relatório brasileiro sobre desenvolvimento social. **Estudos Avançados**, v. 9, n. 24, p. 9-74, 1995.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V. 18, n. 3, p. 173-181, mai-jun 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23. Acesso em: 22 jul. 2018.

LEITE, R. P. Margens do dissenso: espaço, poder e enobrecimento urbano. In: FRUGOLI JR, H.; ANDRADE, L. T.; PEIXOTO, F. A. **As cidades e seus agentes: práticas e representações**. Belo Horizonte, Puc Minas/Edusp, p. 23-44, 2006.

LEFÈVE, C; BENAROYO, L. Georges Canguilhem: se projeter em situation de malade. Les classiques du soin, 2015. In: LEFÈVE, C.; BENAROYO, L. Georges Canguilhem: se projeter em situation de malade. **Les classiques du soin**, 2015.

LENOIR, R. Objeto sociológico e problema social. **P. Champagne y otros, Iniciación a la práctica sociológica, Madrid, Siglo**, v. 21, p. 57-102, 1993.

LIMA, C. A. B. de et al. O uso das plantas medicinais e o papel da fé no cuidado familiar. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 37, n. SPE, e68285, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500414&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 ago. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68285>.

LIMA, R. M. B.; SARAGOUSSI, M. Floodplain home gardens on the Central Amazon in Brazil. In: JUNK, W. J. et al. (Eds.). **The Central Amazon floodplain: actual use and options for a sustainable management**, Leiden: Backhuys, p. 243-268. 2000.

LOBÃO, M. Amazônia rural brasileira: aspetos sociodemográficos. **Revista de Geografia e Ordenamento do Território (GOT)**, n.º 17 (junho). Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território, p. 123-150, 2019. DOI: [dx.doi.org/10.17127/got/2019.17.006](https://doi.org/10.17127/got/2019.17.006)

LUCCHESI, P.; AGUIAR, D. S. de. Descrição introdutória ao tema. In: LUCCHESI, P. (Coord). **Políticas Públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, p. 3–10, 2002.

LUNA, S. V. **Planejamento de pesquisa: uma introdução**. São Paulo: EDUC, p. 108 (Trilhas), 2000.

MAIA, C. de V. R. **Impacto da saúde bucal na qualidade de vida em uma população de adolescentes e adultos jovens ribeirinhos da Amazônia** /Camila de Vasconcellos Rocha Maia; orientador, Antônio David Corrêa Normando. 2017.

MAGALHÃES, S. HT; LOUREIRO, S. R. Acidentes de trânsito e variáveis psicossociais-uma revisão da literatura. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 40, n. 3, p. 345-351, 2007.

MEHTA, D. Integrative Medicine and Cardiovascular Disorders. **Prim Care Clin Office Pract**, v. 44, p. 351–367, 2017.

MARTÍN, J. C. Los retos por una sociedad a escala humana: el desarrollo local. SOUZA, M. A. **Metrópole e globalização**: conhecendo a cidade de São Paulo. São Paulo: CEDESP, p. 51-59, 1999.

MARINHO, F.; PASSOS, V. M. de A; FRANÇA, E. B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 713-724, 2016. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400005>

MACHADO, S.C.G. **Avaliação da sobrecarga do cuidador informal no desempenho de suas funções**. Região autónoma da madeira, 2011.

MELO, A. S. et al. Antinociceptive, neurobehavioral and antioxidant effects of Eupatorium triplinerve Vahl on rats. **Journal of ethnopharmacology**, v. 147, n. 2, p. 293-301, 2013.

MEDINA, M. G; VILASBÔAS, A. L. Q. **Observatório de Análise Política em Saúde**. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia. Disponível em: <http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/eixos/apresentacao/0ab58688308745ef02b2a21279aaf095>. Acesso em: 20 dez. 2017.

MELO, T. H. de A. G. **Política dos "improváveis"**: Percursos de engajamento militante no Movimento Nacional da População de Rua (MNPR). Niterói, 2017. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal Fluminense (UFF). Disponível em: <http://ppg antropologia.sites.uff.br/wpcontent/uploads/sites/16/2016/07/TOM%C3%81S-HENRIQUE-DE-AZEVEDO-GOMESMELO.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

MENDES, E. V. (Org) et al. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. In: **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. p. 310-310. 1995.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, p. 92, 2002.

MENDES, E. V. A organização da saúde no nível local. In: **A organização da saúde no nível local**. 1998.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Rev Med Minas Gerais**, v. 18, n. 4 Supl 4, p. S3-S11, 2008.

MENDES, E. V. et al. A vigilância à saúde no distrito sanitário. In: **A vigilância à saúde no distrito sanitário**. 1993.

MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. In: **Uma agenda para a saúde**. 1996.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

MENEZES, M. A. **Redes e enredos nas trilhas dos migrantes**: um estudo de famílias de camponeses-migrantes. Rio de Janeiro: Relume Dumará; João Pessoa: Ed. da Edufpb, 249 p. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**, s.d. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php?conteudo=onde_tem_pics. Acesso em: 20. nov. 2018.

MINAYO, M. C. de S.; DE ASSIS, S. G.; DE SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2005.

MONKEN, M. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde**. Rio de Janeiro, v. 164, 2003.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005.

