



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
TECNOLÓGICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SOCIEDADE

MIRLA RÊGO RIBEIRO

CONHECIMENTOS TRADICIONAIS COMO MEDICINA POPULAR DE CUIDADO
COM A SAÚDE EM ARAPIXUNA, SANTARÉM-PARÁ

SANTARÉM – PA
2022

MIRLA RÊGO RIBEIRO

**CONHECIMENTOS TRADICIONAIS COMO MEDICINA POPULAR DE CUIDADO
COM A SAÚDE EM ARAPIXUNA, SANTARÉM-PARÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Sociedade da Universidade Federal do Oeste do Pará, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Edna Ferreira Coelho Galvão

**SANTARÉM – PA
2022**

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

-
- R484c Ribeiro, Mirla Rêgo
Conhecimentos tradicionais como medicina popular de cuidado com a saúde em Arapixuna, Santarém - Pará./ Mirla Rêgo Ribeiro. – Santarém, 2022.
90 p. : il.
Inclui bibliografias.
- Orientadora: Edna Ferreira Coelho Galvão.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Pró-reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação Tecnológica, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Sociedade.
1. Conhecimentos tradicionais. 2. Populações ribeirinhas. 3. Amazônia. I. Galvão, Edna Ferreira Coelho, *orient.* II. Título.

CDD: 23 ed. 615.321098115

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ao trigésimo primeiro dia do mês de maio do ano de dois mil e vinte e dois, às 09h00min, na sala virtual pelo Google Meet, instalou-se a banca examinadora de dissertação de mestrado da aluna **MIRLA RÊGO RIBEIRO**. A banca examinadora foi composta pelos professores Dr^a. Ednea do Nascimento Carvalho, UFOPA, examinador interno, Dr^a. Lidiane do Nascimento Leão, UFOPA, examinador interno, Dr^a. Maria Goreth Silva Ferreira, UEPA examinador externo, Dr^a. Edna Ferreira Coelho Galvão, UFOPA, **orientadora**. Deu-se início a abertura dos trabalhos, por parte da Orientadora, que, após apresentar os membros da banca examinadora e esclarecer a tramitação da defesa, passou de imediato ao mestrando para que iniciasse a apresentação da dissertação, intitulada **“CONHECIMENTOS TRADICIONAIS COMO MEDICINA ALTERNATIVA DE CUIDADO COM A SAÚDE EM ARAPIXUNA, SANTARÉM-PARÁ”**, marcando um tempo de 27:30 minutos para a apresentação. Concluída a exposição, a Prof^a. Edna Ferreira Coelho Galvão, presidente, passou a palavra aos examinadores, para arguirmos a candidata. Após as considerações sobre o trabalho em julgamento, foi aprovada a candidata, conforme as normas vigentes na Universidade Federal do Oeste do Pará. A versão final da dissertação deverá ser concluída no prazo de trinta dias, contendo as modificações sugeridas pela banca examinadora e constante na folha de correção anexa, sob pena de a candidata não obter o título se não cumprir as exigências acima. Para efeito legal segue a presente ata assinada pela professora orientadora, pelas professoras avaliadoras e pela mestranda.



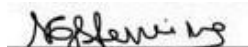
Prof^a. Dr^a. Edna Ferreira Coelho Galvão (Orientadora)



Prof^a. Dr^a. Ednea do Nascimento Carvalho – UFOPA



Prof^a. Dr^a. Lidiane do Nascimento Leão – UFOPA



Prof^a Dr^a. Maria Goreth Silva Ferreira – UEPA



Mirla Rêgo Ribeiro - Mestranda

*Dedico este trabalho à minha tia e madrinha
Maria de Fátima Dias de Oliveira “In
Memoriam” por ter me ajudado na minha
trajetória e me amado como uma filha.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, pois sem Ele nada é possível.

À minha mãe que sempre me ajudou e está sempre presente em nossas vidas.

A meu esposo e meus familiares por me apoiarem nesta trajetória.

À minha amiga Maria Edinalva Sousa de Lima do Mestrado pelas horas de desabafo, força e sensibilidade.

À minha orientadora Profa Dra Edna Galvão pela confiança e ensinamentos.

À comunidade de Arapixuna por me permitir conhecer seus saberes e seu modo de vida.

A todos os funcionários da ESF Arapixuna em especial a enfermeira Josenilda Figueira Vasconcelos e ao Agente comunitário de saúde José Antônio Sousa de Menezes.

A banca examinadora pela disponibilidade em compartilhar seu tempo e seus saberes.

À Universidade Federal do Oeste do Pará -UFOPA e ao seu corpo docente.

Ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Sociedade da UFOPA por me dar o apoio necessário para concluir esta jornada.

E a todos que de alguma forma me ajudaram a chegar até aqui, muito obrigada!

RESUMO

Este estudo versa sobre a utilização dos conhecimentos tradicionais para o cuidado com a saúde em comunidades do interior da Amazônia, especificamente na comunidade de Arapixuna, no município de Santarém, Estado do Pará. Objetivou-se investigar as práticas medicinais tradicionais de cuidados com a saúde que moradores da localidade, assumem como importantes no tratamento de patologias. A pesquisa se justifica pela relevância do tema em saúde, especialmente neste período de pandemia vivida no mundo, pela contribuição com o serviço de saúde ao produzir e coletivizar conhecimentos sobre as realidades das pessoas que vivem em comunidades ribeirinhas. A pesquisa tem caráter descritivo, exploratório com abordagem quantitativa. Na primeira etapa foram avaliados 154 prontuários de usuários da ESF, do período de 2018 a 2021, para verificar as principais doenças ocorridas na região e a existência ou não do registro do tratamento dessas, com o saber tradicional. Na segunda etapa foram avaliadas 100 fichas de cadastro individual da Unidade de Saúde e, a partir destas foram selecionados para a entrevista 21 participantes acima de 18 anos, nativos da localidade, com residência fixa na comunidade sede do Distrito. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um formulário contendo variáveis como: sexo, idade, cor, profissão, religião, naturalidade, escolaridade, renda familiar, moradia e saneamento, para a construção do perfil sociodemográfico da comunidade. Observou-se no perfil sociodemográfico, equivalência entre os sexos feminino e masculino, faixa etária entre 54-65 anos, ensino médio completo, profissão de lavrador, renda familiar de 1 salário mínimo e religião católica. O perfil dos entrevistados mostrou que a maioria eram mulheres na faixa etária de 31 a 40 anos. São utilizados pela população tanto os recursos populares, como chás, os banhos, os xaropes, a banha de animal e massagens, quanto os medicamentos alopáticos disponíveis na Unidade de Saúde, no entanto, o saber tradicional é o primeiro recurso utilizado antes da procura pela Unidade de Saúde. O principal problema de saúde relatado nos últimos dois anos pelos participantes do estudo foi a síndrome gripal por Covid-19. A pesquisa possui um caráter interdisciplinar, pois permite a discussão das relações do homem consigo mesmo e com sua saúde, com o ambiente e a sociedade. Espera-se, que esta pesquisa possa contribuir com novos estudos sobre o assunto, fomentando diálogos e reflexões sobre o cuidado e suas práticas populares, repassado entre gerações nas comunidades ribeirinhas do interior da Amazônia.

Palavras-chave: Conhecimentos tradicionais. Populações ribeirinhas. Amazônia.

ABSTRACT

This study deals with the use of traditional knowledge for health care in communities in the interior of the Amazon, specifically in the community of Arapixuna, in the municipality of Santarém, State of Pará. The objective was to investigate the traditional medicinal practices of health care that residents of the locality assume as important in the treatment of pathologies. The research is justified by the relevance of the theme in health, especially in this period of pandemic experienced in the world, by the contribution to the health service by producing and collecting knowledge about the realities of people living in riverside communities. The research has a descriptive, exploratory character with a quantitative approach. In the first stage, 154 medical records of ESF users were evaluated, from 2018 to 2021, to verify the main diseases that occurred in the region and the existence or not of the record of their treatment, with traditional knowledge. In the second stage, 100 individual registration forms from the Health Unit were evaluated and, from these, 21 participants over 18 years of age, natives of the locality, with fixed residence in the district headquarters community were selected for the interview. As a data collection instrument, a form containing variables such as: sex, age, color, profession, religion, place of birth, schooling, family income, housing and sanitation was used to construct the sociodemographic profile of the community. It was observed in the sociodemographic profile, equivalence between females and males, age group between 54-65 years, complete high school, farming profession, family income of 1 minimum wage and Catholic religion. The profile of the interviewees showed that the majority were women aged between 31 and 40 years. Popular resources are used by the population, such as teas, baths, syrups, animal lard and massages, as well as the allopathic medicines available at the Health Unit, however, traditional knowledge is the first resource used before looking for the Health Unit. The main health problem reported in the last two years by study participants was Covid-19 flu syndrome. The research has an interdisciplinary character, as it allows the discussion of man's relationships with himself and his health, with the environment and society. It is hoped that this research can contribute to new studies on the subject, fostering dialogues and reflections on care and its popular practices, passed on between generations in riverside communities in the interior of the Amazon.

Keywords: Traditional knowledge. Riverside populations. Amazon.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Criação de gado na área várzea de Arapixuna	19
Figura 2 – Residência e a produção de agricultura de intercalo	20
Figura 3 – Meio de transporte mais utilizado em comunidades ribeirinhas	21
Figura 4 – A frente da comunidade de Arapixuna	22
Figura 5 – Estratégia Saúde da família de Arapixuna.....	23
Figura 6 – Mapa de localização do distrito de Arapixuna	54
Figura 7 – Principais problemas de saúde dos moradores da comunidade de Arapixuna em Santarém-Pará, Brasil (2018-2021)	60
Figura 8 – Moradores que possuem algum problema de saúde na comunidade de Arapixuna em Santarém-Pará, Brasil	61
Figura 9 – Moradores que apresentaram algum problema de saúde nos últimos anos	62
Figura 10 – Plantas encontradas nos quintais das casas dos participantes da pesquisa	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diferença conceitual entre medicina tradicional e medicina popular	27
Quadro 2 – Tipologias de especialistas no campo de autoatenção	39
Quadro 3 – Cronologia das políticas públicas de saúde.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil socioeconômico dos moradores da comunidade em Arapixuna Santarém-Pará, Brasil	57
Tabela 2 - Condições de habitação dos moradores da comunidade de Arapixuna Santarém-Pará, Brasil	58
Tabela 3 - Condições de Saneamento Básico dos domicílios dos moradores da comunidade de Arapixuna em Santarém-Pará, Brasil	59
Tabela 4 - Religião dos moradores da comunidade de Arapixuna em Santarém-Pará, Brasil.....	60
Tabela 5 - Perfil dos entrevistados da comunidade de Arapixuna em Santarém-Pará, Brasil.....	61
Tabela 6 - Contexto sobre os problemas de saúde e o uso de medicina tradicional dos entrevistados da comunidade de Arapixuna em Santarém-Pará, Brasil	63
Tabela 7 – Plantas medicinais relatadas por moradores de Arapixuna com seus nomes populares, científicos, família, parte utilizada da planta e indicação terapêutica.....	63

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CF-88	Constituição da República Federativa do Brasil desde 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da família
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MEB	Movimento de Educação de Base
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina Tradicional
NBCP	Núcleo de Base da Colônia de Pescadores Z-20
NOB/91	Norma Operacional Básica/91
NOB/96	Norma Operacional Básica/96
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Criação do Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PHC	<i>Primary Health Care</i>
PICS	Práticas Integrativas Complementares em Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNPCT	Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
STTR	Sindicato de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFOPA	Universidade Federal do Oeste do Pará
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	COMUNIDADES TRADICIONAIS RIBEIRINHAS	16
2.1	A Comunidade de Arapixuna	18
2.2	A Saúde em Arapixuna	22
3	OS SABERES TRADICIONAIS E CUIDADOS COM A SAÚDE	24
3.1	As mudanças de paradigmas sobre práticas populares em saúde	24
3.2	A teia de saberes tradicionais nos cuidados com a saúde	29
3.3	O autoatendimento, autocuidado e a intermedialidade	35
3.4	Os tratamentos alternativos à saúde	36
3.4.1	Recursos terapêuticos populares	38
3.4.2	As práticas integrativas e complementares	42
4	A SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO	45
4.1	O Sistema Único de Saúde (SUS)	50
5	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	53
5.1	Caracterização do estudo	53
5.2	Local de estudo	53
5.3	Participantes	54
5.4	Coleta de dados	55
5.5	Análise dos dados	55
5.6	Aspectos éticos	56
6	RESULTADOS	57
6.1	Caracterização sociodemográfica	57
6.2	Problemas de saúde da comunidade	60
7	DISCUSSÃO	66
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICES	83
	ANEXOS	91

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Dias e Mendonça (2020), o conhecimento que fundamentou a medicina como o exercício que detém o poder de curar os males do corpo, teve como precursores os filósofos gregos, árabes e romanos da Antiguidade Clássica. Eram estudiosos que se voltavam aos cuidados dos senhores que detinham o poder central da sociedade. Mas, tais conhecimentos em saúde não se limitavam aos estudiosos e especialistas das elites, se espraiando para uma diversidade de sujeitos, à época sumariamente escravizados, desde que estes fossem considerados dentro de uma representação coletiva, ganhando a insígnia de sábios(as), feiticeiros(as), curandeiros(as), benzedores(as), raizeiros(as), etc., detentores de conhecimentos, já considerados alternativos.

Assim, desde a Antiguidade Clássica a medicina é destinada a grupos seletos da sociedade, colocando-a como um conhecimento de elite, prospectando a desvalorização de outros sujeitos e saberes que possuem fundamentações históricas tão antigas quanto a da própria medicina científica. O início da medicina segue um misto de mística e experimentos científicos, e evidencia, desde então, fundamentos na empiria (DIAS; MENDONÇA, 2020).

Luz (1998) entende que “medicinas alternativas” é uma etiqueta institucional designada para qualquer forma de medicina e cura que não sejam propriamente biomédicas. Por conta disso, e de tantos outros fatores, sujeitos e saberes alternativos em saúde não são legitimados em nossas sociedades científicas modernas e pós-modernas, mas, é fato que eles existem e exercem suas práticas há muito tempo, contribuindo com parcelas significativas da sociedade, além é claro, da riqueza cultural que resiste ao tempo e às mudanças tecnocientíficas.

Em relação aos conhecimentos das comunidades tradicionais na Amazônia, predominam os saberes herdados das populações indígenas que habitam cada região, desde momentos anteriores ao processo de colonização. A importância desses outros povos, em especial a portuguesa fez surgir a cultura dos caboclos. Esta cultura iniciou-se com a chegada dos portugueses (1500 a 1850), passa por um período de aculturação e uma economia extrativista fundamentada no extrativismo da borracha (1850 a 1970). Desse modo, o caboclo amazônico está interligado com a sua atividade exercida podendo ser o ribeirinho, o coletor de seringa ou de castanha, horticultor, canoeiro e o pescador (MORAN, 1990).

Existem dois segmentos populacionais na Amazônia: um que possui estudos e registros sobre sua saúde conforme observado nos órgãos governamentais (a população que

vive nas áreas urbanas) e outro, pouco conhecido e estudado, correspondendo a populações rurais não indígenas, os caboclos e ribeirinhos (SILVA, 2005).

Para Chaves (2001), os ribeirinhos são um modelo de população tradicional na Amazônia, tanto no modo de comunicação, no uso das representações dos lugares e tempos de suas vidas quanto na sua ligação com a natureza. Essas populações têm íntima ligação com a água, e os seus sistemas classificação da fauna e flora formando um vasto patrimônio cultural. Santos, Salgado e Pimentel (2012) afirmam que nesse ambiente, o rio é o componente primordial na definição da vida econômica, social e cultural das comunidades tradicionais ribeirinhas.

Estudos sobre a origem e adaptação de populações humanas à floresta tropical amazônica remontam à década de 1940 (STEWART, 1948), e mesmo depois de reformulações teóricas, esses temas de pesquisa permanecem importantes.

Os ribeirinhos da Amazônia representam um conjunto de populações que, embora esteja em transformação devido à expansão da cultura ocidental e do sistema capitalista ao redor do globo, ainda mantêm um estilo de vida tradicional baseado na pesca e na agricultura de corte e queima (DA-GLORIA; PIPERATA, 2019).

Segundo Domingos e Gonçalves (2019), esta população vive as margens dos rios, em casas de palafitas e vivem dificuldades como a falta de tratamento do esgoto, insalubridade da água, e doenças como leptospirose, hepatite, dengue e febre amarela, além do assoreamento dos rios que prejudica o transporte e a pesca.

Diante disso, as populações tradicionais manejam diferentes dispositivos disponíveis para o cuidar, ora recorrendo à Unidade Básica de Saúde – UBS, quando disponível, ora utilizando-se do conhecimento tradicional, de acordo com aquilo que eles compreendem ser sua necessidade, sendo necessário, portanto, que mais estudos investiguem esse saber que se faz cotidiano para essas populações, muitas vezes, distante da medicina convencional (BAGATA, 2018).

O acesso à assistência médica é escasso; quando existem, são poucos os agentes comunitários de saúde e diante da necessidade de assistência, deslocam-se até a Unidade de Saúde mais próxima através de barcos, canoas ou rabetas. Quando não conseguem atendimento médico-hospitalar, buscam a ajuda daqueles que detêm, na comunidade, os conhecimentos tradicionais para cuidar das dores e sofrimentos dos enfermos.

Diante disso, os ribeirinhos utilizam em seu cotidiano, os conhecimentos tradicionais como forma de enfrentamento e superação das adversidades encontradas na saúde

de sua população. Esses cuidados são desenvolvidos por diferentes atores sociais como o(a) curandeiro(a), benzedor(eira), a parteira, o puxador e o(a) erveiro(a), todos se utilizam de conhecimentos tradicionais para cuidar da saúde dos que os procuram.

Assim, investigar os diferentes meios terapêuticos, que se encontram arraigados nessas populações para o enfrentamento dos seus problemas de saúde, ampliaria a concepção de saúde, incorporando a diversidade e pluralidade de saberes e práticas tradicionais, de modo a possibilitar diferentes formas de cuidar.

O interesse pela temática surgiu da minha trajetória como médica na Atenção Básica, pois durante as consultas, muitas pessoas referem ter utilizado alguma prática tradicional, como por exemplo ervas, chás ou rezas para diversas situações de morbidade, fato que despertou meu interesse em saber um pouco mais sobre as doenças comuns dos ribeirinhos, e suas práticas utilizadas como tratamento.

Nesse sentido este estudo se propôs a responder a seguinte problematização: as práticas da medicina tradicional são utilizadas ou não pelos moradores de Arapixuna, frente aos agravos à saúde, mesmo com a existência de uma Unidade de Saúde na região?

A partir disso, este trabalho possui como objetivo geral investigar as práticas medicinais tradicionais de cuidados com a saúde que moradores de Arapixuna – Santarém, Pará, assumem como importantes no tratamento de patologias e como objetivos específicos levantar o perfil sociodemográfico e conhecer as principais doenças presentes na comunidade.

Diante da relevância do assunto, este estudo se justifica pela contribuição com o serviço de saúde ao produzir e coletivizar conhecimentos sobre as realidades das pessoas que vivem em comunidades ribeirinhas na Amazônia, valorizar suas práticas, seus saberes e ainda auxiliar na formulação de planos e programas que possam melhorar a qualidade da saúde das populações envolvidas.

Identificar as principais doenças que afligem a população ribeirinha, e de que forma o seu saber local interfere na amenização ou cura dessas patologias, reafirma a importância de tal olhar sobre o contexto da saúde dessas populações. A pesquisa possui ainda, um caráter interdisciplinar, pois permite a discussão das relações do homem consigo mesmo, com sua saúde, com o ambiente e a sociedade.

2 COMUNIDADES TRADICIONAIS RIBEIRINHAS

Na Amazônia existe uma variedade de grupos étnicos e populações tradicionais, historicamente formados devido a processos de colonização e miscigenação pelo qual passou a região. Tal fato, proporcionou uma herança nas diferentes manifestações socioculturais observadas na vida cotidiana do homem amazônico como as relações de trabalho, a educação, a religião, as lendas, os hábitos alimentares e familiares (LIRA; CHAVES, 2016).

Desta forma, as populações do campo e da floresta são caracterizadas por povos e comunidades que têm seus modos de viver, produção e reprodução social interligado com o local em que vivem. Fazem parte dessas comunidades tradicionais, os ribeirinhos, os quilombolas e os que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e ainda, as populações atingidas por barragens (BRASIL, 2013).

O dia a dia dos ribeirinhos está sob influência das dinâmicas das águas (cheias e vazantes), que impõem restrições de várias dimensões. A economia encontra-se alicerçada nas atividades de pesca e extrativismo vegetal. A cultura carrega forte legado dos povos indígenas, com hábitos alimentares diferenciados, uso de plantas medicinais e agricultura de subsistência (FRAXE; PEREIRA; WITKOSKI, 2007).

Conforme o Decreto nº 6.040/2007, que estabelece a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais, Povos e Comunidades Tradicionais são:

Art. 3º: I – Grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição (BRASIL, 2007, p.1).

Os recursos dessas comunidades são voltados para a própria subsistência, a mão de obra é familiar e as tecnologias proporcionam baixo impacto ao ambiente, utilizando-se da medicina baseada em conhecimentos tradicionais e homeopáticos. Desse modo, a Amazônia deve ser vista em sua pluralidade de condições, em razão do seu ambiente físico, natural ou humano, com suas peculiaridades socioculturais e relação com a natureza (DOMINGOS; GONÇALVES, 2019).