MOROSINI, M. V. G. C. **Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, v. 1, 2007.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D.'A. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

MORAIS, L. A. S.; CASTANHA, R. F.; BARBOSA, A. G. Chemical composition of essential oil from *Ocimum selloi* Benth.(Lamiaceae) collected in Paty do Alferes (Brazil). **Planta Medica**, v. 77, n. 05, p. P_38, 2011.

MOREIRA, M. R. et al. Produção do óleo essencial de elixir paregórico em função do horário de colheita. In: **Embrapa Agroindústria Tropical-Artigo em anais de congresso (ALICE)**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE OLERICULTURA, 50. 2010, Guarapari. Horticultura Brasileira, v. 28, n. 2, p. S3573-S3576, 2010. Guarapari: Associação Brasileira de Horticultura, 2010.

NARVAI, P. C. et al. Práticas de saúde pública. In: **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, p.269-297, 2008.

NASCIMENTO, M. V. N.; OLIVEIRA, I. F. As práticas integrativas e complementares grupais e 51 sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 21, n. 3, p. 272-281, set., 2016.

NASCIMENTO, M. V. N.; OLIVEIRA, I. F. Práticas integrativas e complementares grupais e o diálogo com a educação popular. **Psicologia em Pesquisa (UFJF)**, v. 11, n. 2, p. 89-97, jul./dez., 2017.

NEVES, D. P. Gênero pela perspectiva antropológica. **Caderno Socioambiental**, v. 1, p. 68-80, Niterói/Rio de Janeiro, 2013.

NEVES, D. P. Mulheres e mercado de trabalho: afiliações e conquista. **Vol. I /Coleção Mulheres em Santarém**: alternativas de vida. 1. ed. Niterói/Rio de Janeiro, Alter nativa/Cnpq, v. 1, p. 352, 2014.

NEVES, D. P. Políticas Públicas: mediação e gestão de demandas sociais. **Retratos de Assentamentos**, v. 13, n. 1, p. 171-206, 2010.

NEVES, D. P.(Org.); MEDEIROS, L. S. (Org.). Mulheres Camponesas: Trabalho produtivo e engajamentos políticos. 1ª. ed. Brasília/Niterói, **NEAD/Alternativa**, 2013.

NEVES, D. P.; GOMES, R. A.; LEAL, P. F. orgs. **Quadros e programas institucionais em políticas públicas**. Campina Grande, EDUEPB, p. 260, 2014. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xdm8s/pdf/neves-9788578792787.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2017.

NEVES, D. P.; MOTTA-MAUES, M. A. Mulheres camponesas e reprodução de grupos domésticos. In: NEVES, D. P e MEDEIROS, L. S. (Org.). Mulheres camponesas. Trabalho produtivo e engajamentos políticos. 1ed. Brasília e Niterói, **MDA-NEAD/Alternativa**, p. 17-40, 2013.

NEVES, D.P. **Cidadania e políticas públicas para as mulheres rurais**. Estudos Universitários (UFPE). Recife, v. 29, p. 269-296, 2012.

NEVES, D. P. Os agricultores de várzea no médio rio Solimões: condições sócioambientais de vida. In: LIMA, D. (Org.). **Diversidade socioambiental nas várzeas dos rios Amazonas e Solimões**: perspectivas para o desenvolvimento da sustentabilidade. Manaus: MMA, 2005. p. 101-156.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. **Alma-Ata**, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Alma-Ata. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Brasília, p. 64, 1979. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf . Acesso em: 08 jul. 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. Genebra; 2013.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 625-644, 2008.v

PAIM, H. H. S. **Políticas institucionais e participação de usuários**: etnografia em espaços de disputa pelas atribuições do Estado entre moradores da periferia de Porto Alegre e agentes estatais. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2009. Disponível em: <http://ppgantropologia.sites.uff.br/wp-content/uploads/sites/16/2016/07/HELO%C3%8DSA-HELENA-SALVATTI-PAIM.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2018.

PELLEGRINI FILHO, A. **Intervenções individuais vs. intervenções populacionais**. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2011. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/?post_type=opinioes&p=2266&preview=true. Acesso em: 12 fev. 2018.

OLIVEIRA, F. M. et al. Compostos bioativos em mel produzidos na campanha gaúcha. **Revista da Jornada de Pós-Graduação e Pesquisa-Congrega Urcamp**, p. 302-310, 2016.

PEREIRA, V. de J; KAPLAN, M. A. C. Artocarpus: um gênero exótico de grande bioatividade. **Floresta e Ambiente**, v. 20, n. 1, p. 1-15, 2013.

- PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.
- PIERI, F. A.; MUSSI, M. C.; MOREIRA, M. A. S. Óleo de copaíba (*Copaifera sp.*): histórico, extração, aplicações industriais e propriedades medicinais. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, Botucatu, v. 11, n. 4, p. 465-472, 2009.
- PINHEIRO, R.; GERHARDT, T. E.; SILVA JUNIOR, A. G. D.; DI LEO, P. F.; PONCE, M.; VENTURIELLO, M. P. Cultura do cuidado e o cuidado da cultura: dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde no Mercosul. *In: Cultura do cuidado e o cuidado da cultura: dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde no Mercosul*. 2015.
- PIO, I. D. S. L. et al. Traditional knowledge and uses of medicinal plants by the inhabitants of the islands of the São Francisco river, Brazil and preliminary analysis of *Rhaphiodon echinus* (Lamiaceae). **Brazilian Journal of Biology**, v. 79, n. 1, p. 87-99, 2019.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTARÉM. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**, 2009.
- RANDOW, R. *et al.* Periferização das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde: desafios da implantação do Lian Gong como prática de promoção à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, p. 111-117, 2017.
- RANDEMARK, N.F.R; BARROS, S. **O modo de cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano: representações das famílias**. *Revista Mineira de Enfermagem*, v.13n.4, p.515-524, 2009.
- RÊGO, T. de J. A. S. Levantamento de plantas medicinais na Baixada Maranhense. **Acta amazônica**, v. 18, p. 75-88, 1988.
- RÊGO, T. de J. A. S. Levantamento de plantas medicinais na Baixada Maranhense. **SUPL. Acta amazônica**, v. 18, p. 75-88, 1988.
- RESTREPO, H. E.; MÁLAGA, H. **Promoción de la salud: como construir vida saludable**. Pan American Health Org, 2001.
- REZENDE, V. A. A resolutividade da atenção básica: uma revisão de literatura. **Coletiva**. Belo Horizonte, 44f, Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), 2010.
- RIBEIRO, L. B; DA MOTA, D. M.; DOS SANTOS A, K. Vilas rurais na Amazônia oriental: O nordeste paraense em questão. **Cadernos de Ciência & Tecnologia**, v. 34, n. 3, p. 339-358, 2019.
- RIGOTTO, R. Produção e consumo, saúde e ambiente: em busca de fontes e caminhos. MINAYO, M. C. S., MIRANDA, A. C., (org.). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 233-60, 2002.
- ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. 3 ed. São Paulo: Ed. UNESP, 2006.
- RODRIGUES, L.P. **O papel do enfermeiro frente à saúde mental**. Vitória, 2015.

SANTOS, A. F. de O; CARDOSO, C. L. **Autopercepção do estresse em cuidadores de pessoa em sofrimento mental.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 17, n. 1, p. 93-101, jan./mar. 2012

SANTOS, A. B. N. et al. Plantas medicinais conhecidas na zona urbana de Cajueiro da Praia, Piauí, Nordeste do Brasil. **Rev Bras Plantas Med**, Campinas, v. 18, n. 2, p. 442-50, 2016.

SANTOS, A. B. N. et al. Plantas medicinais conhecidas na zona urbana de Cajueiro da Praia, Piauí, Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Medicinai**s, Campinas, v.18, n.2, p. 442-450, 2016.

SANTOS, A. C. B. et al. Uso popular de espécies medicinais da família Verbenaceae no Brasil. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Campinas, v. 17, n. 4 supl II, p.980-991, 2015.

SANTOS, Á. da S.; MIRANDA, S. M. R. C. de. A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde. In: **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde.** Barueri, Manole, 2007.

SANTOS, L. P. G. S; FRACOLLI, L.A. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. São Paulo. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, vol.44, n.1, p. 76-83, mar. 2010.

SANTOS, M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. **Edusp**, 2002.

SANTOS, M. Metamorfoses do espaço habitado. São Paulo: **Hucitec**, v. 4, p. 136, 1988.

SANTOS, M. Metamorfoses do espaço habitado: Fundamentos teóricos e metodológicos da geografia. 6ª edição. São Paulo. **Ed. da Universidade de São Paulo**, 2012.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. O Brasil: Território e sociedade no início do século XXI. São Paulo: **Editora Record**, 2008.

SANTOS, S. L. D. X. et al. Plantas utilizadas como medicinais em uma comunidade rural do semi-árido da Paraíba, Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 93, n. 1, p. 68-79, 2012.

SANTOS, A. C. B. et al. Uso popular de espécies medicinais da família Verbenaceae no Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Medicinai**s, v. 17, n. 4, p. 980-991, 2015.

SANTOS, T. M. A. dos et al. **Desenvolvimento local em tempos de globalização.** O caso do Parque Natural dos Tarrafes do Rio Cacheu (Guiné-Bissau). Dissertação de Mestrado. 2017.

SAYD, J. D. Novos paradigmas e saúde: notas de leitura. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 113-121, 1999.

SCUDELLER, V. V.; VEIGA, J. B.; ARAÚJO-JORGE, L. H. Etnoconhecimento de plantas de uso medicinal nas comunidades São João do Tupé e Central (Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Tupé). In: SANTOS -SILVA, E. N.; SCUDELLER, V. V. (Orgs.), **Biotupé: Meio Físico, Diversidade Biológica e Sociocultural do Baixo Rio Negro, Amazônia Central**, volume 2 UEA Edições, Manaus, cap. 15, p 185-199. 2009.

SCHERER, E. F.; COELHO, R.; FERREIRA, H. A. Políticas sociais para os Povos das Águas. **Cadernos do CEAS**, v. 207, p. 91-107, 2003.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTARÉM (Brasil). **Relatório de Gestão 2008**. Santarém: SMS, p. 104. 2009.