Assim, quando o assunto é a diversidade Amazônica, a natureza é um elemento relevante a se considerar, especialmente em relação aos modos de vida e das identidades das populações ribeirinhas, pois existe uma conexão entre estas populações e os ecossistemas, sendo nesta ligação com a natureza é que as populações tradicionais constroem todo o seu modo de vida a partir de um conhecimento empírico, transferido entre gerações (SILVA, 2017).

Diante dessa relação respeitosa entre homem-natureza nas comunidades ribeirinhas, observa-se o uso do ambiente sem a degradação dos recursos naturais, possibilitando o gerenciamento sustentável dos recursos naturais com base no etnoconhecimento (LIRA; CHAVES, 2016).

Cada comunidade, caracteriza-se de maneira singular, como resultado de processos históricos distintos. Tais comunidades, ocupam um território onde constroem suas condições de vida, tanto na sua subsistência, quanto no desenvolvimento de relações econômicas, sociais e culturais. Utilizam símbolos, mitos e rituais associados as suas atividades e a terra como propriedade coletiva voltada para o modo de subsistência, como por exemplo o modo de plantar e colher, com poucos impactos ao meio ambiente (DIEGUES *et al.*, 2000).

Um dos fatores mais importantes para a definição de culturas ou populações tradicionais, além do modo de vida, é o reconhecer-se como pertencente àquele grupo social específico, pois relaciona-se a questão da identidade, um dos assuntos fundamentais da antropologia (DIEGUES *et al.*, 2000).

Desde o período colonial, as políticas públicas implementadas para a Amazônia não consideram as formas de vida e os saberes historicamente construídos, evidenciando a desvalorização dos aspectos socioculturais da região. Assim, esta região, não pode ser vista, somente, como ambiente físico, natural ou humano, pois possui uma realidade complexa que abrange as dimensões naturais, política, ideológica e sociocultural, com o estabelecimento de relações sociais dos homens, entre si, e com a natureza (LIRA; CHAVES, 2016).

Para entender as formas de uso dos recursos naturais pelas comunidades tradicionais, é importante não apenas conhecer as classificações e as taxonomias que refletem o saber florístico e faunístico, mas também, todo um sistema de crenças e saberes, de mitos e ritos, que configuram o modo de vida, a partir da percepção e aproveitamento dos recursos, pois essas formas de significação estão profundamente interligadas com a organização cultural (LIRA; CHAVES, 2016).

Esses hábitos nativos de manejo dos recursos naturais permanecem reproduzindo-se em diferentes espaços étnicos e geográficos como habilidades de sobrevivência cultural e

desenvolvimento sustentável. Desse modo, entre as comunidades tradicionais, pode-se observar um denso componente cultural, no qual os homens elaboram suas representações simbólicas, seus mapas cognitivos que direcionam suas ações (LEFT, 2000).

As práticas culturais, em especial aquelas acessadas nas demandas de curas espirituais e de saúde são fortemente ligadas à fé e a religiosidades específicas. No que tange ao elemento religioso que baseia as práticas culturais e curativas das comunidades ribeirinhas, Fraxe, Pereira e Witkoski (2007) apontam que as comunidades tradicionais apresentam uma rica variedade de mitos, concepções, crenças e práticas, considerando a influência religiosa indígena, africana e portuguesa.

A cultura é ponto basilar das comunidades tradicionais na Amazônia. Nesse sentido, Azevedo (1986, p. 336) destaca:

A cultura é o conjunto de sentidos e significações, de valores e padrões, incorporados e subjacentes aos fenômenos perceptíveis da vida de um grupo social concreto, conjunto que consciente ou inconscientemente, é vivido e assumido pelo grupo como expressão própria de sua realidade humana e passa de geração em geração, conservando assim com foi recebido ou transformado efetiva ou pretensamente pelo próprio grupo.

2.1 A Comunidade de Arapixuna

A definição de comunidade tem sido muito discutida nas Ciências Sociais não tendo um conceito exato. As discussões acerca do significado do termo comunidade variam entre os moradores das comunidades tradicionais e entre os autores que estudam o tema. Weber, justifica a utilização dos termos “relação comunitária” e “relação associativa” a partir da relação estabelecida nesse grupo de sujeito respectivamente.

Uma relação social denomina-se "relação comunitária" quando e na medida em que a atitude na ação social - no caso particular ou em média ou no tipo puro - repousa no sentimento subjetivo dos participantes de pertencer (afetiva ou tradicionalmente) ao mesmo grupo.

Uma relação denomina-se "relação associativa" quando e na medida em que a atitude na ação social repousa num ajuste ou numa união de interesses racionalmente motivados (com referência a valores ou fins). A relação associativa, como no caso típico, pode repousar, especialmente, (mas não unicamente) num acordo racional, por declaração recíproca. Então a ação correspondente, quando é racional, está orientada: a) de maneira racional referente a valores, pela crença do compromisso próprio; b) de maneira racional referente a fins pela expectativa da lealdade da outra parte. (WEBER, 1973, p. 25).

Situada às margens de um igarapé afluente do Rio Tapajós, há duas horas de barco acima da cidade de Santarém está a comunidade de Arapixuna, exatamente no extremo das terras firmes que separa o Rio Amazonas do Rio Tapajós. Esta comunidade se caracteriza como tradicional ribeirinha, muitas de suas práticas são realizadas nas áreas de terra firme e outras atividades são desenvolvidas na região de várzea.

De acordo com Araújo, Jordy Filho e Fonseca (1984) terra firme é o ecossistema de maior expressão e complexidade quanto à composição, distribuição e densidade das espécies, sendo caracterizada pela diversidade florística com predominância de espécies reunidas em algumas formações ou encontradas aleatoriamente em outras.

A várzea caracteriza-se por importante sazonalidade decorrente das enchentes periódicas dos rios, que estabelecem os ciclos de vida da biota local e por conseguinte, regulam as possibilidades de subsistência disponíveis para as populações humanas. É neste ambiente que se encontra a maior faixa contínua de solos férteis da Amazônia e, tradicionalmente, se centralizou as mais intensas atividades de pesca e de agricultura (FRAXE; PEREIRA; WITKOSKI, 2007).

Na figura 1, observa-se que o gado ainda está na várzea em frente a comunidade de Arapixuna enquanto ainda há terras para que eles possam sobreviver. À medida que o nível do rio cresce e os espaços vão diminuindo, é feita a passagem do gado para a terra firme.

Figura 1 – Criação de gado na área várzea de Arapixuna



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Na figura 2, é possível observar que há ainda muita terra para a água encobrir, aparece no registro também o tipo de moradia muito comum na várzea que geralmente é feita suspensa para que a família possa passar o maior tempo possível no lugar. As agriculturas comuns nessa região são: roças de mandioca, milho, feijão, hortaliças, melancia, melão, abobora, jerimum, existe ainda a criação de galinha caipira, patos, suínos e gado, além da agricultura de subsistência a pesca é a prática mais comum no local.

Figura 2 – Residência e a produção da agricultura de intercalo



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Gohn, na sua obra *Movimentos Sociais e Educação*, discutindo sobre a dimensão da cultura política afirma que:

Não há hábitos, comportamentos, rotinas ou procedimentos preestabelecidos. Há princípios norteadores, assimilados por todo o grupo, que constroem a metodologia da ação segundo as necessidades que a conjuntura lhes coloca. O importante é estar juntos, construção é coletiva (GOHN, 2012, p. 24).

A articulação existente entre as famílias que passam determinadas temporadas na terra firme e que retornam à várzea no início da vazante (Figura 2). Para as famílias, o retorno é a garantia da permanência da cultura e das tradições culturais vivenciadas.

Na figura 3, apresenta-se os portos e o meio de transporte mais usado pelos varzeiros, a canoa à remo. Hoje, porém, é comum a utilização de canoas motorizadas por um motor rabeta, com o desenvolvimento das novas tecnologias o campo também desenvolve acompanhando uma lógica de desenvolvimento rural. Esse tipo de transporte é usado para o traslado das pessoas nas atividades entre várzea e terra firme.

Figura 3 – Meio de transporte mais utilizado em comunidades ribeirinhas



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Na figura 4 (pag. 22), registro da frente da Comunidade de Arapixuna, onde mostra a parte da frente da comunidade uma área alagadiça tendo um trapiche para a circulação mais segura das pessoas que transitam na área. A cobertura na frente serve de abrigo para as pessoas tanto no período do verão em razão do sol quanto no inverso chuvoso.

Figura 4 – A frente da comunidade de Arapixuna



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

É comum nas frentes das comunidades Amazônidas uma escadaria, e à frente dos templos religioso, da Igreja Católica, em especial nas comunidades de terra firme que se localizam na parte alta das florestas. E como parte da cultura da região, o centro da comunidade é o espaço onde reúne a escola, o barracão comunitário, a sede dançante e o campo de futebol e a praça. É o lugar de entretenimento dos jovens, espaço para as famílias passearem com as crianças e também apreciarem a visão do ambiente natural que no caso de Arapixuna, está de frente pra o rio.

2.2 A Saúde em Arapixuna

O Distrito de Arapixuna conta com uma unidade de saúde inaugurada em 1999, oficializada mais tarde em Estratégia de Saúde da Família. A equipe de saúde é composta por onze agentes comunitários de saúde, uma enfermeira, um médico, um técnico em enfermagem e um auxiliar de enfermagem. Das 31 comunidades, pertencentes ao Distrito, 10 comunidades com 199 famílias, aproximadamente 651 pessoas são de abrangência da Estratégia Saúde da Família: Arapixuna sede, Carariacá, Dourado, Tucumatuba, Jari do Socorro, Alto Jari, Laranjal, Pinduru, Picãe, São José (SEMSA, 2022).

A ESF Arapixuna (Figura 5), é definida como modalidade tradicional, conforme a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2017). São realizadas as atividades de competência da atenção primária, como o acompanhamento em consultas do pré-natal, das crianças, dos idosos, imunização, primeiros socorros, realização do diagnóstico de algumas doenças epidemiológicas, atividades de promoção e prevenção à saúde e visitas domiciliares (FERNANDES, 2019).

Figura 5 –Estratégia de Saúde da Família de Arapixuna



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Os profissionais da atenção primária, em especial da (ESF), são considerados o elo entre os serviços de saúde e a comunidade. Este elo, abrange duas instituições, uma doméstica e comunitária e outra institucional de normatização dos serviços (FERNANDES, 2019).

3 OS SABERES TRADICIONAIS E CUIDADOS COM A SAÚDE

3.1 As mudanças de paradigmas sobre práticas populares em saúde

No final do século XX os paradigmas envolvendo a ciência e a modernidade, acenaram com grandes questionamentos, aliados à crise das instituições família, Estado, Igreja, escola e as relações sociais e com a biodiversidade (PULGA, 2013).

Estudos sobre práticas populares em saúde é objeto de pesquisa de vários autores brasileiros. Com a reformulação das teorias neoevolucionistas nos anos de 1968, um novo paradigma apresenta a visão biocultural articulada à saúde, em contraponto ao paradigma eurocêntrico no âmbito internacional. No período entre 1970 e 1980 os programas de mestrado em antropologia na Universidade de Brasília (UnB) e no Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, publicaram pesquisas saúde, sob conceitos e paradigmas contemporâneos, estabelecendo pouco diálogo a antropologia médica norte-americana. Estudaram sobre representações culturais e a organização dos hábitos alimentares, balizadas nos paradigmas do estruturalismo francês e da antropologia simbólica (LANGDON; FOLLÉR; MALUF, 2012).

Destaque para as pesquisas desenvolvidas no Museu Nacional, nos anos de 1970 que versaram sobre cosmologias ameríndias com foco na saúde indígena e sobre sociedades complexas contemporâneas, com foco “vida urbana, modernização, individualismo e estigma, desvio, cultura da psicanálise, atendimento psiquiátrico em camadas populares, entre outros.” (LANGDON; FOLLÉR; MALUF, 2012). Nos anos 1990 os estudos de Marcos Queiroz e Maria Andréa Loyola mostraram a tendência em pesquisa antropológica, medicina popular, práticas tradicionais, saúde indígena etc. Analisaram o modelo capitalista e sua dominação nos processos sociais locais afetos à saúde. Compartilharam discussão entre a biomedicina e as políticas públicas, sobretudo na saúde indígena e defenderam a interlocução dos “fatores sociais e culturais na produção ritual do corpo, nos padrões de doença e na cura (LANGDON; FOLLÉR; MALUF, 2012).

Observando a doença em sua dupla natureza, tanto física quanto espiritual, a cura na medicina caseira é obtida de forma ritualística em um *ethos* sagrado, respeitado justamente diante da indissociação entre corpo e espírito. (RIBEIRO, 2014).

A pesquisa em antropologia da saúde tornou-se mais difundida na academia, nos anos 1990, como incremento em disciplinas de pós-graduação como: antropologia da saúde, antropologia da doença e antropologia médica, vindo a contribuir com o aumento do número de trabalhos sobre diversidade e saúde que a partir primeiro Encontro Nacional em Antropologia Médica, em 1993, formou-se uma rede de investigadores associando temas de saúde a temas antropológicos:

A diversidade de temas foi expressiva, tratando de saúde e religião; “saúde mental”, “nervos” e problemas psicossociais; relações dialéticas entre sujeito e objeto no campo das terapêuticas e da própria produção da enfermidade; e questões presentes no campo profissional de produção de agentes e de práticas terapêuticas (ALVES; MINAYO, 1994, p. 10 apud LANGDON; FOLLÉR; MALUF, 2012).

Os estudos sobre saúde coletiva, no Brasil, cresceram com o movimento da reforma sanitária por toda a América Latina, propagada no final dos anos 1980 que tinha entre outros focos, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde coletiva está em campo de pesquisa mais politizado e interdisciplinar, com pluralidade de estudos em torno de questões antropológicas relacionadas a processos de saúde e doença, adicionados aos aspectos sociais e políticos. A saúde coletiva apregoa os conhecimentos biológicos, “porém concebe o corpo e as doenças como aspectos construídos relacionalmente.” (LANGDON; FOLLÉR; MALUF, 2012). A pesquisa em saúde coletiva mantém uma dimensão epistemológica unificadora entre as esferas social, cultural e política.

Os paradigmas seguem em transformação diante das reivindicações internacionais, a discussão sobre a universalização da saúde e da atenção primária, “o reconhecimento das medicinas tradicionais, a autodeterminação por parte da população e a intersectorialidade nos cuidados com a saúde.” (RIBEIRO, 2014, p. 26).

Nos anos de 1976 a OMS reconhece que a medicina oficial não alcança o conjunto da população mundial e continuou defendendo o uso das medicinas tradicionais, alternativas e populares, principalmente, para combater as doenças das populações residentes em locais afastados dos centros com menos e/ou sem a oferta de serviço de saúde. “A OMS constatou que nos países em desenvolvimento a maior parte da população depende da medicina tradicional para o alcance da atenção da saúde primária.” (RIBEIRO, 2014, p. 26).

A Assembleia Mundial de Saúde, no ano de 1977 adotou o conceito de “Cuidados Primários de Saúde” (*Primary Health Care* - PHC), como referendo às recomendações da

OMS, sendo reforçado na Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde que ocorreu em Alma-Ata¹, no dia 12 de setembro de 1978, organizada pela ONU, cujo lema foi “Saúde para todos no ano 2000” e a atenção primária em saúde tornou-se exigência básica para a universalização. Destacam-se algumas afirmações nessa conferência que enfatizaram a saúde na sua integralidade, ou seja, relacionada ao bem-estar físico, mental e social e pontua a essencialidade dos cuidados primários em saúde:

I - A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde - estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde [...].

V - [...] Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

VI - Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis [...]. (BRASIL, 1978).

A Declaração de Alma-Ata referendou as reivindicações sociais expressas desde o início dos anos de 1960 e 1970 e repercutiram no Brasil com a formulação de diretrizes políticas e alterações nos programas nacionais, estabelecendo, por exemplo, as orientações para assegurar a participação da população no planejamento e na operacionalização dos cuidados com a saúde. A medicina oficial recebeu ênfase na Declaração de Alma-Ata, confirmando o modelo hegemônico da área médica, mas recomendou o uso de fitoterápicos. Com base nessas recomendações o governo brasileiro formulou a Política Pública de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). A Assembleia Mundial de Saúde, no ano de 1980 também adotou o lema sobre cuidados primários de saúde (RIBEIRO, 2014),

Os conceitos de medicina popular e medicina tradicional foram tratados como iguais na PNPMF. Apesar das observações da OMS, em relação às medicinas tradicionais e complementares, na década de 1970 os grupos nacionais ainda estavam reivindicando os primeiros passos para uma saúde universal e de seguridade social no Brasil, o que somente seria alcançado, posteriormente, com o sistema oficial de saúde (BRASIL, 2006).

Esses conceitos sobre medicina popular têm relação com as concepções de vida e de cura que foram o repertório da sabedoria popular, incluindo remédios produzidos no plano doméstico com substâncias ativas da natureza para curar enfermidades. É um processo

¹ País da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS).

sincrônico entre quem pratica, quem utiliza e a natureza. O ato de produzir os próprios remédios reafirma a cidadania e possibilita a participação no processo saúde-doença, seja no ambiente interno, como também desperta a solidariedade e a prática social, por meio da transmissão de conhecimentos. Utilizar os remédios caseiros é inerente aos saberes das populações, por isso é necessário conhecer o contexto social e ecológico, bem como as tradições e as culturas locais (DINIZ;1997; RIBEIRO, 2014).

No Quadro 1, são apresentados os conceitos de medicina tradicional e medicina popular discutidos no estudo de Ribeiro (2014):

Quadro 1– Definição conceitual de medicina tradicional e medicina popular

Estudos que conceituam a medicina popular/tradicional	Conceito de medicina popular/tradicional
Medicina tradicional Diegues <i>et al.</i> (2000)	Estabelece a diferença ao definir a medicina tradicional como parte da cultura de comunidades tradicionais (quilombolas, indígenas, populações ribeirinhas, etc.).
Medicina popular Diegues <i>et al.</i> (2000)	É o conjunto de transformações e ícones medicinais tradicionais, utilizados por comunidades rurais, nas fronteiras rural-urbanas, sem a característica das comunidades tradicionais.
Medicina popular Oliveira (1985)	Agrega diferentes formas de cura e modos de vida alternativos que diferem da biomedicina. São diferentes dogmas, formato e práticas populares experienciadas no tratamento de doenças e têm relação com o mundo dos sujeitos
Medicina popular Branquinho (2007)	A saúde tem relação com a visão de corpo e natureza distante da referência biológica. A anatomia e fisiologia do corpo definem a intervenção da medicina popular.
Medicina popular OMS (1962)	É uma prática embasada no conjunto de saberes médicos tradicionais, como alternativa à medicina especializada e tecnocientífica, visando solucionar os quadros de adoecimentos populacionais, com baixo acesso aos serviços de atenção médica no mundo.

Fonte: Ribeiro (2014) com adaptações.

Dessa forma, observa-se que a Medicina popular possui vários olhares e é parte da cultura viva de cada região, não se restringindo apenas ao meio rural ou às comunidades de menor poder aquisitivo. Sua prática conta com formas materiais de saber fazer como as plantas, e as formas espirituais como as rezas, nas quais se evoca o sobrenatural, quase sempre através de ritos propiciadores da cura que a ciência não explica, repassado entre gerações.

No Brasil, as mudanças paradigmáticas em saúde, em relação às práticas populares foram observadas, a partir das deliberações nas conferências. Com destaque para a 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, em 1986. Neste relatório nasce o conceito de saúde como participação social devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas:

Em seu sentido mais abrangente a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim antes de tudo, o resultado das normas de organização social da produção, as quais podem gerar grande desigualdades nos níveis de vida (CNS, 1986, p. 12).

Esta Conferência fomentou a elaboração dos Cadernos de Saúde do Sistema Único, à Política Nacional de Práticas Complementares e Alternativas (PNPIC) e às propostas para atenção à Medicina Tradicional. Nessas tratativas foram expressos as diretrizes para a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos no sistema de saúde no Brasil. Vinte anos depois, em 2006 foi criada a PNPMF voltada especialmente para o tema de utilização de vegetais no âmbito da saúde e desdobrou na criação do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (RIBEIRO, 2014), que por sua vez, surge ancorado em duas questões:

- (a) ausência ou ineficaz presença da medicina oficial nessas regiões. Isso engloba tanto a carência de atendimento médico e medicamentos, como leitos para internação em pequenos hospitais e postos de saúde.
- b) diferença de concepções sobre saúde e doença entre populares e medicina oficial. Esta observa o indivíduo pelas partes do corpo e doença, enquanto as medicinas paralelas analisam o paciente de forma integrada, cuidando do indivíduo de forma holística, menos mecanicista e especializada. (RIBEIRO, 2014, p. 30).

O movimento social ampliou as discussões sobre o uso de plantas medicinais, adentrando pela questão da formação médica no Brasil que não contempla nas competências curriculares, fundamentos acerca do uso de medicamentos à base de vegetais e/ou distanciamento do estudo de botânica. O referendo sobre a medicina popular, no sentido de fortalecer a fitoterapia foi contínuo. Em 1991, o Conselho Federal de Medicina (CFM), reconhece a atividade “desde que desenvolvida sob a supervisão de profissional médico.” (RIBEIRO, 2014, p. 30). O Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, que especifica que o:

Item 351.10 - Ministério da Saúde deve incentivar a fitoterapia na assistência farmacêutica pública e elaborar normas para sua utilização, amplamente discutidas com os trabalhadores em saúde e especialistas, nas cidades onde existir maior participação popular, com gestores mais empenhados com a questão da cidadania e dos movimentos populares. (CNS, 1996).