SILVA, H. P. A saúde humana e a Amazônia no século XXI: reflexões sobre os objetivos do milênio. **Novos Cadernos NAEA**, v. 9, n. 1, p. 77- 94, jun. 2006. ISSN 2179-7536. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/view/58>. Acesso em: 12 ago. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.5801/ncn.v9i1.58>.

SIDONE, O. J. G.; HADDAD, E. A.; MENA-CHALCO, J. P. A ciência nas regiões brasileiras: evolução da produção e das redes de colaboração científica. **Transinformação**, Campinas, v. 28, n. 1, p. 15-32, abr. 2016.

SILVA, G. Sustentabilidade ou subordinação: modos de vida em comunidades de várzea na Foz do Amazonas. In: LIMA, D. (Org.). **Diversidade socioambiental nas várzeas dos rios Amazonas e Solimões**: perspectivas para o desenvolvimento da sustentabilidade. Manaus: MMA, 2005. p. 265-313

SILVA, J. P. da. et al. Cuidado Perioperatório ortopédico: olhar do paciente, equipe de enfermagem e residentes médicos. **Revista Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 1, supl, p. 43-54. 2015.

SIQUEIRA K. M. et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n.1, 2006. P. 68-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100008. Acesso em: 08 jul. 2019.

SILVA, J.P. da. et al. Cuidado Perioperatório ortopédico: olhar do paciente, equipe de enfermagem e residentes médicos. **Revista Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 1, supl, p. 43-54. 2015.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, jul/dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>.

SOUZA, J. M. **Avaliação da distribuição espacial e dos aspectos epidemiológicos da sífilis congênita e da sífilis em gestantes na região do Pontal do Paranapanema**. 79f. Dissertação (Mestrado em Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional) - Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, 2016.

SOUZA, L. R.B. de. et al. Notificação do acidente traumático em um hospital público da Amazônia brasileira. **Revista Brasileira Promoção Saúde**, v.30, n.p.64-71, 2017.

SOUZA, M. A. A. de. A metrópole global? Refletindo sobre São Paulo. Metrópole e globalização. Conhecendo a cidade de São Paulo. Edited by Maria Adélia Aparecida de Souza. São Paulo: **CEDESP**, 1999.

SOUZA, M. C. de. **Doença Renal Crônica**: um ensaio sobre um drama social. 2014. Disponível em: <http://ppg antropologia.sites.uff.br/wp-content/uploads/sites/16/2016/07/CONTI-MARCELINO-DISSERTA%C3%87%C3%83O-JULHO-2014-PROVIS%C3%93RIA.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2019.

SELLERA, P. E. G et al. Panorama da situação de saúde do Distrito Federal: análise do período de 2005 a 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2009-2020, 2019.

STARFIELD, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e Tecnologia. Brasília: **UNESCO**, Ministério da Saúde, p. 726, 2002. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2019.

TAVARES, I. B. et al. Tipos de estacas e diferentes substratos na propagação vegetativa da erva cidreira (quimiotipos I, II e III). **Bioscience Journal**, v. 28, n. 2, 2012.

TEIXEIRA, C. F; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Fundamentos da vigilância sanitária**, p. 49-60, 2000.

TESSER, C. D. et al. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3.615-3.624, 2010

TOCANTINS, L. **O rio comanda a vida: uma interpretação da Amazônia**. 9. ed. rev. Manaus: Editora Valer, 2000

TOLEDO, A. M. O. et al. Interferência alelopática do chá de boldo-do-chile (*Peumus boldus* Molina, Monimiaceae) sobre sementes de alface e pepino. **Revista de Ciências Agroveterinárias**, v. 15, n. 3, p. 180-187, 2016.

UNGLERT, C. V. de S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: **HUCITEC-ABRASCO**, p. 221-235, 1993.

URSI, E.S. Prevenção de lesões de pele no pré-operatório: Revisão Integrativa da Literatura. Ribeirão Preto (SP). **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, Universidade de São Paulo; 2005.

VAN ZANTEN, A. Saber global, saberes locais: Evoluções recentes da sociologia da educação na França e na Inglaterra. **Revista Brasileira de Educação**, v. 12, p. 48-58, 1999.

VAZ FILHO, F. A. **Pajés, benzedores, puxadores e parteiras: os imprescindíveis sacerdotes do povo na Amazônia**. – Santarém: UFOPA, 2016.

VELHO, G.; CASTRO, E. B. V. O conceito de cultura e o estudo de sociedades complexas: uma perspectiva antropológica. **Artefato, Jornal de Cultura**, Rio de Janeiro: Conselho Estadual de Cultura, v. 1, 1978.

VENTURA, M; CHAVES JR, E. **Direitos da População Jovem: um Marco para o Desenvolvimento**. Fundo de População das Nações Unidas, Brasília, p. 49, 2003.

VIGANÓ, J.; VIGANÓ, J. A.; CRUZ-SILVA, C. T. A. da. Utilização de plantas medicinais pela população da região urbana de Três Barras do Paraná. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 29, n. 1, p. 51-58, 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307226620008>. Acesso em: 12 ago. 2019.

VIVEIROS, A. L. N. **O Desenvolvimento Local e a Animação Sociocultural**. Uma comunhão de princípios. v. 3, p. 2012, 2008.

WAGLEY C. **A educação sanitária no Brasil**. Boletim do SESP, 25:5-8, 1945.

WAGLEY, C. **Uma comunidade amazônica**. Belo Horizonte: Itatiaia/Edusp, 1988.

WAGLEY, C. Uma comunidade amazônica: estudo do homem nos trópicos. Tradução de Clotilde da Silva Costa, 3ª Edição. **Editora Itatiaia**, Belo Horizonte. Editora da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1988.

WALDMAN, E. A.; SILVA, L. J.; MONTEIRO, C. A. Infectious Diseases Trends: from Polio Elimination to the Reintroduction of Cholera. **Informe epidemiológico do SUS**, 8, p. 5-47, 1999.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. *In: Tratado de saúde coletiva*. p. 635-667. 2006. Disponível em: <http://www.brasiliana.com.br/obras/uma-comunidade-amazonica-o-estudo-do-homem-nos-tropicos/pagina/3/texto>. Acesso em: 26 ago. 2018.

WINKLERPRINS, A. M. G. A. House-lot gardens in Santarém, Pará, Brazil: linking rural with urban. **Urban Ecosystems**. v. 6, n. 1-2, p. 43-65, 2002.

WOORTMANN, E. F. O saber camponês: práticas ecológicas tradicionais e inovações. *In: GODOI, E. P.; MENEZES, M. A.; MARIN, R. A. (Orgs.). Diversidade do campesinato: expressões e categorias*. São Paulo: Editora UNESP/Brasília, v. 2, p. 119-129, 2009.

WAWZYNIAK, J. V. Agentes Comunitários de Saúde: Transitando e atuando em diferentes racionalidades no rio Tapajós, Pará, Brasil. **Campos-Revista de Antropologia**, v. 10, n. 2, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines**: Report of a WHO global survey. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2005.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIEDADE, NATUREZA E DESENVOLVIMENTO

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa científica. Caso aceite fazer parte deste estudo, após os devidos esclarecimentos, por favor, assine ao final deste documento, que está em duas vias (uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável), e rubrique as demais páginas deste documento. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

A pesquisa a qual você está sendo convidado a participar chama-se “ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL LOCAL”, e visa Investigar os itinerários terapêuticos (caminhos percorridos) formais e não formais e os aspectos históricos, sociais e espaciais da atenção primária à saúde- APS na modalidade do programa de Estratégia Saúde da Família no município de Santarém- Pará. Nossa intenção com esta presente proposta de estudo se mostra relevante para a sociedade, pois a formação acadêmica em questão apresenta uma abordagem interdisciplinar, contemplando problemáticas locais. Por fim, desvelar as problemáticas dos cenários dos serviços de saúde locais principalmente na atenção primária, com vistas a compreensão do itinerário terapêutico alcançado. A produção de conhecimento, tanto na atenção e gestão, quanto na formação e na participação em saúde, sobre a experiência durante o processo de saúde e/ou adoecimento. Além disso, visar demonstrar o grande potencial dos itinerários terapêuticos (caminhos percorridos) para evidenciar as fronteiras do cuidado em suas diferentes faces no cotidiano em espaços públicos, revelando a sua multiplicidade constitutiva, qualidade dos vínculos e potenciais no cuidado ao ser humano.

Caso você permita sua participação nesta pesquisa, será necessário:

1. O Sr. (a) precisa somente autorizar a aplicação de um formulário que constará de perguntas sobre sua visão acerca do serviço de saúde utilizado pelo senhor (a), podendo também

ser gravada em áudio, com duração de apenas 40 minutos, onde essas informações fornecidas serão utilizadas apenas neste estudo, não sendo divulgada qualquer informação que possa revelar a sua identidade.

Fique sabendo que estes procedimentos envolvem alguns riscos e desconfortos, e ao concordar em participar desta pesquisa você poderá estar exposto à: a) O possível risco deste estudo para o senhor (a) poderá ser o constrangimento em relatar sobre questões relacionadas ao acesso e resolutividade no exercício do seu trabalho e assim não responder criteriosamente ao questionário proposto. b) Outro possível risco está na sua identificação. Para minimizar ou anular estes riscos a entrevista será realizada em local reservado e de sua escolha, agendada com antecedência, e com a presença do pesquisador, possibilitando um esclarecimento a mais sobre esta pesquisa para que o senhor (a) sintam-se mais à vontade e seguros, minimizando desta forma os possíveis riscos de constrangimento. Outrossim, para assegurar a privacidade e o sigilo, com base nos aspectos éticos desta pesquisa, o senhor (a) será identificado por codinome, de maneira que todos os participantes do estudo permanecerão anônimos e serão identificados pela letra PP de participante profissional e seguido pela codificação numérica da realização das entrevistas (PP1, PP2). Caso o Senhor (a) sinta-se insatisfeito, constrangido ou incomodado durante a aplicação do questionário, poderá desistir a qualquer momento de sua participação, sem qualquer tipo de dano.

Ainda assim, caso algum dano físico, moral ou psicológico lhe ocorra devido aos procedimentos desta pesquisa, os pesquisadores se responsabilizarão por toda a assistência que lhe seja necessária, pelo tempo que for preciso. E caso ache necessário você ainda terá direito a recorrer às indenizações legalmente estabelecidas.