O cenário das discussões sobre as práticas populares em saúde, avançou para a elaboração de políticas e programas, na perspectiva da medicina integrativa e complementar, valorizando a inclusão social, com garantia do acesso às ações e serviços do SUS, valorização de práticas e conhecimentos tradicionais com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social, e com a participação e controle social em saúde, considerando a diversidade cultural do campo e da floresta para a produção de ferramentas de comunicação (BRASIL, 2013).

3.2 A teia de saberes tradicionais nos cuidados com a saúde

De acordo com Diegues *et al.* (2000), o conhecimento tradicional pode ser definido como saber e saber fazer, a respeito do mundo natural e sobrenatural, gerados no âmbito da sociedade não-urbano industrial e transmitidos oralmente de geração em geração.

Se por um lado a modernização, as mudanças nas relações familiares e nos meios de comunicação de massa colaboram para o enfraquecimento dos saberes tradicionais, existe outra força, a dos laços afetivos e da experiência vivenciada, que mantém estes saberes. A constante renovação desta teia de saberes se faz também através do questionamento das informações recebidas. O conhecimento popular, baseado no empirismo, é capaz de aceitar elementos de diversas correntes de pensamento e fazê-los dialogar, elaborando um novo arcabouço teórico que explique os fenômenos cotidianos. Essa mesma liberdade é encontrada também ao se contestar ou recusar argumentos e orientações que não satisfaçam o seu universo simbólico-cultural (OLIVEIRA, 2010).

De acordo com Albarracín (2001) o processo saúde/doença está condicionado à organização dos grupos sociais e participa do processo cultural que os envolve, influenciando suas concepções individuais e coletivas. Ideias estas, corroboradas por Uchôa e Vidal (1994) que defende que os comportamentos de uma população diante de seus problemas de saúde, se erguem a partir de seu contexto sociocultural. O conhecimento prévio dessa percepção de saúde da comunidade é o que determina o pensar e o agir da população perante o processo saúde/doença, e é fundamental para a eficiência das ações de assistência e educação em saúde.

Para se desenvolver tais ações, junto a população ribeirinha, é imprescindível conhecer as pessoas e seus conhecimentos tradicionais, saber se existem parteiras no local, qual sua influência na comunidade, os chás, as ervas que usam, se há indígenas na região, sua descendência, etnia, qual é a sua percepção sobre o adoecimento e os ritos e a sua visão de

mundo. Isso tudo vai corroborar para que profissionais de saúde possam contribuir efetivamente, no cuidado com a saúde dos ribeirinhos (LIMA, 2021).

Muitas vezes, esquecido pelas ações públicas e escondido na genérica denominação de trabalhador rural, o ribeirinho enfrenta inúmeros problemas de saúde. Poucos municípios da Amazônia contam com serviços médico-sanitários eficientes em face do descaso governamental com as populações rurais. A rede hospitalar quando existe nos municípios, é precária. Contar com a presença de médicos no interior amazônico é algo raro (SCHERER, 2004).

Quando os ribeirinhos necessitam de assistência à saúde são obrigados a se deslocarem aos postos de saúde nas cidades-sedes dos municípios, depois de longas viagens em pequenos barcos, canoas ou rabetas. No entanto, pela dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde que deveriam ser ofertados pelo Estado, as populações ribeirinhas tentam superar os seus problemas de saúde acessando conhecimentos tradicionais, utilizando o que chamam de medicina da floresta. Ou seja, por meio das plantas medicinais, que eles sabem utilizar para a cura de muitas doenças (SCHERER, 2004).

Silva e Souza (2015), apontam em seus estudos que na contemporaneidade o conhecimento de cura a partir do uso de plantas medicinais, às vezes é visto com certa desconfiança por alguns segmentos da sociedade, entretanto, muitas vezes, esta tradição é legitimada socialmente, e ainda que venha passando por modificações, se confirma e não é esquecida. Segundo Ribeiro (2014) o conhecimento do efeito benéfico de uma planta no saber popular se propaga pela experiência, observação e fórmulas adotadas no repertório do saber tradicional acerca dos vegetais de uma dada região.

Dessa forma, na maioria das comunidades tradicionais existe alguém que é especialista no uso de ervas e plantas medicinais para o tratamento de doenças, essas práticas terapêuticas possibilitam não só a intervenção no processo saúde/doença, mas também, a constituição das identidades territoriais e o estabelecimento das relações de sociabilidades que sinalizam a necessidade permanente do diálogo popular e científico a respeito dos usos seguros para as pessoas e da conservação para os recursos ambientais (SILVA; SOUZA, 2015).

Segundo Tavares (2012), os saberes vernaculares, tradicionais, alternativos, complementares, holísticos existem em nossas sociedades e são experienciados há séculos. Esses se voltam para a saúde humana e se apresentam, não apenas pelo uso de antídotos, ervas, caldos, rezas, leituras místicas, etc., mas por uma “terapêutica” de cuidado e percepção da saúde, que enxerga o ser humano como um sujeito integrado à natureza e seus fluxos e ciclos.

A cosmologia e o cotidiano dos ribeirinhos expressam a relação entre os seres humanos e não humanos reside o modo de interação com o ambiente da floresta, com o rio e com o ar, considerados espaços onde reinam seres que após transformação, sua presença é sentida. É uma cosmologia sem fronteiras é um universo transformacional, como arroga Da Mata (1993 apud WAWZYNIAK, 2012) onde a natureza, a sociedade, os humanos e os não humanos, em constante relação eivada de intencionalidade. É um sistema cultural de crenças sobre os seres que se transformam em outros seres; mudam de aparência, comumente para aparecerem como os humanos; adotam comportamentos como permanecer invisível; apresentam hábitos característicos, como sons e odores; podem causar enfermidades, bem como interferir na vida pessoal ou comunitária.

Na cosmologia ribeirinha existe vários seres com poder de transformação como: Boto, Jurupari, Mapinguari, Boiúna (Cobra Grande), Patauí, Matinta Pereira, Cunauarú e a Curupira, este último demiurgo tem o predicado de “administra a mata”, pode se transformar em “humanos, animais, objetos inanimados e mesmo em instituições públicas” (WAWZYNIAK, 2012).

O “mau-olhado de bicho” configura uma perturbação físico-moral, de caráter relacional que pode alterar a dimensão interpessoal e a intrapessoal. Pode interferir na vida de uma pessoa, outros membros da família ou a comunidade. Apresentam sintomas como:

dor de cabeça, dor de estômago, dor de ouvido, palidez, emagrecimento, dor de dente, perda de consciência e de orientação, enjoo e vômito. Tais sintomas nem sempre são imediatamente identificados como causados por um ser sobrenatural, uma vez que podem manifestar-se posteriormente ao encontro com ele (WAWZYNIAK, 2002).

Quando os sintomas persistem e acentuam o caráter crônico da doença, obriga os familiares do enfermo a buscarem um especialista de cura. E quando a terapia da biomedicina não mostra eficácia, aumenta a suspeita de uma doença não-natural. No dizer de Loyola (1984 apud WAWZYNIAK, 2002) há interdependência entre as doenças dos tipos, “materiais” e “espirituais”, recaíndo a capa especialista a conformação do diagnóstico, no caso cabe ao pajé definir o diagnóstico de uma doença não-natural.

As causas decorrem de atitudes inadequadas em relação ao manejo da natureza, a não “observância dos “regulamentos” estabelecidos pelos “donos”, desrespeito às “paragens” pertencentes aos “bichos” ou da quebra da reciprocidade dos humanos entre si ou com os não-humanos.” (WAWZYNIAK, 2012).

O “mau-olhado de bicho” é uma resposta dos seres da natureza, diante da intervenção humana para usufruir dos recursos naturais. Essa relação amplia o sistema cultural entre os ribeirinhos ao criarem codificações, hábitos próprios e tratativas com os elementos da natureza, a fim de evitar consequências ao corpo e o encantamento. Desse modo, os ribeirinhos adotam uma ordem natural e social ao reconhecerem outros elementos com poder de “engerrar” que indica “[...] o caráter transformacional dos seres do universo sociocósmico do Tapajós e revela-se instrumento de apreensão do mundo e de organização da experiência social” (WAWZYNIAK, 2012).

Preservar o diverso, o diferente, o singular passou a ser uma atividade de proteção à diversidade das culturas, deixando de ser “coisas do folclore” ou “simples curiosidades do passado”, tanto os conhecimentos tradicionais quanto as manifestações culturais das chamadas populações tradicionais tornaram-se objeto de políticas de preservação na condição de patrimônios locais, nacionais e até mesmo universais (ABREU; NUNES, 2012).

Para Fraxe, Pereira e Witkoski (2007), o aprendizado das práticas tradicionais se dá com os pais, avós, padrinhos ou por meio de suas próprias experiências. A transmissão desse conhecimento possui fatores implícitos como o interesse entre mestre e aprendiz, a confiança nas práticas terapêuticas tradicionais e o respeito às tradições e rituais de cura.

Sabe-se que a saúde é determinada pelas condições econômicas, sociais, culturais e ambientais em que vivem as comunidades e populações, portanto há a necessidade de ações intersetoriais para conter o impacto sobre o nível de vida e de saúde das populações do campo e da floresta.

A interpretação simbólica das doenças está agregada a concepções pessoais e raízes culturais, portanto deve-se considerar a realidade cultural dessas populações e construir um entendimento local do processo saúde-doença e dar visibilidade a presença de outros recursos além daqueles apresentados pela medicina oficial.

De acordo com Alves e Rabelo (1998), estudos de representações e práticas sobre saúde/doença, medicina ou ato terapêutico concentram suas concepções interpretativas na linguagem oral, a narração do paciente transforma-se em importante resposta a sua doença confirmando os valores culturais. O indivíduo vivencia uma pré-reflexão entre corpo e cultura antes mesmo de qualquer representação sobre doença.

No estudo de Fraxe, Pereira e Witkoski (2007), observou que para os entrevistados, a palavra doença não está relacionada unicamente a patologias e disfunções orgânicas, mas

também relacionada às adversidades da vida, envolvendo relações tanto de natureza pessoal quanto espiritual, ou seja, de causas naturais e não-naturais.

Em relação à alimentação, são casos de doenças naturais, como por exemplo, ter uma alimentação deficiente, causando fraqueza e tuberculose; comer fora de hora pode propiciar azia, gastrite, úlcera. O tipo de alimento também possui grande importância, pois pode ser considerado forte e remoso e não deve ser consumido por pessoas sensíveis como crianças e idosos (FRAXE; PEREIRA; WITKOSKI, 2007).

As de causas não-naturais são atribuídas aos perigosos espíritos da selva e do rio, ou é resultado de um castigo imposto por algum ser encantado. São exemplos de causas não naturais o quebranto, ventre caído, mau olhado. Se uma pessoa se submete a vários tratamentos e não fica boa, ela está com uma doença de causa não-natural e deve ser tratada pelo curandeiro/rezadeira. Assim, as pessoas oram a seus padroeiros e/ou guias espirituais, pedindo intervenção para a cura, utilizam drogas comerciais e “remédios caseiros” podendo ou não, ser tratadas por médicos ou pessoas entendidas da cura mágico-religiosa (FRAXE; PEREIRA; WITKOSKI, 2007).

Os conhecimentos locais de tratamentos de saúde nas comunidades tradicionais são repassados por meio da oralidade, sendo os conhecimentos transmitidos de pai/mães para filhos/filhas, no cotidiano, na solidariedade, no aprendizado ancestral em profunda relação com a natureza (DA-GLORIA, PIPERATA, 2019).

Segundo Mandu e Silva (2000) as práticas de medicina popular sobrevivem por causa da consciência dos povos tradicionais/populares quanto a sua eficácia e legitimidade. A chamada medicina caseira é uma prática complementar a outras da área médica que mostra o modo de pensar, agir e viver frente à prevenção e cura. São saberes e práticas repercutem no cuidado a família, vizinhos, amigos, conhecidos e até desconhecidos da comunidade. Essa prática tem propriedades de avaliar, identificar níveis de gravidade, riscos iminentes e, decidir diante da necessidade de encaminhar a outros recursos em saúde. São conhecimentos tradicionais adquiridos de gerações, por meio de vivências ou relatos.

No dizer de Teixeira e Oliveira (2014) as práticas populares de saúde são dicotômicas. Por um lado, “A ciência produzida no hemisfério norte, ou sob suas bases epistemológicas, contém escolhas que favorecerão a cultura dominante, tanto politicamente como economicamente e, finalmente, culturalmente, sendo a ciência “o mais sutil instrumento de dominação” (TEIXEIRA; OLIVEIRA 2014, p. 12). Por outro, as práticas populares são vistas pela sociedade como atraso e ignorância, desqualificando e ignorando a cultura popular.

Nesse sentido, entende-se por patrimônio cultural imaterial as práticas, representações, expressões, conhecimentos e competências, bem como os instrumentos, objetos, artefatos e espaços culturais que lhes estão associados e que as comunidades, os grupos e, eventualmente, pessoas reconhecem como fazendo parte do seu patrimônio cultural. Este patrimônio cultural imaterial, transmitido para sucessivas gerações, é continuamente reinventado pelas comunidades e grupos em função do seu meio, da sua interação com a natureza e da sua história, e confere-lhes um sentido de identidade e de continuidade, contribuindo assim para promover o respeito da diversidade cultural e a criatividade humana (UNESCO, 2003).

Desse modo, o jeito de fazer saúde acumulado tradicionalmente nas formas populares de cuidar, denominadas práticas populares de cuidado, tem revelado possibilidades de construção de processos de cuidado dialogados, participativos e humanizados, acolhedores da cultura e do saber popular (BRASIL, 2012).

Muitas vezes, esquecido pelas ações públicas e escondido na genérica denominação de trabalhador rural, o ribeirinho enfrenta inúmeros problemas de saúde. Poucos municípios da Amazônia contam com serviços médico-sanitários eficientes em face do descaso governamental com as populações rurais. A rede hospitalar quando existe nos municípios, é precária. Contar com a presença de médicos no interior amazônico é algo raro (SCHERER, 2004).

Quando os ribeirinhos necessitam de assistência à saúde são obrigados a se deslocarem aos postos de saúde nas cidades-sedes dos municípios, depois de longas viagens em pequenos barcos, canoas ou rabetas. No entanto, pela dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde que deveriam ser ofertados pelo Estado, as populações ribeirinhas tentam superar os seus problemas de saúde acessando conhecimentos tradicionais utilizando o que chamam de medicina da floresta. Ou seja, por meio das plantas medicinais que eles sabem utilizar para a cura de muitas doenças (SCHERER, 2004).

No entanto, observa-se a diminuição do uso dos remédios caseiros devido a um processo migratório dos jovens da zona rural para a zona urbana em busca de melhores condições de vida, e um sistema de saúde que não valoriza as diferentes possibilidades terapêuticas, dificultando a transmissão dessa valiosa diversidade de conhecimento (FRAXE; PEREIRA; WITKOSKI, 2007).

Nesse contexto reside a e negação da cultura popular, com as estruturas materiais e simbólicas do povo. Referindo-se ao universo popular, Pulga (2013) adverte sobre a

necessidade de adentrar esse universo, visando a contínua inserção, na agenda pública das práticas populares integrativas, tradicionais e culturais em saúde para que estas não tenham fim em si mesmas.

Diante disso, os profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde, devem conhecer a realidade das comunidades onde atuam, aproximar-se de seus habitantes e compreender seus valores culturais historicamente construídos (VIEIRA, 2019).

3.3 O autoatenção, autocuidado e a intermedicalidade

Em Scopel; Dias-Scopel e Wiik (2012) encontram-se os termos autoatenção e intermedicalidade no trato das enfermidades. A autoatenção é identificada por meio das atividades que a população realiza para solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde. Essas atividades têm intencionalidade para enfrentar os episódios de saúde/doença, sem a presença de profissionais da saúde e âmbito familiar, na maioria das vezes, esse processo de autoatenção, de forma intimista ocorre as tomadas de decisões para direcionar a situação a outros recursos ou especialistas.

No dizer de Pires, Neves e Fialho (2016), apoiado nos argumentos de Menendéz (2003 e 2009), o conceito de autoatenção possui dois níveis: um restrito e um amplo. O sentido restrito admite as práticas de saúde ocorrem intencionalmente no processo de saúde/enfermidade/atenção. Na maioria das vezes representa a automedicação, como via do autocuidado. Nesse contexto, a automedicação assume um caráter negativo pela vertente biomédica. A terminologia autocuidado denota saúde positiva, preventiva e individualista, contrário de autoatenção que agrega um caráter grupal e social.

O sentido amplo, a autoatenção as diferentes formas de relação com a família, distribuição de alimentos, o meio em que vive, a morte, os rituais, etc. Nesse sentido, o autocuidado expressa o conjunto de representações que determinam a capacidade de agir frente a situação de saúde/enfermidade/atenção. No sentido amplo a automedicação adquire aspecto positivo, pois mostra o sujeito propositivo para fazer “uso de chás, ervas, unguentos, que aliviem o “padecimento”, termo que Menendéz utiliza em lugar de “doença”, pois abarca mais do que a doença física, corporal” (PIRES; NEVES; FIALHO, 2016).

Por outro lado, o conceito de intermedicalidade considera os saberes “híbridos”, utilizados na intercorrência de saúde, doença e atenção, por diversos agentes que disputam saberes. Entre a intermedicalidade e a autoatenção há a intencionalidade específica para cada

caso que por sua vez, requisita diferentes formas de atenção. No nível da autoatenção, e não dos especialistas ocorre a atualização pragmática, articulada a “sistemas” ou “modelos” diversos e até mesmo antagônicos caso fossem analisados a partir da posição estratégica de especialistas nos processos de saúde e doença (SCOPEL; DIAS-SCOPEL; WIIK. 2012).

No espaço da intermedialidade encontramos os especialistas que também atuam no nível da autoatenção. É um espaço relacional entre conhecimentos heterogêneos e a dinâmica da autoatenção desenvolvida pelos atores e práticas sociais e culturais nos eventos de saúde e doença. Na autoatenção identificamos as estruturas sociais a partir das diferenças entre os atores, pois nos espaços coletivos constroem e comunicam a sua identidade tanto interna quanto externamente, legitimam suas práticas e políticas estratégicas, sejam elas voltadas para a aliança ou seu oposto (SCOPEL; DIAS-SCOPEL; WIIK, 2012).

O avanço teórico-metodológico das pesquisas em saúde coletiva, sob o viés antropológico relativizou a biomedicina, centrada na doença e o processo terapêutico. Os estudos sobre as questões antropológicas em saúde construíram agendas “para além do constructo biomédico de doença como um princípio biológico, sua compreensão está pautada num processo que é experienciado e elaborado através de eventos sócio-culturais.” (SILVA, 2008, p. 2).

É apontado por Silva (2008) o sistema de cuidado da saúde construído por Kleinman denominado *health care system*, nesse modelo a saúde está inserida no conjunto de saberes e práticas, dominadas por diversos especialistas em diferentes sistemas culturais para tratar da saúde, doença, corpo e cura. O conceito de intermedialidade tem conotação de oposição à biomedicina e tornou-se um conceito híbrido, integrado pela biomedicina e pela medicina local. Nessa interação transita as experiências em saúde, com usos diferentes dos medicamentos, bem como os procedimentos para a cura. É o processo de hibridização que reflete a identidade, pertencimento e etnicidade do lugar e das pessoas.

3.4 Os tratamentos alternativos à saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que “cerca de 80% da população utiliza práticas tradicionais nos cuidados básicos de saúde e 85% utiliza plantas ou preparações para a resolução de seus problemas de saúde” (PEREIRA; CUNHA, 2015), ou seja, são práticas e recursos não ocidentais, ou fora do âmbito da medicina científica-oficial, sendo, portanto, a

única ou a possível saída, para uma maioria que vive à margem de uma minoria que detém o poder.

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil o valor da sabedoria popular se dá, dentre outros pontos, por ser fonte estratégica de pistas de eficácia ou toxicidade das plantas medicinais, que inspira os estudos científicos, que depois se multiplicam nas universidades e no mercado farmacêutico (BRASIL, 2012).

Contudo, as práticas e saberes alternativos, majoritariamente pertencentes aos povos tradicionais e minorias da sociedade, não são ainda hoje valorizados em razão do pensamento e *modus operante* colonial. Com a ocupação colonial e a intensa exploração dos territórios e dos povos tradicionais, uma criminalização foi iniciada ante ao modo de vida e crenças não europeias, sendo necessário um desvencilhamento e uma revolução epistemológica, que desconstrua e arranque todas as raízes que deslegitimam sujeitos e práticas tradicionais e alternativas (DIAS; MENDONÇA, 2020).

Para Camargo (2011), nas sociedades contemporâneas, a medicina popular está lado a lado com o sistema médico oficial não havendo superioridade entre uma e outra, mas apenas diferenças, ou seja, os dois modelos médicos disputam a preferência popular, representando paradigmas diferentes, orientados por padrões culturais diferentes e que uma cultura só é discriminada, quando a cultura hegemônica assim o designar.

A maioria da população utiliza o saber popular para solucionar seus problemas de saúde, antes mesmo de procurar um serviço médico-hospitalar. A religiosidade e os terapeutas populares representados por raizeiros, benzedeiras e rezadeiras adquirem um significado relevante dentro do processo saúde-doença, pois fornecem, muitas vezes, respostas àquilo que é incompreensível dentro do modelo biomédico de assistência à saúde. Ofertam ainda, conforto e força aos indivíduos que se encontram em situação de fragilidade frente à doença (SIQUEIRA *et al.*, 2006).