Contudo por sua participação neste estudo você terá o benefício pela possibilidade de compreensão de uma atenção mais holística dos serviços formais e não formais de saúde da APS e da relação complexa relação que estabelecem entre si, sob o olhar de vários atores envolvidos (profissionais, gestores, usuários e especialistas locais). Assim, no processo saúde-doença, permitir a compreensão dos diversos fatores envolvidos na qualidade da atenção, assim como, o conhecimento sobre a espacialização da ESFs no município, definindo a exata localização geográfica das ESF e área espacial coberta pelos serviços. Além de possibilitar aos participantes uma reflexão sobre suas vivências enquanto profissionais, gestores e usuários contribuindo positivamente para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Fique sabendo também que o seu anonimato será garantido durante e após esta pesquisa. Os resultados deste estudo ficarão de posse do pesquisador responsável que somente

os utilizará para a divulgação em meios científicos. Quando os resultados da pesquisa forem publicados, não aparecerá o seu nome.

Sua participação neste estudo é voluntária e, portanto você tem a liberdade de se recusar a participar, ou mesmo que inicialmente aceite participar, poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade, prejuízo ou perda de algum benefício adquirido na pesquisa. Você poderá ter todas as informações que quiser antes, durante e após o estudo. Para isto basta procurar um dos pesquisadores responsáveis ou mesmo comitê de ética que aprovou esta pesquisa. Em caso de dúvidas, contatar a pesquisadora responsável Franciane de Paula Fernandes.

O comitê de ética trata-se de um grupo de pessoas comprometidas (das mais diversas áreas), que se reúnem, debatem e avaliam se projetos de pesquisa atendem aos requisitos éticos necessários para serem desenvolvidos, buscando defender os interesses, a segurança e a dignidade dos participantes destas investigações científicas. Caso seja necessário você também poderá obter informações sobre esta pesquisa, no comitê de ética da Universidade do Estado do Pará- UEPA Campus XII- Santarém na Av. Plácido de Castro, nº 1399 – Aparecida, CEP: 68040-090.

Vale ressaltar que pela sua participação nesta pesquisa você não receberá qualquer valor em dinheiro. Contudo você não terá qualquer custo ou despesa por sua participação nesta pesquisa.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu _____ declaro que li as informações sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o seu conteúdo. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito participar desta pesquisa, cooperando para a coleta das informações necessárias.

Ressalto que estou assinando/rubricando em todas as folhas do TCLE e que isso está sendo feito em duas vias deste documento (TCLE), sendo que uma delas ficará comigo.

Santarém, ____/____/____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste participante, explicando-o sobre os procedimentos e riscos desta pesquisa e sanando suas dúvidas, conforme determina a Resolução CNS 466/12.

Assinatura do Pesquisador



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
TECNOLÓGICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIEDADE, NATUREZA E
DESENVOLVIMENTO

APÊNDICE B- Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Eu, Franciane de Paula Fernandes abaixo assinado, pesquisador envolvido no projeto de pesquisa “ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL LOCAL me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos da Secretaria Municipal de Saúde de Santarém e Conselho Municipal de Saúde de Santarém, bem como a privacidade de seus conteúdos, conforme preconizam os documentos éticos internacionais e as Resoluções 466/12 e 510/16, do Conselho Nacional de Saúde.

Informo também que os dados a serem coletados dizem respeito a “Atenção Primária à Saúde” ocorridos entre as datas de: “JANEIRO de 1985 e JANEIRO de 2018”

Santarém ____/____/____.

Pesquisadores envolvidos na manipulação e coleta dos dados:

Nome completo	CPF	Assinatura
Franciane de Paula Fernandes		



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
TECNOLÓGICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIEDADE, NATUREZA E
DESENVOLVIMENTO

APÊNDICE C - Termo de Fiel depositário.

Eu, _____, ocupante do cargo de _____ na

instituição _____, após ter tomado conhecimento do projeto de pesquisa intitulado Atenção Primária em Saúde (APS) E DESENVOLVIMENTO SOCIAL LOCAL, que tem como objetivo a compreensão dos itinerários terapêuticos, demonstrando sua relevância como um investimento social que almeja apresentar um espaço de visibilidade para a produção de conhecimento, tanto na atenção e gestão, quanto na formação e na participação em saúde, sobre a experiência durante o processo de saúde e/ou adoecimento. Além disso, visar demonstrar o grande potencial dos itinerários terapêuticos (caminhos percorridos) na Atenção Primária à Saúde para evidenciar as fronteiras do cuidado em suas diferentes faces no cotidiano em espaços públicos, revelando a sua multiplicidade constitutiva, qualidade dos vínculos e potenciais no cuidado ao ser humano que para tanto necessita coletar as seguintes informações dos documentos referentes a Atenção Primária à Saúde (APS) Plano diretor, relatório anual de gestão (RAG) termo de compromisso municipal e plano de atividades do programa, assim como acesso a dados do Sistemas de Informações em Saúde (SIS), Sistema de Informações E-SUS, SIA e SIAB. Outrossim, **autorizo** a pesquisadora Franciane de Paula Fernandes, a ter acesso ao SIS e informações a documentos desta instituição para a referida pesquisa. Esta autorização está sendo concedida desde que as seguintes premissas sejam respeitadas: as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto; a pesquisadora se compromete a preservar as informações constantes nos documentos.

Santarém, _____ de _____ de 20____.

Assinatura e carimbo do responsável legal pelo documento

Cargo e nome da instituição



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
TECNOLÓGICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIEDADE, NATUREZA E
DESENVOLVIMENTO

APÊNDICE D- ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Função na instituição _____

Há quanto tempo trabalha na instituição _____

SEXO: () Masculino () Feminino IDADE: _____

Naturalidade: _____ Ocupação : _____

Escolaridade: _____ Renda familiar: _____

() Analfabeto () Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental () Ensino Médio incompleto () Ensino Médio () Ensino Superior incompleto () Ensino Superior
 Estado civil

() Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () união estável

1. Conte sobre como se trabalha nesta ESF considerando a política de atenção básica?

2. Quais as instituições de saúde que você identifica no território adscrito?

3. Onde os usuários geralmente vão quando ficam doente ou precisam de orientações sobre a sua saúde?

4- O que é saúde para você? O que é a doença? E o que seria um bom atendimento em saúde?

5 Como vê a ESF na sua área de abrangência (Territorialização)? Vantagens e desvantagens

6 Qual o caminho percorrido para uma pessoa adoentada ter atendimento (acesso) na sua instituição?

Relate dificuldades percebidas no acesso de usuários ao atendimento de saúde urbano ou rural.

Relate facilidades percebidas no acesso de usuários ao atendimento de saúde urbano ou rural.

ANEXOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTARÉM
SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE

Tv. 07 de Setembro, 611 – CEP 68005-100 – Bairro Santa Clara – SANTARÉM /PA.

ANEXO A: UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIÃO DE PLANALTO E RIOS

✓ **REGIÃO DO CUIABÁ**

• **TABOCAL – ESF**

ENDEREÇO DA UBS: BR 163 KM -23- BAIRRO: TABOCAL

• **SÃO JOSÉ – ESF**

ENDEREÇO DA UBS: BR 163 KM – BAIRRO: SÃO JOSÉ

• **CIPOAL – ESF**

ENDEREÇO DA UBS: BR 163 KM-15 – BAIRRO: CIPOAL

✓ **REGIÃO DO EIXO FORTE**

• **ALTER DO CHÃO – ESF**

ENDEREÇO DA UBS: TRAV: FEBRONIO COSTA

• **SÃO BRÁZ – ESF**

ENDEREÇO DA UBS: PA EVERALDO MARTINS, KM 10

• **PRISIONAL-SUSIPE**

ENDEREÇO DA UBS: COMUNIDADE DE CUCURUNÃ

✓ **REGIÃO DO ITUQUÍ**

• **SANTARÉM MIRÍ -EACS**

ENDEREÇO DA UBS: COMUNIDADE STM MIRÍ, KM-108

• **SANTANA DO ITUQUI – ESF**

ENDEREÇO DA UBS: COMUNIDADE SANTANA DO ITUQUI

• **NOVA ESPERANÇA DO ITUQUÍ – ESF**

ENDEREÇO DA UBS: COMUNIDADE NOVA ESPERANÇA DO ITUQUÍ

✓ **REGIÃO DO CURUÁ-UNA**

• **EVERALDO MARTINS- GUARANÁ - ESF**

ENDEREÇO DA UBS: RODOVIA SANTARÉM CURUA-UNA

- **BOA ESPERANÇA –ESF**
ENDEREÇO DA UBS: RODOVIA SANTARÉM CURUA-UNA,
- **JACAMIN –ESF E EACS**
ENDEREÇO DA UBS: RODOVIA SANTARÉM CURUA-UNA,
- **TININGÚ –ESF**
ENDEREÇO DA UBS: COMUNIDADE TININGÚ

REGIÃO DE RIOS

- ✓ **REGIÃO DO TAPAJÓS:**
 - **ABARÉ - ESF FLUVIAL**
 - **BOIM – EACS**
 - **PARAUÁ – EACS**
 - **SURUCUA – UBS**
 - **SURUÁCA – UBS**
 - **VILA FRANCA – PS(POSTO)**
 - **ANUMÃ – PS(POSTO)**
- ✓ **REGIÃO DO TAPARÁ**
 - **TAPARÁ GRANDE – ESF**
 - **COSTA DO TAPARÁ – UBS**
- ✓ **REGIÃO DO ARAPIUNS**
 - **CACHOEIRA DO ARUÃ – EACS**
 - **PRAINHA DO MARÓ – UBS**
 - **SÃO PEDRO – EACS**
 - **SÃO MIGUEL –EACS**
 - **MENTAE -UBS**
 - **CURI – UBS**

- VILA GORETE – UBS
- ANÃ – UBS
- ✓ REGIÃO DO LAGO GRANGE
 - PIRAQUARA – EACS
 - PAISSANDU – EACS
 - CURUAÍ - ESF/EACS
 - AJAMURÍ – UBS
 - INANÚ –EACS
 - VILA SOCORRO –ESF
- ✓ REGIÃO DO ARAPIXUNA
 - ARAPIXUNA-ESF
 - GUAJARÁ – EACS
- ✓ REGIÃO DO URUCURITUBA
 - SÃO CIRÍACO – EACS
 - IGARAPÉ DO COSTA – UBS
 - CAMPOS DO ARAMANAÍ - PS(POSTO)
- ✓ REGIÃO DO ARITAPERÁ
 - ARITAPERÁ – EACS
 - BOCA DE CIMA DO ARITAPERÁ-UBS
 - COSTA DO ARITAPERÁ-UBS
 - CABEÇA D'ONÇA - PS(POSTO)

COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTARÉM
SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE

Tv. 07 de Setembro, 611 – CEP 68005-100 – Bairro Santa Clara – SANTARÉM /PA.