Historicamente, a Medicina Tradicional (MT) tem sido usada para manter a saúde, prevenir e tratar doenças. Em alguns países, a medicina tradicional ou o medicamento não convencional é chamado de medicina complementar (OMS, 2013). Desde 1970, a OMS recomenda que os estados nacionais a incluam aos seus sistemas de saúde oficiais as MTs.

Com a Declaração de Alma-Ata em 1978, os praticantes das medicinas tradicionais, desde que devidamente treinados, foram possibilitados a colaborar nos cuidados primários de saúde. No entanto, somente em 2002, ao publicar o documento *Estratégias da OMS sobre a Medicina Tradicional, 2002-2005*, a OMS, definiu as diretrizes para o estabelecimento de

relações de cooperação entre os sistemas oficiais de saúde e os praticantes da MT possibilitando a ampliação da cobertura e o acesso da população dos países em desenvolvimento aos serviços de atenção primária à saúde. Este documento definiu ainda, o conceito de Medicina tradicional:

Um conjunto de práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou em combinação para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir enfermidades. (OMS, 2002, p. 33).

Dessa forma, o cuidado não se limita a uma única terapia, pode se dar por meio de um conjunto de intervenções como a utilização de ervas, práticas corporais, mudanças na alimentação, massagens, meditação entre outros. Neste contexto, deve-se levar em consideração as crenças, os significados, os valores culturais, sociais e as condições socioeconômicas dos usuários. É na troca de saberes entre quem cuida e quem está sendo cuidado que se busca a compreensão do adoecimento e de resultados satisfatórios, pois considera-se que cada indivíduo possui circunstâncias psicossociais próprias e diferentes reações diante dos sintomas, doenças e tratamentos (SOUSA; HORTALE; BODSTEIN, 2018).

3.4.1 Recursos terapêuticos populares

Os recursos terapêuticos populares, de cuidados com a saúde são utilizados há vários séculos. Entre esses saberes, estão os chás caseiros e outras práticas como banhos, emplastos, alimentos e benzeduras. A utilização destes recursos pode dar respostas às enfermidades e sofrimentos vivenciados pelas pessoas no seu dia a dia (SIQUEIRA *et al.*, 2006).

O artigo de Scopel, Dias-Scopel e Wiik (2012) é resultado de um estudo sobre as práticas de autocuidado e a intermedicalidade realizadas pelo povo Munduruku, um povo indígena da floresta Amazônia. No campo do autocuidado reside especialização e legitimidade dos atores, formando uma lista de tipologia de especialistas como: pegadores de *dismintidura* e rasgadura; Parteiras, Rezadores e benzedores; Curador, pajé, espiritista, *sacaca*.

No Quadro 2 (pag. 39), apresenta-se as tipologias de diferentes especialistas no campo da autoatenção, as técnicas utilizadas para a cura de determinadas enfermidades e o material usual:

Quadro 2 – Tipologias de especialistas no campo da autoatenção

ESPECIALIDADE	TÉCNICA UTILIZADA	CAUSA/OBJETIVO	MATERIAL UTILIZADO
Pegadores de <i>dismintidura</i> e <i>rasgadura</i>	Técnica de massagem e fricção	Curar doenças de ossos e músculos	“banhas” de animais (tartaruga, cobras, tamanduá, entre outros)
	Técnica de “costurar”	Juntar músculos considerados “rasgados” por esforço físico ou acidentes	Tecido, agulha e linha Requer benzimento sobre a área afetada
Parteiras	Massagem corporal chamada de “puxação”	Acompanhar a gestação e realizar partos	
	Colocar “no lugar a mãe do corpo”	Curar enfermidades causadas pelo seu deslocamento dentro do corpo	
	“Pegar barriga”	Encaixar a criança no “nascidouro”	
Rezadores e benzedores	Prática da reza	benzer o quebranto	Cachimbo, casca de jurema preta, rama vegetal
Curador, pajé, espiritista, <i>sacaca</i>	Afastar seres do “ <i>Encante</i> ”, os espíritos da mata e do ar	Combater “mal olhado de boto”, o “roubo da sombra”, “assombração de bicho ou mortos” e “endireitar a linha”	Uso do <i>tauari</i> Trabalham com “banca”

Fonte: SCOPEL; DIAS-SCOPEL; WIIK, (2012); SILVA, (2008) com adaptações.

O chamado “pegador de *dismintidura* e *rasgadura*” é conhecido como “mecânico dos ossos e músculos”. Várias pessoas podem apresentar esse dom, inclusive as crianças, mas existe aquelas conhecidas como “pegar bem” por ter mais habilidade nessa atividade.

A parteira é comumente chamada de mãe do corpo das mulheres e realiza três técnicas: a massagem corporal, chamada de “puxação”; a técnica de “pegar barriga”, para encaixar a criança no útero e com isso facilitar o nascimento e; colocar “no lugar a mãe do corpo” é uma técnica realizada para curar doenças em qualquer fase da vida da mulher adulta. Os rezadores e benzedores, utilizam a técnica da reza. Quem reza tem o predicado de “benzer o quebranto”, identificado ocorre uma enfermidade que causa diarreia, cuja causa não tem explicação objetivas, sendo atribuída a terceiros.

As *benzedeiras* estão mais afetas ao universo cosmológico feminino, sendo atribuído às mulheres, “um poder de tipo mágico-místico ligado à natureza” (FERRO, 2015). Isso é a expressão do patrimônio cultural onde saúde e natureza residem no mesmo espaço.

As benzedeiras percebem seu ofício como uma missão a cumprir, ou seja, um dom divino e, por esse motivo estão sempre acessíveis para quem os busca e, dependendo da necessidade do caso, podem atender em qualquer horário, sem nenhum tipo de pagamento. As pessoas procuram as benzedeiras para solucionar problemas biológicos, sociais, espirituais e emocionais. Os benzimentos são diversificados quanto aos seus rituais orais e manuais, podendo, ainda, envolver água, plantas e outros objetos como imagens de santos e tecidos. (MARTA *et al.*, 2019).

A reza é para afastar/quebrar o *quebranto*, uma enfermidade atribuída à inveja ou à admiração de uma pessoa. Atinge apenas crianças e os sintomas fisiológicos mais comuns são: “diarreia, vômitos, sonolência e falta de apetite e seus sintomas sociais são falta de vontade de brincar, mau-humor e choro constante” (SILVA, 2008, p. 6). Tem casos de crianças com *corpo aberto*, por isso tem mais facilidade de ter *quebranto*. A reza, nesse caso é para fechar o corpo e a mãe deve percorrer um itinerário com a criança, para receber a reza de sete benzedeiras.

A cura, a partir da reza revela os aspectos culturais das benzedeiras quando associam as prováveis causas da enfermidade e “quando a aflição é de maior grau, os *rezadores/rezadeiras* podem prescrever ou ministrar banhos, chás ou preparar concentrados de espécies vegetais (lambedores ou xaropes) [...]” (SILVA, 2008 p. 6). São chamados de *remédios do mato*, contrapostos aos remédios manipulados em laboratório ou remédios manipulados em farmácia da biomedicina.

Os detentores desse saber, geralmente, além de produzirem os remédios, também indicam simpatias, rezas e banhos, reconhecidos por seus usuários como conhecimento sacralizado, já que os princípios ativos se somam às mãos de benzedeiras, rezadores, raizeiros, pais e mães-de-santo, pajés, entre outros.

O curador, pajé, espiritista e *sacaca*² são denominações para quem tem o dom de “pega caboclo” para curar doenças atribuídas aos seres do “*Encante*”, os espíritos da mata, do ar e das cidades submersas (ex. o boto). O ritual é realizado em uma mesa “banca” ornada de objetos “estátuas de santos, velas, copos com água, pedras, fitas coloridas, miniaturas ou partes

² “O curador *sacaca* é considerado o mais poderoso com habilidade de ir até o ‘fundo’ ou ‘*encante*’ (SCOPEL; DIAS-SCOPEL; WIIK, 2012).

de animais, etc” (SCOPEL; DIAS-SCOPEL; WIIK, 2012, p. 181). O material usual é o *tauari*, um cigarro produzido com tabaco, *canauaru*, *sacaquinha* e alecrim.

Outro recurso terapêutico muito utilizado entre aqueles que buscam na medicina popular, a solução para seus problemas de saúde física, mental e espiritual são as garrafadas, segundo Camargo (2011), a garrafada é uma fórmula medicinal preparada com componentes de origem vegetal, mineral e animal, complementada com elementos religiosos próprios dos sistemas de crença encontrados no país. As garrafadas são remédios produzidos a partir de plantas buscadas no mato, nos quintais, geralmente são raízes, cascas, sementes, folhas e frutos que são empregados no preparo das mais variadas poções veiculadas principalmente com vinho, mas podem conter mel, vinagre e água.

As garrafadas são vendidas em feiras livres e mercados populares em diversas regiões do país. Atualmente, a divulgação e o seu comércio, têm aumentado por meio da internet. Não existe regulamentação sanitária para esse tipo de produto e ao buscar o termo ‘garrafada’ no site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), este nos remete a seguinte informação: ‘Produtos sem registro ou notificação na Anvisa’. Isso ocorre pelo fato de que as garrafadas não são reconhecidas como medicamentos nem como plantas medicinais ou qualquer outro tipo de produto para saúde pela autoridade sanitária no Brasil (PASSOS et al, 2018).

Passos e colaboradores (2018) enfatizam o reconhecimento das garrafadas como uma prática da medicina popular, bem como a valorização desse conhecimento e o fomento de sua expressão na cultura brasileira, no entanto, destacam que as garrafadas são compostas, por diversas plantas medicinais, que contêm princípios ativos que podem interagir com outros fármacos, potencializando ou impedindo alguma ação, podendo se tornar produtos perigosos ou ineficientes e que os órgãos sanitários no Brasil parecem dar pouca atenção para esse problema, e que é preciso garantir condições mais seguras para sua obtenção e utilização.

Silva e Souza (2015), apontam em seus estudos que na contemporaneidade o conhecimento de cura a partir do uso de plantas medicinais, às vezes é visto com certa desconfiança por alguns segmentos da sociedade, entretanto, na maioria das vezes, esta tradição é legitimada socialmente, e ainda que venha passando por modificações, se confirma e não é esquecida.

Em grande maioria das comunidades tradicionais existe alguém que é especialista no uso de ervas e plantas medicinais para o tratamento de doenças, essas práticas terapêuticas possibilitam não só a intervenção no processo saúde/doença, mas também, a constituição das

identidades territoriais e o estabelecimento das relações de sociabilidades que sinalizam a necessidade permanente do diálogo popular e científico a respeito dos usos seguros para as pessoas e da conservação para os recursos ambientais (SILVA; SOUZA, 2015).

No cultivo de plantas medicinais é evidenciado o papel da mulher no âmbito familiar, em relação aos cuidados e da saúde, por meio da alimentação. A identidade como mulher, trabalhadora da agricultura está em compasso com a identidade de mãe, cuidadora da prole e de responsável pelo cumprimento das demandas domésticas. O cultivo, manejo e uso de plantas medicinais, enquanto atividades produtivas para o autoconsumo, geralmente são exercidas pelas mulheres. Nesse processo produtivo as mulheres agregam um significado à vida, diante do conhecimento de cultivar dezenas de plantas medicinais (RODRIGUES, 2014).

Dessa forma, comunidades tradicionais possuem um amplo conhecimento relacionado ao potencial curativo dos vegetais. Os informadores devem ser tratados como especialistas, pois são dotados de conhecimentos e fenômenos que nos são desconhecidos e que buscamos compreender. No Brasil, onde a diversidade de espécies vegetais é muito ampla, bem como possui grande riqueza cultural e muitas etnias, o uso popular de plantas medicinais é muito relevante (SOUSA; SANTOS; ROCHA, 2019). Destaca-se o uso de cidreira (*Melissa officinalis*), hortelã (*Mentha piperita*) e mil-folhas (*Achillea millefolium*), que juntas com várias outras, constituíam a bases para os remédios caseiros” (FERRO, 2015).

3.4.2 As práticas integrativas e complementares

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2005), as práticas com plantas medicinais são relatadas em todo o mundo e fazem parte de um extenso campo de medicina milenar. De acordo com registros do Ministério da Saúde do Brasil, no congresso ocorrido em Pequim no ano de 2008 a OMS debateu sobre a importância da medicina tradicional para a saúde das populações. Entre outras recomendações, destacou que no conhecimento da medicina tradicional, os tratamentos e práticas devem ser respeitados, preservados e amplamente divulgados, e que os governos têm responsabilidade pela saúde de sua população e formulação das políticas nacionais, regulamentos e normas dos sistemas de saúde que sejam abrangentes, e garantam a adequada, segura e efetiva utilização da medicina tradicional; os governos devem estabelecer sistemas de qualificação, acreditação ou licenciamento dos praticantes da medicina tradicional; e a comunicação entre a medicina tradicional e a convencional deve ser reforçada (BRASIL, 2012).

No Brasil, as políticas públicas que tratam deste tema estão em concordância com o conceito e a perspectiva desenvolvidos pela OMS. Dentre elas está a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

A Política Nacional das Plantas Medicinais e dos Fitoterápicos com suas diretrizes, busca promover e reconhecer as práticas tradicionais da população com uso das plantas medicinais e remédios caseiros. Em sua diretriz de número cinco, fala em fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social, incluindo medidas como: resgatar e valorizar esse conhecimento e promover a troca de informações, entre todos os envolvidos, além de estimular a participação popular na criação de hortos de espécies medicinais (BRASIL, 2006).

Dessa forma, a medicina complementar surge como modelo de saúde que propõe a associação das medicinas convencional e tradicional, sem supremacia entre elas, nasceu a partir da aproximação entre as medicinas tradicional e convencional, deixando de ser um modelo de “um ou outro” e passando a “um e outro” e, apesar dessa aproximação, o modelo convencional permanece hegemônico, utilizando práticas alternativas de forma complementar (BRASIL, 2018b).

A adesão a tratamentos alternativos na assistência à saúde pode possibilitar o alcance de melhores resultados no que diz respeito ao processo saúde-doença. Apesar da desconfiança, a confiabilidade desses métodos não convencionais é crescente, porque reconhecem o indivíduo em todas as suas dimensões e instituem tratamentos menos agressivos, com efeitos mais harmônicos ao organismo (BARBOSA *et al.*, 2004).

Nesse contexto, surgem as Prática Integrativas Complementares – PICS, oficializadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da PNPIC, aprovada pela Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. De acordo com a OMS são definidas como medicinas tradicionais e complementares, portanto, a PNPIC oferta serviços e produtos de homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, além de constituir observatórios de medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia (BRASIL, 2018b).

A aprovação da PNPIC proporcionou a oferta de serviços da PICS no país, com a ampliação de serviços cadastrados, e o estímulo da diversidade terapêutica no SUS (SOUSA *et al.*, 2012). Todavia, desde a sua aprovação, permanecem dificuldades que refletem na baixa institucionalização da política, como a ausência de incentivo ao seu financiamento e insuficiência de profissionais (SILVA *et al.*, 2020).

Entre os anos de 2017 e 2018, a PNPIC elevou o número de recursos terapêuticos aprovados, com possibilidade de oferta no SUS como por exemplo, a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais (BRASIL, 2018a), além da Medicina Tradicional Chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo-crenoterapia.

A incorporação de políticas relacionadas a medicina tradicional é observada em todo Brasil e tem apresentado diversos resultados positivos ou não, primordialmente no âmbito da atenção primária em saúde. Entretanto, apresenta-se como um desafio para a gestão e equipes multiprofissionais na sua efetivação (PLÁCIDO *et al.*, 2019).

Além de médicos, vários profissionais da saúde, como enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos entre outros, são capacitados para o uso das práticas integrativas e complementares.

De acordo com Silva e Feitosa (2018), questões relativas ao déficit de conhecimento dos profissionais de saúde perante o tratamento e o descrédito destas alternativas têm sido as mais citadas entre os pesquisadores da área de trabalho em saúde.

Nesse sentido, o fomento aos conhecimentos sobre as PIC, bem como o incentivo aos profissionais, por meio da educação permanente, pode ser medidas eficazes na consubstanciação e ampliação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do SUS (RUELA *et al.*, 2019).

Mas não se pode deixar de enfatizar que apesar das dificuldades encontradas para sua implementação, as políticas de incremento da medicina tradicional na medicina convencional são importantes dentro do cenário da Amazônia, haja vista que é uma região que possui uma extensa biodiversidade, povos, populações e comunidades que apresentam particularidades de costumes, valores repassados entre as gerações (PEREIRA; COELHO-FERREIRA, 2017).

Simultaneamente a isso, as comunidades tradicionais articulam-se para superar as dificuldades resultantes da carência de bens e serviços, por meio de solidariedade e ajuda mútua entre os comunitários, com práticas baseadas em conhecimentos tradicionais que possibilitem superar a doença. Essas práticas representam a solidificação dos laços de parentescos e fortificam a organização social, política e cultural dessas populações (LIRA; CHAVES, 2016).

4 A SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO

O direito à saúde é um direito fundamental estabelecido pela Constituição da República Federativa do Brasil desde 1988. Em seu artigo 196, torna-se referência como uma política de direitos, reafirmando que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, o direito à saúde é pressuposto para que o indivíduo consiga prosseguir por mais direitos, sejam eles fundamentais ou não, mais que lhe possibilitem bem-estar, de acordo com as suas prioridades (SOUZA, 2010).

É fundamental que a utilização dos recursos econômicos disponíveis, bem como o estabelecimento das condições de vida e de trabalho, tenha como prioridade a busca do bem-estar para todos. O conceito de saúde emana da necessidade ética de dar prioridade à pessoa humana e às exigências de sua dignidade sem qualquer espécie de discriminação (BRASIL, 2003).

Dessa forma, o acesso à saúde deve ser proporcionado pelo Estado, e este, pode ser reivindicado pela sociedade, uma vez que os entes federativos possuem responsabilidade solidária podendo ser acionados de forma simultânea ou isolada para a prestação do serviço de saúde pública (SOUZA, 2010).

Contudo, por muitos anos, o Estado limitava-se a promover ações para o controle de epidemias (SANTOS *et al.*, 2010). Entretanto, o crescimento desorganizado das cidades, a dificuldade de acesso ao tratamento de doenças e a ausência de medidas eficientes de prevenção na saúde da população fizeram com que o país padecesse com alto número de doenças (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

Em 1900, o Brasil passou por grandes problemas de saúde pública, onde a população estava exposta a inúmeras doenças. Emilio Ribas em São Paulo e Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro se sobressaíram na luta junto à saúde pública. Em 1904 ocorreu a Revolta da Vacina no Rio de Janeiro, este fato foi a primeira intervenção histórica da sociedade civil nos problemas de saúde pública do país. Esse movimento trouxe mudanças no Departamento Nacional de Saúde Pública (PITTA, 2010).

Com a Lei Eloi Chaves em 1923, a assistência à saúde foi associada à contribuição dos trabalhadores brasileiros à previdência social, criando as Caixas de Aposentadorias e Pensões -CAPS (SANTOS *et al.*, 2020).

Em 1930, as CAPS foram segmentadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões-IAPs, em 1953 foi criado o Ministério da Saúde e, em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência social INPS, que em 1978 foi transformado em Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social -INAMPS (PITTA, 2010).

Entre 1923 a 1988, apenas àqueles que contribuíam com a previdência tinham direito à saúde pública no Brasil (SANTOS *et al.*, 2020), o restante da população era atendido pelas Santas Casas de Misericórdia que eram instituições de caridade gerenciadas pela igreja católica.

Nesse contexto, os movimentos sociais tornaram-se mais estruturados e organizados e a luta pela saúde tornou-se um objetivo primordial de diferentes sujeitos priorizando a busca de direitos fundamentais e restituição da democracia (SANTOS *et al.*, 2020). Dessa forma, pode-se afirmar que o nascimento do SUS foi proveniente do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira da década de 70 que resistia à ditadura militar e reivindicava por melhores condições de vida da população e pela democratização da saúde.

A aversão da população brasileira contra as desigualdades e a mercantilização da saúde fez com que a 8ª Conferência Nacional da Saúde em 1986, fosse referência na história das políticas públicas do país, assim, suas propostas foram oficializadas em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, enfatizando que a saúde é direito de todo cidadão (SOUTO; OLIVEIRA, 2016). O relatório desta Conferência aponta que:

O Direito à saúde, significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida, e de acesso universal e igualitário, às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (CNS, 1986, p.12).

Dessa forma, em 1988, a Constituição Federal aprovou a criação do SUS que em seu texto constitucional apresentando o objetivo principal do Movimento da Reforma Sanitária de garantir a inclusão social através de um sistema universal, que atendesse a todos os cidadãos sem distinção (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

Em 1990, foram aprovadas duas leis que implementam diretrizes de organização desse sistema, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a

promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e a lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990).

As ações de saúde eram centralizadas no nível federal, até sua regularização. Os programas foram construídos a partir do perfil epidemiológico do país e executados por estados e municípios. A descentralização objetivou a distribuição das responsabilidades pelas ações e pelos serviços de saúde para os municípios, tornando as três esferas governamentais (federal, estadual e municipal) responsáveis pelo desenvolvimento, pela coordenação, pela implantação e pela avaliação dos programas de saúde (SOLHA, 2014).

Atualmente o Sistema Único de Saúde possui um relevante desafio de alcançar as populações mais vulneráveis, a exemplo, das comunidades ribeirinhas. Diante disso, estabeleceram-se planos para diminuição das desigualdades no acesso aos serviços de saúde com políticas de equidade, com o objetivo de atender as demandas de saúde dessas populações. A consolidação da Atenção Primária em Saúde (APS) representa uma oportunidade de integração dessas pessoas na assistência realizada pelo SUS, tendo em vista que é por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) que deve ocorrer o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, representando a porta de entrada da rede de serviços (BRASIL *et al.*, 2016).

Apesar da oferta gratuita da saúde, o que se observa é a dificuldade de universalização do acesso, em especial, das comunidades mais afastadas que não dispõem do auxílio do Estado para a execução de serviços básicos de saúde, educação e transporte, isso se deve a fatores como a grande extensão territorial do país, falta de profissionais capacitados, insuficiência de recursos e má gestão da administração pública (DOMINGOS; GONÇALVES, 2019).

Para Luchesse *et al.* (2004), políticas públicas são um conjunto de disposições, medidas e estratégias que refletem a orientação política do Estado e estabelecem as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. Define-se também, como ações do governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos.

As políticas públicas de saúde fazem parte do campo de ação social do Estado para melhorar as condições de saúde de uma população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Tem como função organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESI *et al.*, 2004).

Nesse sentido, o Estado, quando criador das políticas públicas, nas ações de programar, organizar, limitar e direcionar a atividade social deve estabelecer o caráter prioritário de destinação de verbas do poder público:

Política pública é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial – visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. Como tipo ideal, a política pública deve visar a realização de objetivos definidos, expressando a seleção de prioridades, a reserva de meios necessários à sua consecução e o intervalo de tempo em que se espera o atingimento dos resultados (BUCCI, 2006, p. 39).

Nesse sentido é de responsabilidade do Estado o reconhecimento do direito à saúde como um direito humano social fundamental, e, portanto, realizar as ações necessárias para possibilitar à população a usufruir do mais alto padrão possível de saúde física e mental (MOUTINHO e DALLARI, 2019).

A análise de políticas públicas contribui para o aperfeiçoamento da formulação, decisão e posterior implementação de uma ação pública:

O problema público está para a doença, assim como a política pública está para o tratamento. Metaforicamente, a doença (problema público) precisa ser diagnosticada, para então ser dada uma prescrição médica de tratamento (política pública), que pode ser um remédio, uma dieta, exercícios físicos, cirurgias, tratamento psicológico, entre outros (instrumentos de política pública) (SECCHI, 2016, p. 5).

As políticas públicas de saúde, foram decorrentes da inter-relação da sociedade civil com os atores políticos do país, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS), uma conquista de movimentos sociais que apoiavam a democratização da saúde e sua reorganização (SANTOS *et al.*, 2020).

O sistema de saúde brasileiro passou por vários períodos de transformações, iniciados ao longo dos séculos XX e XXI, mas foi a partir de 1990 que ocorreu uma aceleração desse processo, com a publicação de portarias, leis e outras formas jurídicas, objetivando proporcionar o processo de implementação do SUS (SOLHA, 2014).

No quadro 03, foi realizado uma breve descrição das políticas públicas de saúde existentes no país que tem influenciado diretamente o serviço de saúde, em destaque, as relacionadas a este estudo. Tais políticas públicas surgiram após a implementação do Sistema Único de Saúde-SUS, a política pública brasileira de maior impacto na vida dos cidadãos brasileiros.

Quadro 03 – Cronologia das Políticas públicas de saúde

ANO	POLÍTICA	BREVE DESCRIÇÃO
1999	Política Nacional de Medicamentos Genéricos	Promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais
2003	Política Nacional de Humanização (PNH)	Baseia-se respeito, nos direitos e no atendimento humanizado
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)	Ampliação do olhar sobre a saúde da mulher
2005	Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	Garantir os direitos relacionados à saúde sexual e reprodutiva da população
2006	Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)	Atuar diante de fatores de riscos e educação em saúde
2006	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)	Atuar na saúde do idoso
2006	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)	Atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada na humanização e na integralidade do indivíduo
2006	A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos	Promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais e remédios caseiros
2007	Política Nacional sobre o Álcool e veiculação de campanhas sobre o uso abusivo	Redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade
2009	Política Nacional de Atenção à Saúde Integral do Homem (PNAISH)	Atuar na saúde do homem
2011	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	Estabelece a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
2011	Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)	Institui a Rede de Atenção às Urgências (RAU)
2011	Política Nacional de Saúde Integral das populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)	Melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam suas especificidades
2011	Política Nacional de saúde da população (LGBT)	Promover a saúde integral dessa população, eliminando a discriminação e o preconceito institucionais e contribuindo para a redução das desigualdades.
2012	Política de saúde do trabalhador	Definir os princípios, diretrizes e estratégias pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador

ANO	POLÍTICA	BREVE DESCRIÇÃO
2013	Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)	Diretrizes para organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)
2013	Programa Mais Médicos (PMM)	Enfrentar o problema histórico da falta de médicos aprimorar a Atenção Básica no Brasil, principalmente nas regiões mais carentes.
2015	Política Nacional de Ação Integral à Saúde da criança (PNAISC)	Promover e proteger a saúde da criança e dar condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

Fonte: SOLHA (2014); SANTOS *et al.* (2020) com adaptações.

De acordo com as políticas públicas apresentadas, observa-se que as lutas sociais foram importantes instrumentos para se conseguir o direito à saúde atualmente estabelecido. A pressão ao Estado por melhores condições e cuidado com a saúde fez com que fossem criadas tais políticas para melhorar a saúde dos cidadãos brasileiros. Apesar desse cuidado ser um direito de todo cidadão e dever do Estado, muito ainda pode ser feito para melhorar a saúde das regiões ribeirinhas, a exemplo de Arapixuna, como fomentar as práticas populares de cuidados tradicionais que esses povos possuem e promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios decorrentes do acesso aos recursos genéticos de plantas medicinais ao conhecimento tradicional associado.

4.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Em 1988, a Constituição Federal aprovou a criação do SUS que em seu texto constitucional apresenta o objetivo principal do Movimento da Reforma Sanitária de garantir a inclusão social através de um sistema universal, que atendesse a todos os cidadãos sem distinção (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

O SUS é conhecido como a política pública brasileira de maior repercussão social, apesar de todas as dificuldades. Faz parte do desenvolvimento social do país traduzindo vários momentos históricos, foi criado pela Lei nº 8.080, ou “Lei Orgânica da Saúde” de 19 de setembro de 1990, demonstrando o princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1990).

O SUS compreende um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, formando uma rede hierarquizada, descentralizada, a partir de diretrizes de universalidade de acesso aos serviços, da igualdade ao acesso sem distinção no tratamento, da integralidade no atendimento do ser humano como um todo e, na equidade da assistência, visando a prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Nesse sentido, o SUS possui uma estrutura integrada na promoção dos direitos básicos de cidadania, inserindo-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, englobando, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (BRASIL, 2011).

Os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) são a Universalização que preconiza que a saúde é um direito de todos e cabe ao Estado assegurar este direito, independentemente de sexo, raça, ocupação, características sociais ou pessoais ; a Equidade indicando que as pessoas não são iguais, logo é preciso investir mais onde a carência é maior e, a Integralidade que considera a pessoa como um todo, enfatizando ações como a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2021).

A universalidade pressupõe que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e suas respectivas ações, sem qualquer obstáculo de natureza legal, econômica, física ou cultural. A equidade, oportuniza a concretização da justiça, com a prestação de serviços e, a integralidade destina-se a reforçar as ações intersetoriais e a construção de uma nova administração no gerenciamento das políticas públicas. (PAIM e SILVA, 2010)

Quanto aos principais serviços oferecidos pelo SUS destaca-se a assistência à população de forma individual e coletiva, através de Rede de Atenção à Saúde (RAS), com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis, com para vigilância em saúde, vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, alimentação, nutrição, atenção à pessoa portadora de deficiência, saúde da criança, adolescente, mulher e homem, procedimentos de consultas, exames, urgências, emergências, internações, cirurgias, transplantes, entre outros (CARVALHO, 2013).

Anteriormente ao SUS, apenas os brasileiros ligados ao mercado formal de trabalho tinham acesso à assistência médica da previdência social, no entanto, o restante da população deveria pagar pelos serviços médicos hospitalares ou buscar atendimento em Instituições filantrópicas, postos e hospitais de Estados e municípios (PAIM, 2009).

Diante disso, objetivou-se garantir a inclusão social através de um sistema universal, que atendesse a todos os cidadãos sem diferenciação. Para isso, foram aprovadas as leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que versa sobre as condições para garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde; e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que aborda a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990).

Mesmo diante dos avanços obtidos com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos 30 anos, ainda existem limitações de acesso aos serviços de saúde, principalmente nas regiões mais pobres do país. Esse fato é intensificado pelo aumento da demanda decorrente de um quadro epidemiológico e sanitário, que se interpõe ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, e da incidência de doenças infecciosas epidêmicas (OPAS, 2018).

Historicamente, populações rurais em todo mundo são destituídas de condições favoráveis à melhoria da qualidade de vida, o que inclui o acesso à educação, saúde, água potável e saneamento (GUIMARÃES *et al.*, 2021).

Para diminuir as desigualdades sociais existentes nesse meio, algumas estratégias desenvolvidas pelo SUS que possibilitaram avanços no acesso a saúde pelas populações ribeirinhas foram a implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Portaria MS/GM nº 2.488/2011 e Portaria MS/GM nº 2.490/2011). De acordo com a PNAB, os municípios da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul podem optar entre dois arranjos organizacionais para Equipes de Saúde da Família: as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas -ESFR e as Equipes de Saúde da Família Fluviais -ESFF (GUIMARÃES *et al.*, 2021).

Outra importante conquista para essas populações foi a Política Nacional de Saúde Integral das populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) que visa reconhecer as diferentes realidades dessas populações e seus territórios. Através desse reconhecimento, é preciso criar estratégias, conforme as especificidades das populações e do território, de modo a fortalecer os vínculos entre os serviços e as populações, estabelecendo articulação e diálogo permanentes entre os/as gestores/as do SUS, profissionais de saúde e a população (BRASIL, 2022).

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1 Caracterização do estudo

O estudo tem caráter descritivo, exploratório com abordagem quantitativa. De acordo com Gil *et al.* (2002), a pesquisa descritiva tem como propósito a descrição de determinada população ou fenômeno. A pesquisa quantitativa considera a “[...] coleta de informações e o tratamento dos dados são caracterizados pelo uso da quantificação, isto é, de técnicas estatísticas (percentagem, média, desvio padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão etc.)” (ASSIS, 2019, p. 14).

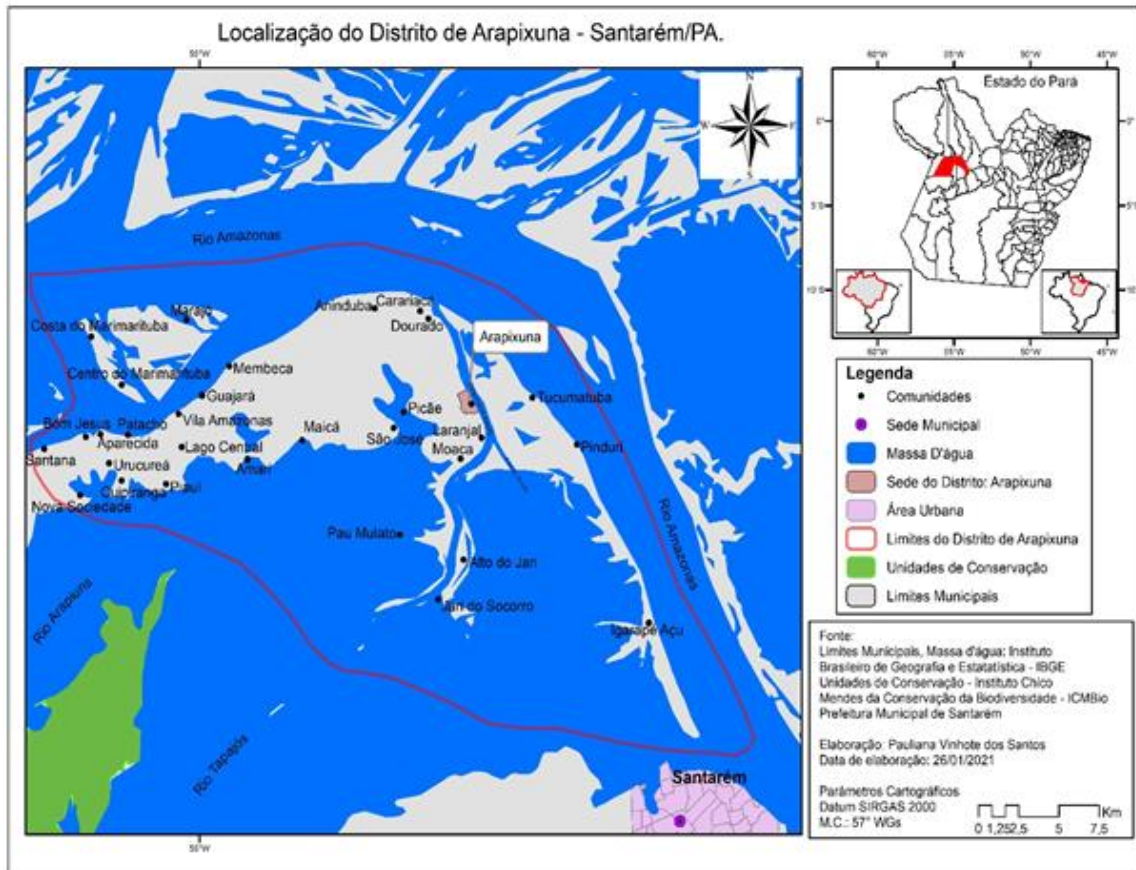
A pesquisa foi realizada em duas etapas: a primeira constituiu-se em uma fase exploratória, para a construção do perfil sociodemográfico da comunidade e ainda, verificar a ocorrência de registro de doenças nos quatro anos na comunidade, a fim de conhecer os agravos mais prevalentes e a presença ou não de cuidados tradicionais identificados pelos profissionais da saúde.

A segunda etapa, constituiu-se de uma fase mais descritiva, uma vez que buscou-se aprofundar o conhecimento sobre a temática, mergulhando no universo vivido para conhecer as práticas e saberes produzidos.

5.2 Local de estudo

O Distrito de Arapixuna localiza-se em Santarém-Pará (Figura 6, pag. 54), situado à margem direita do rio Amazonas, com coordenadas de latitude 2°14'9"S e de longitude 54°50'0"W, possui uma população composta por 735 famílias, aproximadamente 2.324 pessoas, divididas em 31 comunidades, sendo que 10 comunidades (Arapixuna sede, Carariacá, Dourado, Tucumatuba, Jari do Socorro, Alto Jari, Laranjal, Pinduru, Picãe, São José) são de abrangência da Estratégia Saúde da Família (SEMSA, 2022). O local para realização do estudo foi a ESF da comunidade de Arapixuna, localizada na vila de Arapixuna S/N, CEP 68005-270.

Figura 6 – Mapa de localização do Distrito Arapixuna



Fonte: IBGE, 2016. Elaboração: SANTOS, 2021.

A escolha do local para este estudo deveu-se ser uma comunidade ribeirinha que possui raízes culturais tradicionais repassadas entre gerações, por estar em constante transformações devido a influência da vida urbana do município de Santarém e ao fato de estar próximo a este município.

5.3 Participantes

Os participantes da pesquisa foram selecionados a partir da consulta das fichas de cadastro individual e domiciliar existente na ESF. Observou-se que a ESF Arapixuna acompanha em sua comunidade sede através do Programa Saúde da Família, 199 famílias, o que equivale a aproximadamente 651 pessoas em sua sede.

Dessa forma, foram avaliadas 100 fichas de cadastro individual, selecionadas a partir de 100 famílias, destas foram selecionadas 01(um) integrante de cada família e, a partir destes, foram selecionados aleatoriamente para a entrevista 21 participantes acima de 18 anos, nativos da localidade, com residência fixa na comunidade sede do Distrito. Foram excluídos da

pesquisa, os participantes que tiveram sua ficha individual selecionada e não estavam presentes na comunidade no período de desenvolvimento do mesmo.

5.4 Coleta de dados

Inicialmente, pensou-se em fazer um questionário com os participantes da pesquisa para a obtenção do perfil sociodemográfico, estimou-se um quantitativo de 100 pessoas. No entanto, devido a pandemia por Covid-19, este quantitativo tornou-se inviável, mesmo solicitando que os participantes viessem até a ESF de forma fracionada. Diante disso, optou-se pela busca dos dados pelos prontuários dos usuários da ESF de Arapixuna e de suas fichas de cadastro individuais e domiciliares.

A coleta de dados da primeira etapa da pesquisa ocorreu em dezembro de 2021. Para a apreensão dos dados, foram aplicados como instrumento, um formulário para a caracterização dos usuários da ESF (APÊNDICE A) contendo variáveis como: sexo, idade, cor, profissão, religião, naturalidade, escolaridade, renda familiar, moradia e saneamento, para a construção do perfil sociodemográfico da comunidade.

Foi realizado ainda, a avaliação de 154 prontuários de usuários da ESF, com informações do período de 2018 a 2021 para verificar as principais doenças ocorridas na região nos últimos quatro anos e a existência ou não do registro do tratamento dessas, com o saber tradicional.

A segunda etapa, ocorreu em janeiro de 2022, para tanto, foi utilizado um roteiro de entrevista (APÊNDICE B) contendo questões inerentes aos objetivos do estudo, tais como, a investigação das principais doenças presentes na comunidade, bem como as estratégias utilizadas para enfrentá-las.

5.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram organizados e armazenados em tabelas, com o auxílio do *software Microsoft® Excel* e, posteriormente, analisados. A análise estatística foi realizada por meio de operações da estatística descritiva e análise percentual. Os dados foram expostos em tabelas, quadros e gráficos criados com a utilização do *software Microsoft® Excel*.

5.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com os princípios descritos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que descreve as normas para as pesquisas que envolvem seres humanos. Este se encontra aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade do Estado do Pará - campus XII sob o número do parecer 5.136.142, CAAE 53067221.0.0000.5168 (ANEXO B).

Devido a situação de pandemia vivenciada atualmente, foi seguido o Plano de Biossegurança da UFOPA para COVID-19, levando o resultado de teste molecular negativo para COVID-19 para a realização do estudo. No entanto, a segunda etapa da pesquisa teve de ser modificada devido ao avanço do número de casos de COVID-19 na região, inclusive da pesquisadora que teve o teste positivo para esta doença.

Diante dessa realidade, foi contactado um dos agentes Comunitários de Saúde da ESF de Arapixuna, para auxiliar na parte da entrevista aplicada aos participantes. Este colaborador foi devidamente orientado para a realização da mesma, em área aberta, e ainda, quanto a utilização do uso de máscara, álcool à 70%, para a higienização das mãos e manutenção do distanciamento social do participante.

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização sociodemográfica

Verifica-se na Tabela 1, que a amostra do estudo é composta de 50% de pessoas do sexo masculino e 50% feminino, predominando a faixa etária de 54 a 65 anos (30%), de etnia autodeclarada parda (70%), com ensino médio completo (45%) e renda familiar de 1 salário-mínimo. A profissão mais relatada foi a de lavrador (31%).

Tabela 1 – Perfil socioeconômico dos moradores da comunidade de Arapixuna em Santarém -Pará, Brasil (n=100)

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	50	50
Masculino	50	50
Faixa etária		
18-29	11	11
30-41	18	18
42-53	29	29
54-65	30	30
66-89	12	12
Raça/etnia autodeclarada		
Branco	29	29
Pardo	70	70
Negro	1	1
Indígena	0	0
Amarelo	0	0
Escolaridade		
Não alfabetizado	3	3
Ensino Fundamental Incompleto	36	36
Ensino Fundamental Completo	9	9
Ensino médio Incompleto	2	2
Ensino Médio Completo	45	45
Ensino Superior incompleto	1	1
Ensino Superior Completo	4	4
Profissão		
Açougueiro	1	1
Aposentado	27	27
Estudante	1	1
Construtor civil	2	2
Eletricista	1	1
Lavrador	31	31
Manicure	1	1
Marítimo	1	1
Pastor	2	2
Pescador	23	23
Professor	3	3
Revendedor	1	1

Variáveis	N	%
Servente	1	1
Serviços gerais	1	1
Vigilante	4	4
Renda Familiar		
< 1 salário mínimo	40	40
1 salário mínimo	42	42
2-4 salário mínimo	18	18
TOTAL	100	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

Quanto as condições de habitação dos moradores da comunidade de Arapixuna (Tabela 2), verifica-se que o tipo de residência predominante é a casa própria (96%), construída de alvenaria (60%), quatro cômodos (63%), residindo de quatro a seis habitantes no domicílio (55%).

Tabela 2 – Condições de habitação dos moradores da comunidade de Arapixuna em Santarém – Pará, Brasil (n=100)

Variáveis	N	%
Tipo de residência		
Própria	96	96
Alugada	2	2
Cedida	2	2
Característica da moradia		
Madeira	21	21
Alvenaria	60	60
Mista	19	19
Número de cômodos		
1	0	0
2	1	1
3	19	19
4	63	63
5	14	14
6	3	3
Número de residentes no domicílio		
Até 3	35	35
4 a 6	55	55
acima de 7	10	10
TOTAL	100	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

De acordo com as condições de Saneamento Básico dos domicílios dos moradores da comunidade (Tabela 3, pag. 59), o tipo de instalação sanitária predominante é de cerâmica (73%), o destino do esgoto é a fossa séptica (77%), o destino do lixo se dá pela queima (95%), a água é procedente de microssistema (89%) e o tratamento da água para consumo é clorada em casa (39%).

Tabela 3 – Condições de Saneamento básico dos domicílios dos moradores da comunidade de Arapixuna em Santarém -Pará, Brasil (n=100)

Variáveis	N	%
Tipo de instalação sanitária		
Não possui	0	0
Cerâmica	73	73
Madeira	23	23
Outro	4	4
Destino do esgoto		
Fossa séptica	77	77
Fossa negra	23	23
Vala ao céu aberto	0	0
Destino do lixo		
Coleta	0	0
Enterra	10	10
Queima	85	85
Joga no rio	0	0
Joga em área aberta	5	5
Procedência da água		
Rede pública	0	0
Microsistema	89	89
Poço ou nascente	11	11
Rio	0	0
Tratamento da água para consumo		
Fervida	0	0
Filtrada	33	33
Clorada em casa	39	39
Mineral	0	0
Não tratada	28	28
TOTAL	100	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

Na tabela 4 (pag. 60), observa-se que a religião predominante dos moradores de Arapixuna é a católica (60%).

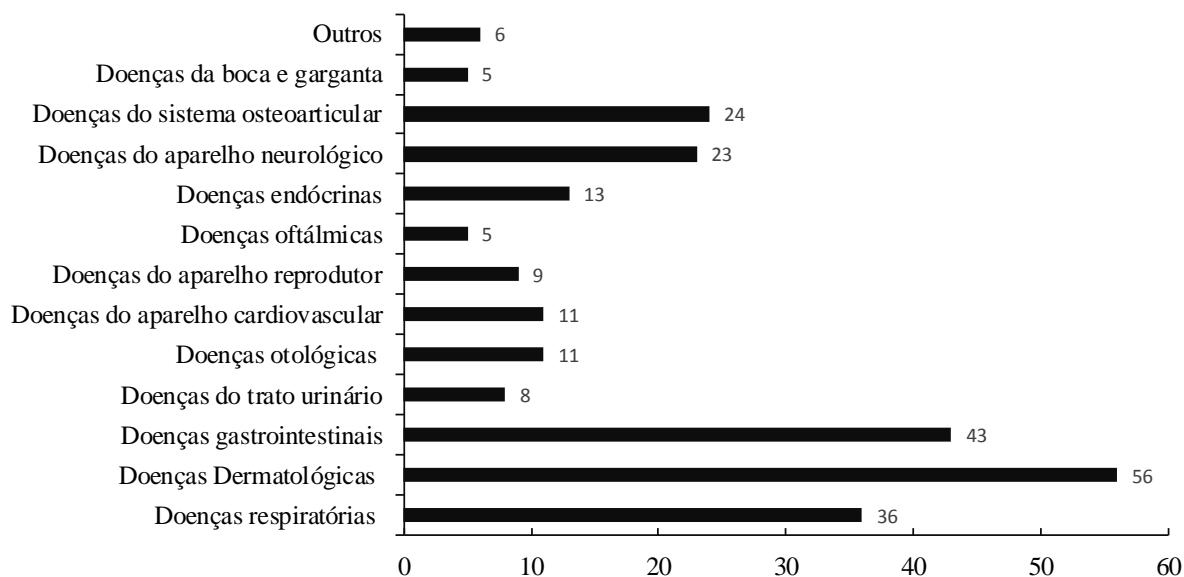
Tabela 4 – Religião dos moradores da comunidade de Arapixuna em Santarém -Pará, Brasil (n=100)

Religião	N	%
Ateísta	2	2
Católico	60	60
Católico não praticante	29	29
Protestante (evangélico)	9	9
Espírita	0	0
Outra religião	0	0
TOTAL	100	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

6.2 Problemas de saúde da comunidade

Os principais problemas de saúde encontrados na comunidade sede de Arapixuna entre os anos de 2018 a 2021, descritos em seus prontuários foram as doenças dermatológicas, seguidas das gastrointestinais, respiratórias, osteoarticulares, neurológicas, endócrinas, cardiovasculares, otológicas, aparelho reprodutor, trato urinário, oftálmicas, boca e garganta entre outros, conforme a figura 7.

Figura 7 – Principais problemas de Saúde dos moradores da comunidade de Arapixuna em Santarém -Pará, Brasil (2018-2021)

Fonte: Dados dos prontuários da comunidade de Arapixuna.

O perfil dos 21 moradores entrevistados evidencia que a maioria é do sexo feminino 57,1%, faixa etária entre 30-41 anos (33,3%), seguida de 66-89 anos (28,6%) e que 71,4% se autodeclararam pardos, conforme tabela 5 (pag. 61).

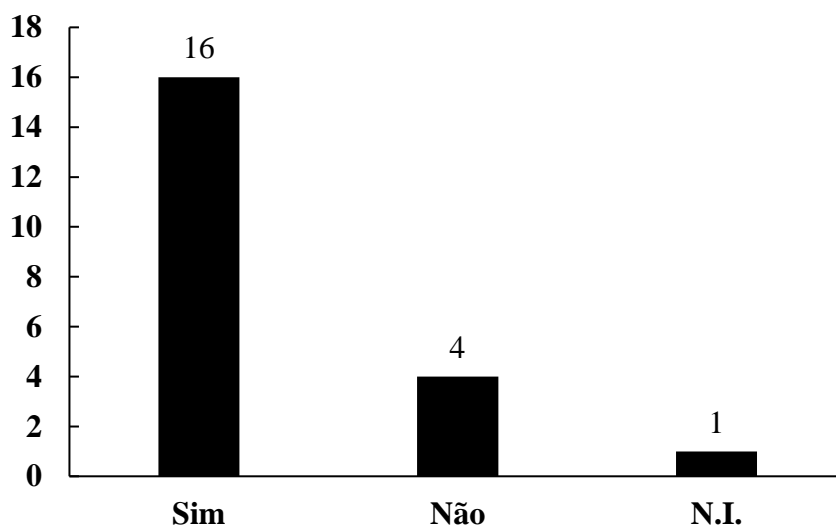
Tabela 5 – Perfil dos entrevistados da comunidade de Arapixuna em Santarém -Pará, Brasil (n=21)

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	12	57.1
Masculino	09	42.9
Faixa etária		
18-29	01	4.8
30-41	07	33.3
42-53	02	9.5
54-65	02	9.5
66-89	06	28.6
N.I.	03	14.3
Raça/etnia autodeclarada		
Branco	06	28.6
Pardo	15	71.4
Negro	-	0
Indígena	-	0
Amarelo	-	0
TOTAL	21	100

N.I.: Não informado

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

Quando os moradores da comunidade foram questionados se atualmente apresentam algum problema de saúde, a maioria (16) respondeu que sim (Figura 8). Os principais problemas relatados foram problemas de memória, dor na coluna lombar, lesão ligamentar do joelho, cansaço, falta de apetite, pressão alta, diabetes, reumatismo, infecção em um dos pés, ansiedade, hipertensão portal/ varizes esofágicas, problema de audição, reumatismo na coluna, deficiência física de nascimento.

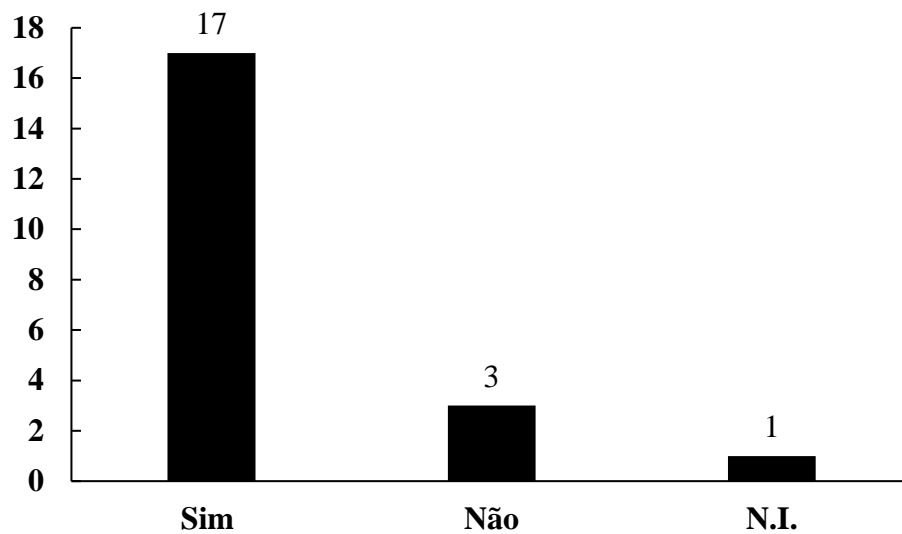
Figura 8 – Moradores que atualmente possuem algum problema de saúde na comunidade de Arapixuna em Santarém -Pará, Brasil (n=21)

N.I.: Não informado

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

Quando perguntados se apresentaram algum problema de saúde nos últimos anos a maioria relatou que sim (17), desse total, os problemas relatados foram Covid-19 (5), síndrome gripal (1), diabetes (2), “pressão alta” (2), problema nos pés (1), ansiedade (1), depressão (1), doença autoimune (1), acidente com fratura (1), pneumonia (1) e reumatismo (1), conforme a figura 9.

Figura 9 – Moradores que apresentaram algum problema de saúde nos últimos anos (n=21)



N.I.: Não informado

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

Durante a entrevista foram investigados os problemas de saúde e o uso da medicina tradicional na comunidade. Nesse contexto, todos os entrevistados (100%), responderam que utilizam a medicina tradicional ou o seu saber do cotidiano para cuidar do corpo a fim de evitar ou tratar problemas de saúde (Tabela 6, pag. 63).

Ainda conforme a tabela 6, quando perguntado se os entrevistados têm conseguido cuidar do corpo e resolver seus problemas de saúde com o uso de tratamentos tradicionais, (57,1%) respondeu que não conseguem e quando questionados se existem outras pessoas com problemas de saúde no domicílio, ocorreu uma similaridade nas respostas, pois (52,4%) responderam que não, e (47,6%) responderam que sim.

Tabela 6 – Contexto sobre os problemas de saúde e o uso da medicina tradicional dos entrevistados da comunidade de Arapixuna em Santarém – Pará, Brasil (n=21)

Variáveis	n	%
Você utiliza a medicina tradicional ou o seu saber do cotidiano para cuidar do corpo a fim de evitar ou tratar problema de saúde?		
Sim	21	100
Não	0	0
Você tem conseguido cuidar do corpo e resolver os problemas de saúde com o uso de tratamentos tradicionais?		
Sim	09	42.9
Não	12	57.1
Na sua casa existem outras pessoas com problemas de saúde?		
Sim	10	47.6
Não	11	52.4
TOTAL	21	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

O estudo também procurou investigar se os moradores procuram primeiro seu saber tradicional ou a unidade de saúde localizada na comunidade. Das 21 pessoas entrevistadas a maior parte respondeu que utiliza primeiramente seu saber tradicional (19), seguido de UBS (1) e dependendo da situação um ou outro (1).

Os principais recursos terapêuticos tradicionais verbalizados por moradores de Arapixuna para seu cuidado foram: chá de boldo, caminhada, chá da guia do maracujá, xarope caseiro, banha de animal, massagem, chá de cidreira, chá de casca de pau mulato e sara tudo, banho vaginal com cascas travosas como barbatimão, caju branco, chá de amora, água de alho, banho caseiro, frito de cascas travas, pomada caseira feita de plantas medicinais, chá de folha de graviola, leite de sucuba com mel, chá de cumarú, chá de plantas medicinais e xarope com casca e folhas com mel de abelha e caldo de limão, massagem com banhas. As principais plantas medicinais relatadas são apresentadas na tabela 7.

Tabela 7 – Plantas medicinais relatadas por moradores de Arapixuna com seus nomes populares, científicos, família, parte utilizada e indicação terapêutica.

Nome popular	Nome científico	Família	Indicação	Parte utilizada
Boldo	<i>Plectranthus</i> sp	Lamiaceae	Chá para estômago e fígado	Folhas
Erva cidreira	<i>Melissa officinalis</i>	Lamiaceae	Chá calmante, digestivo	Folhas
Barbatimão	<i>Stryphnodendron barbatiman</i>	Fabaceae	Chá, pomada ou banhos de assento.	Casca
Amora	<i>Morus nigra</i> L.	Moraceae	Antioxidante, hipoglicemiante, antiinflamatória e antimicrobiana	Folha, casca e frutos

Nome popular	Nome científico	Família	Indicação	Parte utilizada
Graviola	<i>Annona muricata</i> L.	Annonaceae	O chá das folhas é sedativo, expectorante e broncodilatador	Folhas
Cumaru	<i>Dipteryx odorata</i>	Fabaceae	Afecções pulmonares, tosses, asma, bronquite	Casca
Sara tudo	<i>Justicia acuminatissima</i>	Acanthaceae	Chá da casca inflamações uterinas, hemorragias, próstata, diarreia, dores no estômago e intestino.	Casca
Pau mulato	<i>Calycophyllum spruceanum</i>	Rubiaceae	Chá da casca cicatrizante, antimicótico, antioxidante, repelente e inseticida	Casca
Sucuba	<i>Himatanthus sucuuba</i>	Apocynaceae	Antibacteriana, antiinflamatória, antimicrobiana, antirreumático,	Látex, casca, folha.
Maracujá	<i>Passiflora edulis Sims</i>	Passifloraceae	Ansiedade, depressão e insônia.	Chá, folhas frescas, flores, fruto
Capim santo ou capim limão	<i>Cymbopogon citratus Stapf</i>	Poaceae	Chá das folhas, Cólica, febre, dor abdominal, calmante	Folhas

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

Esta pesquisa não objetivou um estudo etnobotânico, ou levantar a comprovação científica das plantas medicinais utilizadas pela comunidade, mas sim, conhecer as práticas medicinais tradicionais de cuidados com a saúde que os moradores de Arapixuna, assumem como importantes no tratamento de doenças. Na figura 10 (pag. 65), pode-se observar algumas plantas encontradas nos quintais das casas dos participantes da pesquisa.

Figura 10 – Plantas encontradas nos quintais das casas dos participantes da pesquisa



Legenda: **A** – *Plectranthus* sp (Boldo). **B** – *Cymbopogon citratus* Stapf (Capim santo ou capim limão). **C** – *Annona muricata* L. (Graviola)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

A utilização de plantas medicinais é muito frequente em inúmeras culturas, grande parte do potencial terapêutico das plantas medicinais ainda são desconhecidos, portanto, se faz necessário o investimento em pesquisas, objetivando a descoberta de novas moléculas com potencial terapêutico. Estudos de validação quanto ao uso medicinal das plantas são de fundamental importância como ferramenta de validação do conhecimento tradicional, garantindo a eficácia e a segurança da aplicação destes como agente terapêutico (ROCHA *et al.*, 2021).

7 DISCUSSÃO

O conceito de espaço e território em Milton Santos possibilitou transformar o foco de atenção, anteriormente centrado na doença, para os determinantes sociais das condições de saúde. A apropriação social do espaço, produz territórios e territorialidades propícias à disseminação de determinadas enfermidades. Um recorte territorial revela as condições de acesso aos serviços de saúde, a exposição a fatores de risco, exclusão socioespacial e os fatores determinantes das situações de saúde dos grupos sociais (FARIA e BORTOTOLLOZI, 2009).

Dessa forma, os indicadores sociodemográficos e epidemiológicos apresentam aspectos que proporcionam a análise da qualidade de vida da população. Os resultados da avaliação desses indicadores, pode auxiliar na implementação de programas que possibilitem melhorar a qualidade da saúde das populações envolvidas.

Nessa perspectiva, o perfil sociodemográfico apresentado neste estudo foi produzido a partir das 100 fichas de cadastro individual da sede da comunidade, a amostra foi composta de uma equivalência do sexo masculino e feminino. Desses, foram selecionados 21 usuários para a entrevista, havendo predomínio do gênero feminino. Os achados do presente estudo, corroboram com os resultados de Costa e colaboradores (2021), onde a maioria dos entrevistados foram mulheres.

A predominância feminina dos moradores entrevistados pode ser fundamentada pelo maior comprometimento das mulheres com os cuidados com a família bem como, disponibilidade das mulheres em responder ao questionário. As mulheres parecem ter um importante papel nos afazeres domésticos, usam as plantas medicinais nas suas práticas de cuidados (ARAÚJO, 2018).

Nos estudos de Bagata (2018) com mulheres da comunidade Santa Rosa do Mentai Reserva Extrativista (Resex) Tapajós/Arapiuns ao serem questionadas sobre onde procuram auxílio quando elas ou alguém da família estão doentes, as mulheres apontaram tanto a unidade de saúde, quanto os benzedeiros, os puxadores ou “pessoas que entendam”, evidenciando que a medicina e as práticas populares de cuidado convivem no mesmo espaço.

A profissão mais encontrada na comunidade foi a de lavrador. De acordo com os estudos de Fernandes (2019), a base econômica da população de Arapixuna, consiste na pesca, na agricultura de subsistência e mercantil e na pecuária. Os rendimentos financeiros se complementam com aposentados, pensionistas e comércio local.

Em Arapixuna o tipo residência ou casa própria é predominante, corroborando com os estudos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, a PNAD Contínua 2019, onde revelou que a maioria dos domicílios particulares permanentes do País, 66,4% (48,1 milhões) eram próprios já pagos (IBGE,2020).

Os serviços de saneamento básico tais como: abastecimento de água, presença de banheiro e esgotamento sanitário, destino do lixo, procedência da água e seu tratamento para consumo humano são de extrema relevância para a melhoria das condições de vida e saúde da população, visto que podem evitar doenças.

Para Silva e colaboradores (2019), o saneamento básico influencia diretamente no controle e na redução de doenças relacionadas à água interferindo na saúde pública das comunidades ribeirinhas amazônicas, evitando assim, milhões de mortes anualmente.

O abastecimento precário de água na Região Norte, repercute diretamente na saúde pública dos ribeirinhos e mesmo com a abundância de recursos hídricos na região, a água disponível para consumo é imprópria, impactando na saúde da população ribeirinha (BATISTA *et al.*, 2021).

A água na comunidade de Arapixuna é procedente em sua maioria do Microsistema tratada com cloro na própria residência, o cloro é disponibilizado na forma de hipoclorito pela Unidade de saúde, divergindo dos estudos de Santos e colaboradores (2020), que avaliaram duas vilas de Itupiranga no interior do Pará, onde as águas provenientes dos poços são a única fonte de abastecimento de água e encontram-se inapropriadas para o consumo humano.

Verifica-se que o destino do lixo dos domicílios no Brasil é principalmente feito por meio de coleta direta por serviço de limpeza. Os dados da PNAD Contínua mostram que essa modalidade, além de ser a principal, vem, gradativamente, aumentando, em 2019 chegou a 84,4%, existem outras modalidades de coleta como a realizada em caçamba de serviço de limpeza (7,0%), a queima do lixo na propriedade (7,4%) e outro destino (1,2%) (IBGE, 2020).

Em Arapixuna, como não existe coleta de lixo, os resíduos em sua maioria acabam sendo queimados e em alguns casos jogados a céu aberto, ou enterrados. A queima libera dióxido de carbono na atmosfera, causando danos ao meio ambiente e na saúde dos moradores.

Este fato, também foi encontrado nos estudos de Santos e colaboradores (2020) que investigou a percepção e a geograficidade dos ribeirinhos sobre o espaço vivido e seu modo de vida em Sacaí, Roraima, e nos estudos de Tavares e colaboradores (2021), onde os entrevistados

justificaram incinerar seus resíduos por não possuir orientação e/ou incentivo necessário para a reciclagem do lixo.

Para Castro e colaboradores (2020), atualmente os resíduos sólidos estão entre os problemas de saúde ambiental das comunidades ribeirinhas, visto que com o aumento da renda dessa população, por meio de programas sociais do governo, aumentou o consumo de produtos e serviços, e conseqüentemente a geração desses resíduos não foi acompanhada pela cobertura dos serviços de saneamento.

Os principais problemas de saúde registrados nos prontuários de Arapixuna entre os anos de 2018 à 2021 foram as doenças dermatológicas, principalmente as dermatites. Este termo é muito abrangente e não foi encontrado o registro de qual dermatite se tratava. Sabe-se que dermatite significa inflamação na pele que pode atingir várias áreas do corpo em qualquer idade, apresentando diferentes tipos como por exemplo: dermatite de contato, dermatite alérgica, dermatite atópica, dermatite seborreica, dermatite herpetiforme e dermatite ocre etc.

Este resultado vai de encontro com os achados da entrevista, onde foi perguntado se os moradores apresentaram algum problema de saúde nos últimos anos e a maioria relatou problemas como Covid-19, síndrome gripal, diabetes, hipertensão arterial, problema nos pés, ansiedade, depressão, doença autoimune, acidente com fratura, pneumonia e reumatismo. No entanto, observou-se que nenhum entrevistado relatou qualquer doença dermatológica nesse período.

Para Feitoza (2021), algumas condições das populações ribeirinhas podem corroborar com o surgimento de doenças na pele como por exemplo, o clima quente e úmido favorecendo a transmissão de microrganismos; as condições de habitação com famílias numerosas em pequenos espaços, ocasionando maior facilidade de contágio; a falta de acesso ao saneamento básico e coleta de resíduos sólidos e ainda, as atividades econômicas ligadas a agricultura e extrativismo que favorecem o contato diário e prolongado com o solo e água.

Ainda com relação à pesquisa nos prontuários da Unidade de Saúde de Arapixuna, verificou-se que depois das dermatites, as doenças gastrointestinais foram as mais registradas. Observa-se que essas doenças são recorrentes em diversas comunidades do país, especialmente nas amazônicas e ribeirinhas, podendo ser atribuído devido a inexistência de serviços de tratamento de água e esgoto nesses locais. Este fato corrobora com estudos de Gomes e Bandeira (2012) que constataram na comunidade quilombola do Raso da Catarina na Bahia, a falta de políticas públicas voltadas para o saneamento básico, evidenciando os casos de verminoses e diarreia comuns nessas populações.

Outro importante achado da pesquisa nos prontuários da Unidade de Saúde, foram os poucos registros do saber popular, sendo encontrado apenas dois registros. Para e Silva e Feitosa (2018) o descrédito dos profissionais a essas práticas populares de cuidado ocorre devido ao déficit de conhecimento das mesmas. Assim, é necessário fomento aos profissionais da saúde através da educação permanente para a ampliação das PICs (RUELA *et al.*, 2019).

Para Silveira e Ramires (2014), os profissionais de saúde não sabem lidar e não dispõem de informações precisas quanto ao uso de plantas medicinais e que uma boa forma de abordar esse tema é adaptá-lo para a realidade da população local.

Quando questionados se apresentaram algum problema de saúde nos últimos anos, cinco moradores da comunidade relataram Covid-19, evidenciando-se assim, a interiorização da pandemia de Covid-19 nas comunidades ribeirinhas. Gama e colaboradores (2020) destacam as condições de moradia deficitárias caracterizadas pelo número desproporcional de cômodos para a quantidade de pessoas da residência, com todos os integrantes da família dormindo no mesmo cômodo.

Outro fato a considerar é o baixo poder aquisitivo dos ribeirinhos que produzem alimentos para a sua subsistência e vendem o excedente. Muitos idosos ribeirinhos recebem auxílios financeiros como aposentadorias, pensões, bolsa família, auxílio emergencial e precisam se deslocar até a cidade formando grandes aglomerações, com isso, tornam-se potenciais fonte de transmissão do SARS-CoV-2 (CASTRO *et al.*, 2020).

Diferentemente, nos estudos de Gama e colaboradores (2018) o principal problema de saúde encontrado foi a dor em geral (45,2%), explicado pela atividade laboral exercida por ribeirinhos que sobrevivem da agricultura e pesca. Já nos estudos de Zeni e colaboradores (2017), destacaram-se as primeiramente as “doenças do aparelho circulatório” (23,2%), e em seguida “doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” (13,1%).

De acordo com as falas dos moradores de Arapixuna, a Unidade Saúde é procurada pelos moradores por vários motivos, estes incluem vacinação, realização de exame preventivo (PCCU), quando os remédios caseiros não conseguem controlar a doença, quando o problema de saúde é grave, para o recebimento de medicamentos para hipertensão, para orientações de saúde, e em caso de dor.

Apesar de todos os entrevistados utilizarem o seu saber popular para o seu autocuidado, 57,1 % respondeu que não conseguem resolver seus problemas de saúde com o uso de tratamentos tradicionais, e quando perguntados em que situações os tratamentos tradicionais não tem eficácia a maioria respondeu que geralmente nos casos graves ou quando

a doença está em estágio mais avançado, apenas um participante respondeu que o tratamento é sempre eficaz e deve ser feito de acordo com a doença: *“Tem sim eficácia, é muito bom, principalmente quando é feita certo para a doença”* (Participante da pesquisa).

De acordo com os estudos de Araújo (2018), nos casos de doenças menos complexas, recorre-se ao uso de plantas medicinais através de remédios caseiros indicados por familiares, vizinhos ou por um líder religioso, mas também, procura-se o posto de saúde.

Diante disso, percebe-se que a Medicina oficial e a Medicina popular andam lado a lado. Para Bagata (2018), o uso dos processos de cura e intervenção, médico e popular, se dão de várias formas, há quem procure primeiramente um benzedor e, se não for de sua competência, procuram o serviço de saúde. Outros procuram inicialmente o serviço de saúde e em seguida, o benzedor. Há ainda, quem procure somente o serviço de saúde e há quem recorra apenas ao benzedor, logo esses saberes e práticas são hierarquizados por cada indivíduo à sua maneira, cultura e necessidade.

Em Arapixuna, a maioria dos moradores procuram primeiro seu saber tradicional para resolver seus problemas de saúde, porque acreditam na sua eficácia. Os principais recursos terapêuticos populares encontrados neste estudo foram chás, xarope e os banhos produzidos a partir de plantas medicinais, além de banhas de animal e as massagens. Este dado também foi observado nos estudos de Siqueira e colaboradores (2006), enfatizando que os chás caseiros foram os recursos mais destacados, embora outros como banhos, emplastos, alimentos e benzeduras, tenham sido relatados.

As plantas utilizadas para as práticas do cuidado são cultivadas no próprio quintal, geralmente pelas mulheres que cuidam de suas famílias e detêm o saber passado entre gerações. Achados semelhantes foram encontrados nos estudos de Zeni e colaboradores (2017) e Bagata (2018), onde os entrevistados a maioria eram mulheres e faziam o uso de plantas medicinais cultivadas no quintal das suas casas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou investigar quais as práticas medicinais tradicionais de cuidados com a saúde que moradores da comunidade Arapixuna, no interior da Amazônia, atribuem como importantes no tratamento de doenças.

Percebeu-se que o uso do saber tradicional ainda é muito popular entre os entrevistados para cuidar de si e de sua família. Os principais recursos terapêuticos mencionados foram os chás, os banhos, os xaropes, a banha de animal e massagens, e as plantas medicinais utilizadas são cultivadas por mulheres em seus próprios quintais.

As práticas da medicina tradicional são utilizadas pelos moradores da comunidade mesmo com a existência da ESF, ou seja, tanto os recursos populares utilizados por eles, quanto os medicamentos alopáticos disponíveis na Unidade de Saúde, convivem lado a lado, no entanto, o saber popular é o primeiro recurso utilizado antes da procura pela Unidade de Saúde, como acontece em muitas comunidades ribeirinhas da Amazônia.

Estas práticas estão ligadas a aspectos socioculturais, transmitidos entre gerações no meio familiar ou na comunidade e a comprovação empírica desses recursos são baseadas em vivências anteriores, contribuindo para sua aceitação e utilidade.

Uma vez que o estudo foi desenvolvido em meio à pandemia pelo COVID-19, este foi o agravo à saúde mais mencionado pelos participantes, contudo, nos prontuários médicos de 2018 a 2021 analisados as dermatites foram mais mencionadas, decorrentes em geral das condições sanitárias desfavoráveis da comunidade. Nos prontuários observou-se apenas o registro de dois episódios de uso do saber popular, talvez por não ter sido relatado ou por não ter sido considerado pelo profissional da saúde na hora do registro.

As principais limitações da pesquisa, foram o número reduzido de participantes, pois não foi possível entrevistar uma maior quantidade de pessoas por conta da pandemia de Covid-19 e a pouca informação registrada nos prontuários quanto ao uso do saber popular. Mesmo com esta dificuldade, a pesquisa alcançou seus objetivos, pois conheceu as práticas medicinais tradicionais de cuidados com a saúde importantes para moradores da comunidade, apresentou o perfil sociodemográfico e as principais doenças presentes na comunidade.

Dessa forma, a importância dos conhecimentos locais que as populações tradicionais ribeirinhas possuem, dialogados nesta pesquisa, poderão contribuir com os serviços de saúde ao produzir e socializar os conhecimentos sobre as realidades das pessoas que vivem

nessas regiões e ainda, auxiliar na formulação de futuras ações que possam corroborar para a qualidade da saúde da comunidade.

A pesquisa possui ainda, um caráter interdisciplinar, pois permite a discussão das relações do homem consigo mesmo, com sua saúde, com o ambiente e a sociedade.

Espera-se assim, que a Universidade, através de seus projetos de pesquisa possa contribuir com novos estudos sobre o assunto, tanto no estudo da fitoterapia, fomentando a pesquisa, o desenvolvimento tecnológico e inovação com base na biodiversidade amazônica, quanto no estreitamento das relações humanas entre os profissionais de saúde e a comunidade de Arapixuna que possuem valores e potencialidades que necessitam ser levados em consideração para construção de forma compartilhada do seu plano terapêutico de cuidado.

REFERÊNCIAS

ABREU, Regina; NUNES, Nina Lys. Tecendo a tradição e valorizando o conhecimento tradicional na Amazônia: o caso da "linha do tucum". **Horizontes Antropológicos**, v. 18, n. 38, p. 15-43, 2012.

ALBARRACÍN, Daniel Gonzalo **Eslava. Saúde-doença na enfermagem: entre o senso comum e o bom senso**. 2001. 219 f. Tese (Doutorado em enfermagem em saúde pública) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2001.

ALVES, Paulo César B.; RABELO, Miriam Cristina. **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Editora Fiocruz, 1998. ISBN:8573161515. DOI:<https://doi.org/10.7476/9788575414040>.

ARAÚJO, Adonias Pereira de; JORDY FILHO, Salim; FONSECA, Walmor Nogueira da. A vegetação da Amazônia brasileira. In: **Simpósio do Trópico Úmido**. Belém: EMBRAPA-CPATU v. 1, 1984.

ARAÚJO, Kristiane Alves. **Conhecimento local e o uso de plantas medicinais em Boa Vista/Roraima-novas estratégias em saúde coletiva**. 2018. 170 f. Tese (Doutorado em em Biodiversidade e Conservação) – Universidade Estadual do Amazonas, Manaus, Pará, 2018.

ASSIS, Maria Cristina de. **Metodologia do Trabalho Científico**. 2019. Disponível em: <https://cupdf.com/document/metodologia-do-trabalho-cientifico-maria-cristina-de-assis.html> Acesso em: 19 nov. 2021.

AZEVEDO, Marcello de C. Comunidades eclesias de base e inculturação da fé: A realidade das CEBs e sua tematização teórica, na perspectiva de uma evangelização inculturada. **Fé e realidade**. São Paulo: Loyola, 1986.

BAGATA, Layla de Cassia Bezerra. **Cuidado em saúde de mulheres ribeirinhas: relações de saber-poder no interior da Amazônia**. 2018. 112 f. Dissertação (mestrado em Ciências da Sociedade) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Sociedade, Universidade Federal do Oeste do Pará, Santarém, 2018.

BARBOSA, Maria Alves *et al.* Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.12, n. 1, p. 38-43, jan/abr, 2004.

BATISTA, Vanessa de Almeida *et al.* Tecnologias sociais voltadas para o saneamento básico de comunidades ribeirinhas na Amazônia. **Revista Brasileira de Gestão Ambiental e Sustentabilidade**, v. 8, n. 19, p. 909-920, 2021.

BRASIL, Gisele de Brito *et al.* Modo de vida ribeirinho e a longitudinalidade do cuidado na atenção primária em saúde. **Saúde (Santa Maria)**, v. 42, n. 1, p. 31-38, 2016. DOI: 10.5902/2236583417186.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.** Departamento de Assistência Farmacêutica (Série B. Textos Básicos em Saúde). Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos.** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fitoterapia_no_sus.pdf. Acesso em: 02 fev 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde : Coleção Para Entender a Gestão do SUS.** Brasília : CONASS, 2011. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf. Acesso em: 01 nov. 2021.

BRASIL. Decreto n° 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a política nacional de desenvolvimento sustentável dos povos e comunidades tradicionais. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 7 fev. 2007.** Disponível em: [www. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm). Acesso em: 11 fev. 2021.

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). **Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 11 out 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da **VIII Conferência Nacional de Saúde-CNS, 1986.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **10ª Conferência Nacional de Saúde.** Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília-DF, set. 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_10.pdf. Acesso em 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários.** Alma-Ata, URSS, 12 set. 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 18 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.** Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF), 2011 out 27; Seção 2:28. Disponível

em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, Brasília, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**/Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 31. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCTs)** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_integral_campo_floresta.pdf ISBN 978-65-5993-131-6. Acesso em 5 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde**. Brasília, 2018b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTM0Ng==>. Acesso em 5 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Dez. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/sus-estrutura-principios-e-como-funciona#:~:text=Universaliza%C3%A7%C3%A3o%20a%20sa%C3%BAde%20C3%A9%20um,outras%20caracter%C3%ADsticas%20sociais%20ou%20pessoais>. Acesso em: 22 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito sanitário e saúde pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde**; Márcio Iorio Aranha (Org.) – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf. Acesso em: 22 ago. 2021.

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

CAMARGO, Maria Thereza Lemos de Arruda. A garrafada na medicina popular: uma revisão historiográfica. **Dominguezia**, v. 27, p. 41-49, 2011.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil**. Estud. av., São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.

CASTRO, Fernanda Farias de *et al.* Idosos ribeirinhos da Amazônia Brasileira no enfrentamento da covid-19. In: Santana RF (Org.). **Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Editora ABEn; p 131-138, 2020. (Serie Enfermagem e Pandemias, 2). Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c20>. Acesso em: 10 mar. 2022.

CHAVES, M. P. S. R. **Uma experiência de pesquisa-ação para gestão comunitária de tecnologias apropriadas na Amazônia: o estudo de caso do assentamento de Reforma Agrária Iporá**. 2001. 207 f. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Geociências, Campinas, SP, 2001.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Seção 1., n.12, p. 59, 13 jun. 2013.

COSTA, Ruth Silva Lima *et al.* Uso de plantas medicinais por indivíduos de uma comunidade do Acre. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. e30610917968-e30610917968, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17968>. Acesso em: 30 mar. 2022.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº. 1.638, de 10 de julho de 2002**. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Diário Oficial da União, 9 ago. 2002.

DA-GLORIA, Pedro; PIPERATA, Barbara A. Modos de vida dos ribeirinhos da Amazônia sob uma abordagem biocultural. **Ciência e Cultura**, v. 71, n. 2, p. 45-51, abr./jun, 2019.

DIAS, Mariana Andreotti; MENDONÇA, Francisco. Alternatividades em saúde humana e a geografia da saúde. **Hygeia**, v. 16, p. 264 – 281, 2020. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/56781/30063>. Acesso em: 22 fev. 2021.

DIEGUES, Antônio Carlos *et al.* **Saberes tradicionais e biodiversidade no Brasil**. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2000.

DOMINGOS, Isabela Moreira; GONÇALVES, Rubén Miranda. População ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde. **Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito**, v. 11, n. 1, p. 99-108, 2019.

FARIA, Rivaldo Mauro; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da saúde no. **Raega - O Espaço Geográfico em Análise**, [S.l.], v. 17, jun. 2009. ISSN 2177-2738. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/raega/article/view/11995/10663>>. Acesso em: 03 jul. 2021. doi:<https://dx.doi.org/10.5380/raega.v17i0.11995>.

FEITOZA, Raisa Ilena Caranhas. **Dermatologia tropical na população ribeirinha**. Cursos de Atenção à Saúde da População Ribeirinha.1.ed. Manaus, AM: Universidade do Estado do Amazonas – UEA, 2021. Disponível em:

https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/23856/1/E-book_Unidade_DermatologiaTropical_Final_ISBN.pdf. Acesso em: 10 mar. 2022.

FERNANDES, Franciane de Paula. **Atenção primária à saúde: práticas profissionais diferenciadas (Arapixuna, Santarém-Pa)**. 2019. 203 f. Tese (Doutorado em Sociedade, Natureza e Desenvolvimento) – Programa de Pós-graduação em Sociedade, Natureza e Desenvolvimento, Universidade Federal do Oeste do Pará, Santarém, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufopa.edu.br/jspui/handle/123456789/82>. Acesso em: 21 de nov 2020.

FERRO, Giacomo. Cultivando a saúde: uma história de mulheres e fitomedicamentos num assentamento do MST no estado de São Paulo. **Revista Fitos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 1-72, jan-mar. 2015.

FRAXE, Therezinha JP; PEREIRA, Henrique S.; WITKOSKI, Antônio Carlos (Ed.). **Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais**. Manaus: EDUA; 2007.

GAMA, Abel Santiago Muri *et al.* Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00002817, 2018.

GIL, Antônio Carlos *et al.* **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOHN, Maria da Glória. **Movimentos Sociais e Educação**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

GOMES, Thiago Bezerra e BANDEIRA, Fábio Pedro Souza de Ferreira. Uso e diversidade de plantas medicinais em uma comunidade quilombola no Raso da Catarina, Bahia. *Acta Botanica Brasilica*. v. 26, n. 4, p. 796-809, 2012.

GUIMARÃES, Ananias Facundes *et al.* Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 11, 2020.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/downloads-geociencias.html>. Acesso:10 Fev 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios contínua 2012-2019**. 2020. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf. Acesso em 12 fev 2022.

LANGDON, Esther Jean; FOLLÉR, Maj-Lis; MALUF, Sônia Weidner. Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais. **Anuário Antropológico**, v. 37, n. 1, p. 51-89, 2012.

LEFF, Enrique. **Epistemologia ambiental**. Tradução de Sandra Valenzuela. Revisão técnica de Paulo Freire Vieira. São Paulo: Cortez, 2000.

LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa. **Estratégias para o desenvolvimento de ações em saúde na população ribeirinha**. 1.ed. Ebook. Universidade do Estado do Amazonas, 2021. Disponível em: https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/publicacoes/e-book_unidade_estrategias_final_isbn.pdf. Acesso em 12 fev 2022.

LIRA, Talita de Melo; CHAVES, Maria do Perpétuo Socorro Rodrigues. Comunidades ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. **Interações (Campo Grande)**, v. 17, p. 66-76, jan./mar. 2016.

LUCCHESI, Patrícia TR *et al.* **Políticas públicas em saúde pública**. Patrícia T. R. Lucchese, coord., Dayse Santos Aguiar, Tatiana Vargas, Luciana Dias de Lima, Rosana Magalhães, Giselle Lavinias Monerat. São Paulo: Bireme/OPAS/OMS, v. 90, 2004.

LUZ, Madel T. **Natural racional, social. Razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

MANDU, Edir Nei Teixeira; SILVA, Graciete Borges da. Recursos e estratégias em saúde: saberes e práticas de mulheres dos segmentos populares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, p. 15-21, 2000.

MARTA, Ilda Estefani Ribeiro *et al.* Benzimentos e benzedeadas: um estudo etnográfico sobre recursos terapêuticos tradicionais. **CIAIQ2019**, v. 2, p. 1080-1089, 2019. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2222>. Acesso em: 20 set 2020.

MORAN, Emílio. **A Ecologia Humana das Populações da Amazônia**. São Paulo: Vozes, 1990.

MOUTINHO, D. V.; DALLARI, S. G. Financiamento do direito à saúde e novo regime fiscal: a inconstitucionalidade do Artigo 110 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 68-90, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/158499>. Acesso em: 19 jun. 2022.

OLIVEIRA, Patrícia de Sousa. **Plantas medicinais numa comunidade rural assentada no município de Cordeirópolis- SP: etnofarmacologia e educação**. 2010. 101 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Biologia, Campinas, SP, 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Tradicional Medicine Strategy 2002-2005**. Genebra: WHO, 2002

OMS. Organização Mundial da Saúde. **WHO Estratégia de Medicina tradicional 2014-2023**. Geneve: World Health Organization, 2013.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?**. Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>. Acesso em: 22 mar. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM Jairnilson Silva., SILVA Ligia Maria Vieira da. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. BIS, Bol Inst Saúde. v.12 n.2 São Paulo ago. 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/5975/1/Paim%20JS.%202010%20Artigo2.pdf>. Acesso em: 25 Ago 2021.

PASSOS, Márcia Maria Barros dos *et al.* A disseminação cultural das garrafadas no Brasil: um paralelo entre medicina popular e legislação sanitária. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 248-262, 2018.

PEREIRA, A. C. dos S.; CUNHA, M. das G. C. Medicina popular e saberes tradicionais sobre as propriedades medicinais da flora cerradeira. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 11, n. 21, p. 126 - 137, 28 dez. 2015.

PEREIRA, Maria das Graças da Silva; COELHO-FERREIRA, Márlia. Uso e diversidade de plantas medicinais em uma comunidade quilombola na Amazônia Oriental, Abaetetuba, Pará. **Biota Amazônia (Biote Amazonie, Biota Amazonia, Amazonian Biota)**, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 57-68, set. 2017. ISSN 2179-5746. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/biota/article/view/2902>. Acesso em: 04 jul. 2021.

PIRES, Maria Jaidene; NEVES, Rita de Cássia Maria; FIALHO, Vânia. Saberes Tradicionais e Biomedicina: reflexões a partir da experiência dos Xukuru do Ororubá, PE. **Revista Antropológicas**, v. 27, n. 2, 2016.

PITTA, Aurea Maria da Rocha. O balanço de um século da saúde pública no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.4, p.127-130, 2010.

PLÁCIDO, André Lima *et al.* Percepção dos Gestores das Unidades Básicas de Saúde Sobre as Práticas Integrativas e Complementares. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 13, n. 43, p. 865-872, 2019.

PULGA, Vanderléia Laodete. Contribuições do movimento de mulheres camponesas para a formação em saúde. **Trabalho, educação e saúde**, v. 11, n. 3, p. 573-590, set./dez. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462013000300007>. Acesso em 23 abr 21.

RIBEIRO, Palmira Margarida Ribeiro da Costa *et al.* **Práticas de cura popular: uso de plantas medicinais e fitoterapia no Ponto de Cultura 'Os Tesouros da Terra' e na Rede Fitovida na região serrana-Lumiar/Rio de Janeiro (1970-2010)**. 133 f. 2014. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, FIOCRUZ, 2014.

RODRIGUES, Mariana Leal. O “resgate” das plantas medicinais para “retirar” as mulheres de casa: a experiência da Comissão Saúde e Alimentação do Polo Sindical da Borborema, na Paraíba. **Vivência: Revista de Antropologia**, v. 1, n. 43, 2014.

RUELA, Ludmila de Oliveira., *et al.* Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4239-4250, 2019.

SANTOS, C. R. G.; SALGADO, M. S.; PIMENTEL, M. A. S. **Ribeirinhos da Amazônia: Modo de vida e relação com a natureza**, 2012. Disponível em: [www.uniara.com.br/legado/nupedor2012/trabalhos/sessao 3/sessao 3D/03Cassio Santos.pdf](http://www.uniara.com.br/legado/nupedor2012/trabalhos/sessao%203/sessao%203D/03Cassio%20Santos.pdf). Acesso em: 12 jan. 2021.

SANTOS, Éder Rodrigues *et al.* Geograficidade amazônica: A percepção do lugar dos ribeirinhos de Sacaí, Baixo Rio Branco-RR. **ACTA GEOGRÁFICA**, v. 14, n. 35, p. 48-63, 2020.

SANTOS, Irailde Ferreira; GABRIEL, Mariana; MELLO, Tatiana Ribeiro Campos. Sistema único de saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. **Humanidades & Inovação**, v. 7, n. 5, p. 381-391, 2020.

SCHERER, Elenise. Mosaico Terra-Água: a vulnerabilidade social ribeirinha na Amazônia-Brasil. In: **VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais**, Coimbra. 2004. p. 16-18.

SCOPEL, Daniel Scopel; DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva; WIIK, Flávio Braune. Cosmologia e Intermedicalidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios Munduruku do Amazonas, Brasil. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 173-190, mar. 2012.

SECCHI, Leonardo. Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

SEMSA. Secretaria Municipal de Saúde de Santarém. **Perfil da área de atuação de ESF e EACS conforme PEC/Ministério da Saúde**, 2022.

SILVA, Augusto Santana Palma; FEITOSA, Sheila Torres. Revisão sistemática evidencia baixo nível de conhecimento acerca da política nacional de práticas integrativas e complementares por parte de gestores e profissionais da saúde. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 30, n. 1, p. 105-114, 2018.

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, p. 265-313, 2005.

SILVA, Georgia. **Negociações em Pauta: Práticas de Auto-atenção Conhecimento e poder no contexto Atikum**, IV Encontro Nacional, ANPPAS, Brasília, 2008. Disponível em: <https://anppas.org.br/category/encontros/>. Acesso em: 12 jan. 2021.

SILVA, G. K. F., *et al.* Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. e300110, 2020.

SILVA, I. R. **Modo de vida ribeirinho: construção da identidade Amazônica**. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, São Luiz, 8, 2017. Universidade Federal do Maranhão. Programa de pós graduação e políticas públicas, 2017.

SILVA, R. de C. M.; SOUZA, R. M. e. **Indicações das plantas medicinais no processo saúde/doença: o conhecimento tradicional em Juazeiro – Bahia.** In: WORKSHOP DE EDUCAÇÃO AMBIENTAL INTERDISCIPLINAR, 3, 2015, Paulo Roberto Ramos (org.), Petrolina. Petrolina, 2015.

SILVEIRA, Yara Maria Soares Costa da, RAMIRES, Júlio César Lima. O uso de plantas medicinais na área urbana de Montes Claros-MG: reflexões a partir da população atendida na Estratégia saúde da família do bairro Morrinhos Revista Cerrados (Unimontes), vol. 12, n. 1, dez, 2014, pg. 181-198.

SIQUEIRA, K M. *et al.* Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto & Conte.xto-Enfermagem**, v. 15, p. 68-73, mar.2006.

SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Sistema Único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas.** 1ª ed. São Paulo: Érica, 2014.

SOUSA, A. A; SANTOS, A. K. G.; ROCHA, F. D. L. J. Plantas Medicinais em Enfermagem: os saberes populares e o conhecimento científico. **Extensão em Debate**, Maceió, v. 03, n. 01, jan./jul. 2019. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/extensaoemdebate/article/view/8674/6396>. Acesso em 20 mai 21.

SOUSA, Islândia Maria Carvalho de *et al.* Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143- 2154, 2012.

SOUSA, Islândia Maria Carvalho de; HORTALE, Virginia Alonso; BODSTEIN, Regina Cele de Andrade. Medicina Tradicional Complementar e Integrativa: desafios para construir um modelo de avaliação do cuidado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3403-3412, out., 2018.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 204-218, 2016.

STEWART, Julian H. Culture areas of the tropical forest. In: STEWART, J. H. (Org.). Handbook of South American Indians. **The tropical forest tribes.** Bureau of American Ethnology Bulletin, 1948. p. 883-889,

TAVARES, Aliny Ricarda Furtado *et al.* A dificuldade de acesso ao saneamento básico nas regiões ribeirinhas do Estado do Pará e suas consequências na qualidade dos recursos hídricos: estudo de caso da Ilha das Onças. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e527101623899-e527101623899, 2021.

TAVARES, F. R. G. **Alquimistas da cura: a rede terapêutica alternativa em contextos urbanos.** Salvador. Editora UFBA, 2012.

TEIXEIRA, Iraí Maria de Campos; OLIVEIRA, Maria Waldenez de. Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 1341-1353, 2014.

UCHÔA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.

UNESCO. **Convenção para a salvaguarda do património cultural imaterial**, 2003. Disponível em: <http://www.unesco.org/culture/ich/doc/src/00009-ptportugal->. Acesso em: 13 fev. 2021.

WAWZYNIAK, João Valentin. Humanos e não-humanos no universo transformacional dos ribeirinhos do rio Tapajós–Pará. **Mediações-Revista de Ciências Sociais**, v. 17, n. 1, p. 17-32, 2012.

WEBER, Max. **Comunidade e sociedade como estruturas de socialização**. In: FERNANDES, Florestan. *Comunidade e sociedade: leituras sobre problemas conceituais, metodológicos e de aplicação*. São Paulo: Editora Nacional e Editora da USP, p. 140-143, 1973.

ZENI, Ana Lúcia Bertarello *et al.* Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2703-2712, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA O PERFIL DOS MORADORES

I-IDENTIFICAÇÃO

Nº do Participante: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Tel: _____

Naturalidade _____

Data da entrevista: _____

II-DADOS PESSOAIS

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Grupo Étnico (Cor)

() Branco () Pardo () Negro () Indígena () Amarelo

III-DADOS DA FAMÍLIA

Profissão : _____

Grau de escolaridade:

() Não Alfabetizado () Ensino fundamental Incompleto () Ensino fundamental Completo () Ensino médio Incompleto () Ensino médio Completo () Ensino Superior Incompleto () Ensino superior Completo

Renda familiar

() Menor que 1 salário () 1 Salário mínimo () 2 a 4 Salários mínimos () 5 a 7 Salário mínimos () acima de 7 Salários mínimos.

IV-CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO

Tipo de moradia

() Madeira () Alvenaria () Mista () Outros _____

Número de cômodos _____

A casa de moradia é:

Própria Alugada Cedida Outros: _____

Número de residentes no domicílio:

até 3 04 a 06 Acima de 7

Presença de animais domésticos

Sim Não

V-CONDIÇÕES DE SANEAMENTO DO DOMICÍLIO:**Vaso sanitário**

Não possui Cerâmica Madeira Outro

Destino do esgoto

Fossa séptica Fossa negra Vala a céu aberto outros

Destino do lixo

Coleta Enterra, queima, joga no rio Joga em área aberta

Procedência da água

Chuva Rede pública Poço ou nascente Rio

Tratamento de água de beber

Fervida filtrada e fervida Clorada em casa Mineral Não é tratada

VI- Em relação à religião, você diria que é:

Ateísta

Católico

Católico não praticante

Protestante (evangélico, batista, mórmon, calvinista, luterano, testemunha de Jeová ou outro)

Espírita

Praticante de religião afro-brasileira (umbanda, candomblé)

Tenho outra religião. Qual? _____

Prefiro não declarar

Entrevistador: _____

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PARTICIPANTES QUE POSSUEM OU JÁ TIVERAM DOENÇAS NOS ÚLTIMOS ANOS CUIDADAS COM O SABER TRADICIONAL

I-DADOS PESSOAIS

Iniciais do nome _____

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Grupo Étnico (Cor)

() Branco () Pardo () Negro () Indígena () Amarelo

I- Atualmente você possui algum problema de saúde? () Sim Não ()

QUAL (is): _____

II- Nos últimos anos você teve algum problema de saúde? () Sim Não ()

Se sim, qual o nome você dá para essa doença?

III- Você utiliza a medicina tradicional ou o seu saber do cotidiano para cuidar do corpo a fim de evitar ou tratar problema de saúde?

() Sim Não ()

Se sua resposta for sim, explique o que você faz (se possível especificar os cuidados e os problemas de saúde)?

IV- Na sua casa existem outras pessoas com problemas de saúde? () Sim () Não

Se sim, quem são e o que usam para cuidar desses problemas?

V – Em que situações você procura a UBS para cuidar da saúde?

VI – Você tem conseguido cuidar do corpo e resolver os problemas de saúde com o uso de tratamentos tradicionais? Sim () Não ()

Para você em que situações os tratamentos tradicionais não têm eficácia?

VII- Você procura primeiro o saber tradicional ou UBS?

Entrevistador: _____

APÊNDICE C - 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: **“CONHECIMENTOS TRADICIONAIS COMO MEDICINA POPULAR DE CUIDADO COM A SAÚDE EM ARAPIXUNA, SANTARÉM-PARÁ”**, e visa conhecer os seus saberes e práticas populares frente aos agravos à saúde, ou seja, o que é utilizado para a cura ou melhora da doença. Nossa intenção com esta pesquisa é produzir conhecimentos sobre as realidades das pessoas que vivem comunidades ribeirinhas na Amazônia, valorizar suas práticas, seus saberes e ainda auxiliar na formulação de planos e programas que possam melhorar a qualidade da saúde dessas populações. Caso você permita sua participação nesta pesquisa, será necessário que você responda a algumas perguntas em uma entrevista sobre dados pessoais, da família, moradia e também relacionadas a algum problema de saúde e o que você utilizou para o tratamento. Fique sabendo que estes procedimentos envolvem alguns riscos e desconfortos, e ao concordar em participar desta pesquisa você poderá estar exposto à invasão de privacidade; responder a questões consideradas por você sensíveis; der o autocontrole e a integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados; divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE), gastar tempo ao responder ao questionário/entrevista.

Para amenizar esse risco será estabelecido antes do início da pesquisa um clima amistoso, de confiança mútua, deixando claro aos participantes a importância de sua participação e ao mesmo tempo deixando-o(a) a vontade para não responder algum questionamento ou mesmo interromper sua participação no estudo sem nenhum constrangimento. Outro possível risco seria a divulgação de dados confidenciais (inclusive os registrados no TCLE), esse risco será amenizado garantindo que todos os dados da pesquisa e os TCLE's serão guardados em local seguro pelo pesquisador principal pelo tempo de desenvolvimento e divulgação dos resultados da pesquisa (aproximadamente por dois anos) e nenhum dado pessoal será revelado, após esse período todo o material será destruído.

Contudo por sua participação neste estudo, você terá como benefício a construção do perfil sociodemográfico e epidemiológico da comunidade e a valorização da sua cultura e do seu saber tradicional repassado entre seus familiares ao longo dos anos e a ampliação de conhecimentos sobre a medicina tradicional podendo assim estimular a sensibilização de profissionais da saúde sobre essa forma de cuidado.

Fique sabendo também que o seu anonimato será garantido durante e após esta pesquisa. Os resultados deste estudo ficarão de posse da pesquisadora 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 a pesquisadora responsável ou mesmo comitê de ética que aprovou esta pesquisa: Mirla Rêgo Ribeiro, Universidade do Estado do Pará-UEPA, contato: (93) 99186-9893.

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 d Universidade do Estado do Pará-UEPA, situado na Av. Plácido de Castro, Campus XII, Santarém-PA, CEP:68.040-090. 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 PARTICIPANTE

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.

Arapixuna-PA ____/____/____.

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

APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCDU)**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ****PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
TECNOLÓGICA****INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SOCIEDADE**

Eu, Mirla Rego Ribeiro da Universidade Federal do Oeste do Pará/UFOPA, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado Conhecimentos tradicionais como Medicina popular de cuidado com a saúde em Arapixuna, Santarém-Pará, comprometo-me com a utilização dos dados contidos nos prontuários da Estratégia de Saúde da família de Arapixuna e com os dados obtidos através de entrevistas de moradores da localidade, bem como a privacidade de seus conteúdos, afim de obtenção dos objetivos previstos.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados dos coletados, como estabelecido na Resolução CNS 466/2012 e ao publicar os resultados da pesquisa manter o anonimato das pessoas cujos dados foram pesquisados.

Esclareço que os dados a serem acessados dos prontuários da Unidade de Saúde e a entrevista com os moradores da comunidade estão previstos para o período de 01/12/2021 a 07/12/2021.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confiabilidade dos dados e a privacidade das pessoas que terão suas informações acessadas. Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados acessados nos prontuários ou coletados durante entrevista, ou parte dela, a pessoas não envolvidas na pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa.

Santarém, 06 de outubro de 2021.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'm.ribeiro'.

Mirla Rêgo Ribeiro

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ACEITE

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTARÉM
SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE

TRAV. SETE DE SETEMBRO 611 – BAIRRO: SANTA CLARA- CEP: 68005-590 – FONE: 2101-0100 – SANTARÉM/PA.

CARTA DE ACEITE

Em nome da Secretaria Municipal de Saúde declaro ter conhecimento do projeto de pesquisa intitulado **“CONHECIMENTOS TRADICIONAIS COMO MEDICINA ALTERNATIVA DE CUIDADO COM A SAÚDE NO DISTRITO DE ARAPIXUNA, SANTARÉM-PARÁ”**, de autoria da discente do Programa de Pós Graduação em Ciências da Sociedade - PPGCS, **Mirla Rêgo Ribeiro**, dando-lhe consentimento para realizar o trabalho nesta instituição e coletar dados em nossos serviços: *ESF ARAPIXUNA*, após a aprovação do projeto em questão pelo Comitê de Ética em Pesquisa, o qual é pré-requisito para o início da pesquisa.

Necessário, porém, se faz que antes da publicação dos resultados o trabalho seja apresentado a esta Secretaria Municipal de Saúde com o escopo de analisar e discutir os resultados obtidos, sendo obrigatório citar na publicação o nome da Universidade Federal do Oeste do Pará - UFOPA e da Secretaria Municipal de Saúde, como locais de realização da pesquisa.

Santarém, 16 de Junho de 2021.

Maria do Desterro Liberal Rego
ENFERMEIRA
COREN - PA: 92723

Maria do Desterro Liberal Rego
Coordenadora Divisão Técnica
Decreto 486/2021 – GAP/PMS

ANEXO B- CERTIFICADO DO CEP

UEPA - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO PARÁ - CAMPUS
XII - TAPAJÓS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTOS TRADICIONAIS COMO MEDICINA ALTERNATIVA DE CUIDADO COM A SAÚDE NO DISTRITO DE ARAPIXUNA, SANTARÉM-PA

Pesquisador: MIRLA REGO RIBEIRO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 53067221.0.0000.5168

Instituição Proponente: Universidade Federal do Oeste do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.136.142

Apresentação do Projeto:

A pesquisa de caráter descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. O local para realização deste estudo será a ESF do Distrito de Arapixuna em Santarém -PA. No qual será realizada em duas etapas: a primeira constitui uma fase exploratória, nos registros de doenças nos últimos dois anos na comunidade, a fim de conhecer os agravos mais prevalentes e a presença ou não de cuidados tradicionais identificados pelos profissionais da saúde. A busca dos dados será feita pelos prontuários dos usuários da ESF de Arapixuna e questionário fechado direcionado aos moradores nativos do Distrito, com residência fixa e idade acima de 18 anos a fim de traçar o perfil sócio demográfico e epidemiológico dos participantes da pesquisa. A segunda etapa e se pretende aprofundar o conhecimento sobre a temática, mergulhando no universo vivido para conhecer as práticas e saberes produzidos em torno dos cuidados com o corpo. Os dados serão produzidos através de um formulário para levantamento de dados nos prontuários; por questionários direcionados a moradores que tiveram algum tipo de doença nos últimos dois anos e, entrevista com moradores que atualmente possam estar doentes e utilizando o saber tradicional no tratamento. Para a apreensão dos dados, serão aplicados como instrumentos, um questionário sociodemográfico para a caracterização dos usuários da ESF contendo variáveis como: sexo, cor, profissão, religião, naturalidade, escolaridade, renda familiar, moradia e entrevista contendo questões inerentes aos objetivos do estudo, tais como, a investigação das principais doenças presentes na comunidade nos últimos dois anos, bem como as

Endereço: Av. Plácido de Castro, 1399

Bairro: Aparecida

CEP: 68.040-090

UF: PA

Município: SANTAREM

Telefone: (93)3512-8013

Fax: (93)3512-8000

E-mail: ceptapajos@uepa.br

UEPA - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO PARÁ - CAMPUS
XII - TAPAJÓS



Continuação do Parecer: 5.136.142

resultados da pesquisa (aproximadamente por dois anos) e nenhum dado pessoal será revelado, após esse período todo o material será destruído.

Benefícios: A construção do perfil sociodemográfico e epidemiológico da comunidade participante da pesquisa. A valorização da cultura e do saber tradicional repassado entre familiares ao longo dos anos e a ampliação de conhecimentos sobre a medicina tradicional podendo assim estimular a sensibilização de profissionais da saúde sobre essa forma de cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os participantes da pesquisa compreendem a população acima de 18 anos, nativos da localidade, que possuem residência fixa, que apresente ou que já apresentou algum problema de saúde nos últimos dois anos e que fez ou faz uso dos saberes tradicionais da comunidade em seu tratamento. Os dados serão produzidos através de um formulário para levantamento de dados nos prontuários; por questionários direcionados a moradores que tiveram algum tipo de doença nos últimos dois anos e, entrevista com moradores que atualmente possam estar doentes e utilizando o saber tradicional no tratamento. Os dados coletados na primeira etapa do estudo foram organizados no software Excel e tabulados por meio de operações da estatística descritiva e apresentados em forma de tabelas, gráficos e quadros. Os dados provenientes da segunda fase da pesquisa foram analisados mediante análise de conteúdo categorial. Para Bardin (2011), a análise de conteúdo é composta por um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com o objetivo de se obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção e as variáveis inferidas destas mensagens.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados e continuamos a reforçar os devidos ajustes:

Projeto (ajustado)

TCLE

TCUD (ajustado)

PB informações básicas (ajustado)

carta de aceite

folha de rosto

questionário

formulário

Endereço: Av. Plácido de Castro, 1399
Bairro: Aparecida CEP: 68.040-090
UF: PA Município: SANTAREM
Telefone: (93)3512-8013 Fax: (93)3512-8000 E-mail: ceptapajos@uepa.br

UEPA - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO PARÁ - CAMPUS
XII - TAPAJÓS



Continuação do Parecer: 5.136.142

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências sanadas

Considerações Finais a critério do CEP:

Os(As) Pesquisadores(as) deverão apresentar relatórios parciais informando sobre o andamento da pesquisa, assim como deverão apresentar um relatório final, informando se a pesquisa apresentou alguma intercorrência ética, assim como os principais resultados alcançados pela investigação. Tais relatórios devem ser submetidos a partir da Plataforma Brasil, acessando o projeto de pesquisa na janela LISTA DE PROJETOS DE PESQUISA, pelo botão "Detalhar" e então utilizando a ferramenta "Enviar Notificação".

OBS: Em virtude das condições impostas pela pandemia por covid-19, este CEP recomenda aos pesquisadores, que durante suas coletas de dados, e contato com os participantes, tomem todos os devidos cuidados e medidas protetivas, recomendadas pelas autoridades locais, como por exemplo: distanciamento social (evitar aglomerações); utilizar máscaras (oferecer máscaras para os participantes de pesquisa); utilizar álcool gel 70% (oferecer álcool gel 70% para os participantes de pesquisa); e outros.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1792426.pdf	24/11/2021 22:11:17		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	24/11/2021 22:10:23	MIRLA REGO RIBEIRO	Aceito
Outros	TCDU.pdf	17/11/2021 23:47:12	MIRLA REGO RIBEIRO	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	28/09/2021 21:58:42	MIRLA REGO RIBEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	07/08/2021 09:40:18	MIRLA REGO RIBEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cartaaceite.pdf	06/08/2021 11:21:07	MIRLA REGO RIBEIRO	Aceito
Outros	Roteiroentrevista.docx	06/08/2021 11:19:20	MIRLA REGO RIBEIRO	Aceito

Endereço: Av. Plácido de Castro, 1399
Bairro: Aparecida CEP: 68.040-090
UF: PA Município: SANTAREM
Telefone: (93)3512-8013 Fax: (93)3512-8000 E-mail: ceptapajos@uepa.br

UEPA - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO PARÁ - CAMPUS
XII - TAPAJÓS



Continuação do Parecer: 5.136.142

Outros	Questionario.docx	06/08/2021 11:18:34	MIRLA REGO RIBEIRO	Acelto
--------	-------------------	------------------------	-----------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTAREM, 30 de Novembro de 2021

Assinado por:
ELIDIANE MOREIRA KONO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Plácido de Castro, 1399
Bairro: Aparecida CEP: 68.040-090
UF: PA Município: SANTAREM
Telefone: (93)3512-8013 Fax: (93)3512-8000 E-mail: ceptapajos@uepa.br