ANEXO B: RELAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE SANTARÉM

REGIÃO URBANA

- **AEROPORTO VELHO – EACS/**

ENDEREÇO DA UBS: TRAV: CEARÁ, S/Nº - BAIRRO: AEROPORTO VELHO

- **APARECIDA/CARANAZAL I e II – EACS**

ENDEREÇO DA UBS: AV: MARECHAL RONDON, 3135 – BAIRRO: CARANAZAL

- **SANTÍSSIMO I e II/PRAINHA – EACS**

ENDEREÇO DA UBS: RUA DO NORTE, Nº64 – BAIRRO: SANTÍSSIMO.

- **JUTAÍ/URUMARÍ – EACS**

ENDEREÇO DA UBS: RUA MARINGÁ, S/N – BAIRRO: URUMARÍ .

- **SANTARENZINHO I,II e III - ESF**

ENDEREÇO DA UBS: AV: TOMÉ DE SOUSA S/Nº - BAIRRO: SANTARENZINHO

- **JARDIM SANTARÉM I e II – ESF**

ENDEREÇO DA UBS: AV: VERBENA S/Nº - BAIRRO: JARDIM SANTARÉM

- **SANTO ANDRÉ I e II – ESF**

ENDEREÇO DA UBS: AV: EDIVALDO LEITE, SN – BAIRRO: SANTO ANDRÉ

- **FATIMA/ALDEIA/LAGUINHO – ESF**

ENDEREÇO DA UBS: AV. TAPAJÓS, 1587 - BAIRRO: ALDEIA

- **SANTA CLARA – ESF**

ENDEREÇO DA UBS: AV SÃO SEBASTIÃO - BAIRRO: SANTA CLARA

- **MAPIRI/LIBERDADE – ESF**

ENDEREÇO DA UBS: AV PRESIDENTE KENNID S/N -- BAIRRO: MAPIRI

- **ESPERANÇA – ESF**

ENDEREÇO DA UBS: RUA CAMBUQUIRA, S/N - BAIRRO: ESPERANÇA

- **DIAMANTINO I e II – ESF**
ENDEREÇO DA UBS: TRAV. DIAMANTINO S/N – BAIRRO: DIAMANTINO
- **URUARÁ I, II e III – ESF**
ENDEREÇO DA UBS: RUA TRANS MAICÁ, SN – BAIRRO: URUARA
- **SANTANA I e II – ESF**
ENDEREÇO DA UBS: AV. PEDRO GENTIL S/N – BAIRRO: SANTANA
- **FLORESTA – ESF**
ENDEREÇO DA UBS: AV. UIRAPURU S/N – BAIRRO: FLORESTA
- **MARACANÃ I, II e III – ESF**
ENDEREÇO DA UBS: RUA VERA PAZ S/N – BAIRRO: MARACANÃ
- **MATINHA I e II – ESF**
ENDEREÇO DA UBS: RUA NAMBIQUARA S/N - BAIRRO: MATINHA
- **NOVA REPÚBLICA I e II – ESF**
ENDEREÇO DA UBS: AV. TRANCEDO NEVES S/N – BAIRRO: NOVA REPUBLICA
- **MAICÁ – ESF**
ENDEREÇO DA UBS: AV. SÃO CRISTOVÃO S/N – BAIRRO: MAICÁ
- **ÁREA VERDE - ESF**
ENDEREÇO DA UBS: RUA PIAUI Nº 68 – BAIRRO: ÁREA VERDE
- **MARARÚ - ESF**
ENDEREÇO DA UBS: RUA PRESIDENTE COSTA E SILVA S/N - BAIRRO: MARARÚ
- **JADERLÂNDIA - ESF**
ENDEREÇO DA UBS: RUA A QUADRA 1 LOTE 1S/N, QUADRA 1 LOTE 1 – BAIRRO: JADERLÂNDIA
- **CONQUISTA/SÃO CRISTOVÃO /ALVORADA - ESF**
ENDEREÇO DA UBS: RUA OLAVO BILAC S/N – BAIRRO: CONQUISTA
- **INTERVENTORIA – ESF**
ENDEREÇO DA UBS: TV. TAMOIOS S/N – BAIRRO: INTERVENTORIA
- **LIVRAMENTO/ SÃO JOSÉ OPERÁRIO – ESF**

ENDEREÇO DA UBS: RUA TUPAIULANDIA S/N- BAIRRO: LIVRAMENTO

- **VITÓRIA RÉGIA– ESF**
ENDEREÇO DA UBS: TRAVESSA JADER BARBALHO - BAIRRO: VITÓRIA RÉGIA

- **RESIDENCIAL SALVAÇÃO**
ENDEREÇO DA UBS: RUA OLAVO BILAC S/N- BAIRRO: CONQUISTA

COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA