

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA E ANTROPOLOGIA

THAÍS DE ALMEIDA COSTA

**UMA ANÁLISE SOBRE A RELAÇÃO ENTRE A COMUNIDADE BOM JESUS I E A
OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS NO
ENTORNO DO IGARAPÉ MATA FOME, BELÉM-PARÁ**

**BELÉM
2018**

THAÍS DE ALMEIDA COSTA

**UMA ANÁLISE SOBRE A RELAÇÃO ENTRE A COMUNIDADE BOM JESUS I E A
OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS NO
ENTORNO DO IGARAPÉ MATA FOME, BELÉM-PARÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Antropologia, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Voyner Ravena-Cañete

**BELÉM
2018**

THAÍS DE ALMEIDA COSTA

**UMA ANÁLISE SOBRE A RELAÇÃO ENTRE A COMUNIDADE BOM JESUS I E A
OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS NO
ENTORNO DO IGARAPÉ MATA FOME, BELÉM-PARÁ**

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Voyner Ravena-Cañete (Orientadora)

Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia/UFPA

Prof. Dr. Hilton Pereira da Silva (Examinador Externo)

Programa de Pós-Graduação em Antropologia/UFPA

Prof. Dr. Samuel Maria de Amorim e Sá (Examinador Interno)

Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia/UFPA

Prof.^a Dr.^a Edila Arnaud Ferreira Moura (Examinadora Suplente)

Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia/UFPA

Prof.^a Dr.^a Aderli Góes Tavares (Convidada)

Instituto de Ciências Sociais Aplicadas/UFPA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- C837a Costa, Thaís de Almeida
Uma Análise Sobre a Relação Entre a Comunidade Bom Jesus I e a Oferta de Serviços de Saúde: Práticas Socioculturais no Entorno do Igarapé Mata Fome, Belém-Pará / Thaís de Almeida Costa. — 2018
163 f. : il. color
- Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Sociologia e Antropologia (PPGSA), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Voyner Ravena-Cañete
1. Comunidade. 2. Saúde. 3. Itinerários de cuidado. I. Ravena-Cañete, Voyner, *orient.* II. Título
-

Á população da Comunidade Bom Jesus I, que ainda em grande parte se encontra destituída de serviços urbanos de qualidade, de seus direitos mais básicos e de condições essenciais para uma vida digna.

*“O problema da saúde é primeiramente um problema de desenvolvimento econômico”
(Noel Nutels)*

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos expressam a participação de algumas pessoas que foram importantes durante meu percurso acadêmico. Assim, gostaria de agradecer especialmente:

Aos meus pais, pelo carinho, atenção e incentivo;

À Prof.^a Voyner Ravena- Cañete, por ter aceitado me orientar e pela paciência no processo de construção desta dissertação;

À Sabrina Araújo e Alisson Lima, a quem acompanhei durante as atividades de fisioterapia na comunidade, e muito contribuíram para a realização da pesquisa;

À Flavio Henrique Lobato, pelas dicas conferidas no processo de elaboração da pesquisa;

Aos professores e colegas da pós-graduação, pelo conhecimento compartilhado, pela troca de ideias e sugestões, que foram tão importantes na construção da pesquisa;

Agradeço à Prof.^a Silvia Bahia, da Faculdade de Medicina da UFPA, pela generosidade e disponibilidade no esclarecimento de algumas inquietações;

Ao PET/GT/Ciências Sociais pela troca de ideias, pelas conversas, pelo conhecimento, tão importantes em minha trajetória na universidade;

À Quéren Hapuque, pela ajuda com o uso do SPSS, o que contribuiu para a organização de dados;

Á Paulo Roberto Pinto (*in memoriam*) e Rosângela Borges, da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, sempre atenciosos ao esclarecer dúvidas e no atendimento;

Á equipe do LARC/NUMA/UFPA pela elaboração dos mapas apresentados nesta dissertação;

Aos moradores da Comunidade Bom Jesus I entrevistados, que tornaram possível a realização da pesquisa, por partilharem algumas de suas histórias e memórias.

RESUMO

Este trabalho apresenta uma análise sobre uma parte da comunidade Bom Jesus I (Belém/PA), ao passo que descreve as práticas populares nos cuidados do corpo e como estas se configuram como estratégias importantes de promoção e de prevenção em saúde. A Comunidade Bom Jesus I, situada entre os bairros da Pratinha II e do Tapanã, em Belém do Pará, passou por um rápido processo de ocupação, especialmente por pessoas oriundas do interior do Pará, de outros Estados e também outros bairros da capital. Em busca de melhores condições de vida e viabilidade econômica, essas pessoas chegaram a Belém buscando áreas periféricas como locais de residência em face da oferta de terrenos desocupados e da especulação imobiliária nas áreas centrais da cidade. A pesquisa teve caráter qualitativo, sendo realizada a aplicação de 47 questionários, além da observação participante. Assim, foi possível observar que parte considerável da comunidade não dispõe de serviços urbanos básicos, tais como saneamento, escolas públicas, segurança e serviços de saúde próximos. Quanto aos equipamentos de saúde na área, parte de seus moradores utiliza-se da Unidade Municipal de Saúde (UMS) do Tapanã, na qual são realizados diferentes tipos de exames. Há também a UMS da Pratinha I, que representa uma segunda alternativa aos moradores da comunidade, além do uso da Unidade Estratégia Saúde da Família (ESF) da Pratinha I, para a realização de exames mais básicos. Todavia, alguns moradores, por meio de entrevistas, relataram algumas dificuldades em acessá-los. Foram realizadas 8 entrevistas semiestruturadas, com o intuito de verificar os itinerários de cuidado utilizados pela população local em busca de cuidados de saúde. Observou-se uma grande diversidade de explicações ligadas a conhecimentos tradicionais e sua interface com o modelo biomédico, o que expõe outras práticas, saberes e compreensões, acerca dos cuidados com o corpo, ancorados na memória.

Palavras-Chave: comunidade, saúde, itinerários de cuidado.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze a part of the Bom Jesus I Community (Belém / PA), while describing popular practices in health care and how these are important strategies for health promotion and prevention. The Bom Jesus I Community, located between *Pratinha II* and *Tapanã* districts, in Belem of Pará, underwent a fast process of occupation, especially by people from hinterlands of Pará, other states and other Belem districts. Looking for better living conditions and economic viability, these people came to Belem looking for peripheral areas as living places because of vacant land and real estate speculation in the central areas of the city. The research was qualitative, and 47 questionnaires were applied, in addition to participant observation. As for health structure at the community, many of its dwellers use the *Tapanã* Municipal Health Unit (MHU), in which different types of exams are made. There is also the *Pratinha I* Municipal Health Unit, which represents a second alternative to the residents of the community, as well as the use of the *Pratinha I* Family Health Strategy Unit (FHS). However, some interviewees reported some difficulties in accessing them. Eight semi-structured interviews were carried out in order to verify the itineraries of care used by the local population in search of health care. A great diversity of explanations linked to traditional knowledge and its interface with the biomedical model, which exposes other practices, knowledge and understandings, about body care, anchored in memory.

Keywords: Community, Health, Itineraries of care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS– Agente comunitário de saúde

ACE – Agente comunitário de endemias

APS – Atenção Primária à Saúde

BHMF– Bacia Hidrográfica do Mata Fome

CODEM– Companhia de Desenvolvimento e Administração da Área Metropolitana de Belém

COHAB– Companhia de Habitação

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DAB– Departamento de Atenção Básica

DSS - Determinantes Sociais de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

LARC– Laboratório de Análise Ambiental e Representação Cartográfica

MS– Ministério da Saúde

NUMA –Núcleo de Meio Ambiente

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PSF– Programa Saúde da Família

PFS– Programa Família Saudável

RMB – Região Metropolitana de Belém

SAMU– Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS– Sistema Único de Saúde

UMS– Unidade Municipal de Saúde

UPA– Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –Local de moradia anterior	41
Tabela 2 –Presença de serviços públicos na Comunidade Bom Jesus I	50
Tabela 3 –Grau de escolaridade de moradores entrevistados (Não estudantes)	52
Tabela 4 – Situação do Igarapé Mata Fome	54
Tabela 5 – Cidades com piores atendimentos ao esgoto	57
Tabela 6 –Vantagens apontadas pelos entrevistados em se viver na Comunidade ..	62
Tabela 7 – Desvantagens apresentadas pelos moradores em se viver na Comunidade	66
Tabela 8 –Tempo de moradia na Comunidade Bom Jesus I	91

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –Trecho do Igarapé Mata Fome	47
Figura 2 –Vias não aterradas próximas ao Igarapé Mata Fome.....	48
Figura 3 –Rua Dr ^a Leia, Comunidade Bom Jesus I	53
Figura 4 –Lançamento de esgoto no Igarapé Mata Fome, Com. Bom Jesus I	56
Figura 5 –Disposição irregular de casas no entorno do Igarapé Mata Fome	58
Figura 6 –Trecho do Igarapé Mata Fome que faz ligação com a Baía do Guajará ...	60
Figura 7 –Igarapé Mata Fome em período de cheia	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Programas de saúde e suas respectivas características.....	80
Quadro 2 – Histórico da cobertura populacional de ACS e ESF em Belém/PA.....	88

LISTA DE MAPAS

- Mapa 1** – Bacia Hidrográfica do Mata Fome 40
- Mapa 2** – Localização das USF do Tapanã e Pratinha I em relação à comunidade .89

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: A CONSTRUÇÃO E O ITINERÁRIO DA PESQUISA	18
2 “O ARVOREDO, A BRISA DO MAR, A GENTE AINDA TEM”: CONHECENDO A COMUNIDADE BOM JESUS I.....	37
2.1 Aspectos Gerais da Comunidade Bom Jesus I.....	39
2.2 A ocupação no entorno do Igarapé Mata Fome	54
2.3 Quais os aspectos positivos e negativos apontados pelos moradores de se viver na comunidade?	62
3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELÉM: SOLUÇÃO OU PROBLEMA?	71
3.1 A concepção da Estratégia Saúde da Família (ESF).....	72
3.2 A importância da Territorialização na Atenção Básica.....	81
3.3 Sobre a Estratégia Saúde da Família em Belém.....	82
4 A ELABORAÇÃO DE ITINERÁRIOS DE CUIDADO NA COMUNIDADE BOM JESUS I	92
4.1 “Olha, de primeiro não era assim, era assim!”: Quais as diferenças nos cuidados em saúde do ambiente rural para a urbe?	95
4.2 A elaboração de cuidados de saúde e sua contribuição para a escolha do tratamento	101
4.3 “Se eu não tiver Deus na minha vida, eu vou clamar por quem?”: Religião e sua relação com cuidados de saúde.....	105
4.4 A construção de redes de ajuda e sua importância nas escolhas terapêuticas.....	107
4.5 “Antigamente era bom. Vocês não conhecem esse tempo, não sabe”: Memória em cuidados de saúde	114
4.6 “Olha, tal coisa é bom ... é os vizinhos que vão passando de um pro outro”: ajuda mútua em cuidados de saúde	122
4.7 Interface entre o sistema oficial de saúde e a medicina popular no processo saúde-doença: a “bricolagem” nos cuidados com o corpo.....	125
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	137
REFERÊNCIAS.....	142
APÊNDICE A- ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	164

APÊNDICE B-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE- ESCLARECIDO (TCLE) .	166
ANEXO A- QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO	168
ANEXO B- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)	172
ANEXO C- Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal.....	176

1 INTRODUÇÃO: A CONSTRUÇÃO E O ITINERÁRIO¹ DA PESQUISA

A Comunidade Bom Jesus I, enquanto o *locus* da pesquisa evoca uma abordagem marcada pelos estudos de comunidade. No entanto, não é este o propósito desse trabalho. A denominação é apenas local e esta dissertação não se refere a esta forma de estudo². É importante notar também que o seu título pode remeter, sobretudo, à oferta de serviços de saúde. Uma vez mais, o trabalho ficou ligado às especificidades que envolvem os estudos em saúde. Dessa sorte, o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) também intitula essa dissertação. Logo, um título mais adequado poderia ser: “Práticas Socioculturais no Entorno do Igarapé Mata Fome: A Comunidade Bom Jesus I em Foco”.

Dessa forma, este trabalho trata das redes terapêuticas vivenciadas por moradores da Comunidade Bom Jesus I, localizada entre os bairros da Pratinha II e do Tapanã. Tem como principal abordagem as memórias e os conhecimentos acerca dos cuidados³ em saúde empregados no decorrer de suas vidas, em busca de respostas aos seus sofrimentos.

A partir de tais reflexões acerca de tal bibliografia no decorrer da graduação, meu trabalho de conclusão de curso (TCC) versou acerca da produção dos discentes de Ciências Sociais em temas de saúde, mas especificamente, as monografias produzidas por esses alunos e a diversidade de temas relacionados ao processo saúde-doença por esses alunos que estavam concluindo o curso. Foi possível constatar que há uma grande variedade de temas relacionados à saúde nas Ciências Sociais.

Como explica Minayo (2008), a abordagem antropológica permite visualizar que, para variados grupos sociais, as peculiaridades com as quais um problema de

¹ De acordo com Alves e Souza (1999), **itinerário** (referindo-se à busca por cuidados de saúde) é termo que indica um conjunto de planos e estratégias voltados para um objetivo preestabelecido: o tratamento da aflição. Já o termo “itinerário” no título do tópico foi utilizado para designar o percurso, a trajetória da pesquisa.

² **Estudo de comunidade**, de acordo com Wagley (1966), tem por finalidade descrever e analisar de forma densa e detalhada as realidades da vida dentro do contexto de uma unidade da sociedade humana. Em decorrência do tempo e dos objetivos do estudo, não foi possível nesta pesquisa analisar alguns dos pormenores cotidianos dos moradores do local (relações de parentesco, festas religiosas, atividades econômicas, entre outros aspectos). De toda sorte, do ponto de vista metodológico, a coleta de dados lança mão da utilização de entrevistas e aplicação de questionários.

³ Bonet (2014) propõe uma visão mais abrangente acerca do cuidado, não se limitando a uma dimensão biológica no sentido biomédico, mas a ações adotadas pelos usuários dos serviços e que não são tidas como ações de saúde, mas de cuidado. Tais ações envolvem não somente os serviços de saúde, mas também os vizinhos, amigos e especialmente, o núcleo familiar.

saúde é vivenciado, é capaz de produzir complexas interações entre fatores físicos, psicológicos, culturais, sociais e ambientais. Dessa sorte, é possível observar por meio de diferentes etnografias, as maneiras como diferentes sociedades lidam com os fenômenos de saúde e doença e organizam as formas com as quais lidam com seus sofrimentos.

Assim, o projeto de pesquisa que resultou nesta dissertação de mestrado emerge de minha experiência de conclusão de curso, que versava sobre antropologia da saúde⁴. Ao finalizar a graduação, busquei ampliar a pesquisa, me inserindo em um projeto de extensão. Nesse sentido, o primeiro contato que tive com o local da pesquisa, a Comunidade Bom Jesus I, foi a partir de fevereiro de 2014, por intermédio da Prof.^a Voyner Ravena-Cañete, que há mais de 18 anos realizava pesquisas na área, pois desejava trabalhar com um tema de saúde relacionado a questões socioculturais no ambiente urbano, tais como: saneamento; condições de moradia; e oferta de serviços de saúde.

Na ocasião, ela desenvolvia na área uma atividade com três alunos do curso de medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA), que eram bolsistas do Programa Jovens Talentos⁵, da mesma instituição. Este consistia em realizar um pequeno levantamento socioeconômico da área, bem como promover a anamnese⁶ de famílias da área, para que, desse modo, se pudesse identificar nessas residências quem realmente necessitava imediatamente de atendimento. O projeto visava mostrar ao estudante de Medicina a experiência vivida pelo Agente Comunitário de Saúde⁷ (ACS)⁸, e como realizava suas atividades junto à

⁴ Meu trabalho de conclusão de curso, intitulado **“Fazer Antropológico” dos Graduandos em Ciências Sociais em temas de saúde: uma revisão de trabalhos**, teve como objetivo analisar a produção de graduandos de Ciências Sociais em temas voltados à área da saúde, bem como meu artigo em co-autoria com a Prof.^a Dr.^a Denise Machado Cardoso, chamado “Aspectos Socioculturais do Processo Saúde-Doença e o papel das Ciências Sociais: uma análise de trabalhos em temas de saúde”. Disponível em: <https://revistacafecomsociologia.com/revista/index.php/revista/article/view/247>

⁵ Trata-se de um programa de incentivo à iniciação científica, voltado à estudantes de graduação de todas as áreas do conhecimento com o objetivo de inseri-los no meio científico. Os estudantes recém-ingressos em universidades federais e institutos federais de educação são inscritos pela instituição de ensino superior e são selecionados, por meio de prova de conhecimentos gerais. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/bolsas/programas-especiais/jovens-talentos-para-a-ciencia> >

⁶ A **anamnese** é uma entrevista realizada pelo profissional de saúde ao seu paciente com o objetivo de iniciar o diagnóstico de uma doença. Disponível em: <http://www.saudecomciencia.com/2010/10/anamnese-o-que-e.html> >

⁷ Conforme Brasil (2011), dentre as atribuições do ACS estão: trabalhar com adscrição (mapeamento) de famílias em território estabelecido; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; fazer acompanhamento todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, por meio de visita domiciliar; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das

comunidade, com o intuito de observar e vivenciar de que modo se dá a relação médico-paciente junto às famílias visitadas, além de promover o desenvolvimento de uma relação com essas pessoas, identificando quais eram as necessidades individuais e coletivas e a promoção de cuidados básicos de saúde às famílias.

Foram 15 famílias visitadas pelos discentes, sendo que o intuito do projeto também foi o de visualizar de que forma a população desta área possui acesso a serviços médicos, mais especificamente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁹ que deveria cobrir a área, o que na prática não ocorre. As visitas ocorriam sempre aos sábados. Eu acompanhava algumas das visitas dos alunos às residências a fim de observar de que modo ocorria a relação entre o discente de medicina e a comunidade.

Durante essas visitas, os discentes realizavam as atividades desempenhadas pelos ACS em equipes de ESF, as quais sejam: coleta de dados sobre as famílias da área através de formulário; orientação sobre tratamento e consumo da água; higienização das mãos e alimentos; alimentação adequada; além de controle do diabetes e hipertensão arterial. No decorrer das visitas, foi possível observar que o bairro recebe água encanada de baixa qualidade e para amenizar o problema, os moradores recorrem a vizinhos que fornecem água de poços artesianos particulares, em troca de uma quantia em dinheiro. Além disso, foi realizada uma visita à UMS¹⁰ do Tapanã em junho de 2014 e por meio de conversas com alguns ACS, foi possível constatar que o serviço da ESF na área se dá de modo muito precário, sendo que os moradores desta precisam deslocar-se para outras unidades de saúde mais distantes para receberem atendimento médico.

A Comunidade não recebe visitas de ACS, o que inviabiliza a melhoria da oferta de serviços da unidade de saúde. Isto foi constatado por meio de conversas

doenças, por meio de visitas domiciliares individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade; estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde.

⁸É importante notar que Wawzyniak (2009) explica que os ACS transitam entre o modelo biomédico e o sistema tradicional em cuidados de saúde. Eles possuem grande importância, uma vez que eles representam um elo entre os objetivos das políticas públicas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado.

⁹A Estratégia Saúde da Família foi criada em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), em decorrência da necessidade de se reestruturar a assistência à saúde. Será melhor abordada no segundo capítulo.

¹⁰“Unidade Local de Saúde é o estabelecimento de saúde onde se realizam as ações de atenção primária, de forma programada ou não, incluindo as especialidades básicas, assistência odontológica e a integração com os demais serviços e níveis de atenção à saúde” (Secretaria Municipal de Saúde/Florianópolis, 2010, p.21).

com alguns moradores da área, que afirmaram nunca ter recebido a presença destes profissionais em suas residências. Além disso, os enfermeiros responsáveis pela coordenação de ACS estavam sobrecarregados com mais profissionais do que o regulamentado sobre esse serviço permite. Para a realização de consultas, os moradores precisam dirigir-se às UMS dos bairros da Pratinha I e Tapanã, que se encontram relativamente distantes da comunidade e que desconhecem o perfil de seus moradores.

Além disso, a comunidade apresenta condições precárias de saneamento, sendo que, após décadas de ocupação da área do entorno do Igarapé¹¹ Mata Fome, o poder público não estabeleceu ainda um serviço satisfatório de abastecimento de água e de esgotamento sanitário. Esses serviços são realizados principalmente por meio de estratégias pessoais, o que finda por criar um quadro ambiental de severa degradação, além de favorecer o aparecimento de doenças endêmicas¹² e mesmo epidêmicas¹³.

Um ambiente como esse acaba influenciando nos Determinantes Sociais de Saúde (DSS)¹⁴ de seus moradores, viabilizando o surgimento das iniquidades em saúde, que conforme Buss (2006), são as desigualdades de saúde que além de relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias. Há também as desigualdades de renda, que influenciam nas condições de saúde, em decorrência da precariedade de recursos e de infraestrutura (educação, saneamento, serviços de saúde etc.), fatores psicossociais, que estão relacionados às percepções de desigualdades sociais, e os psicobiológicos, ligados às experiências pessoais em cenários de exclusão, o que pode levar a situações de estresse (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

¹¹ Como Leandro Tocantins mostra em sua obra "Santa Maria de Belém do Grão-Pará" (1987), Igarapé é uma palavra tupi que se traduz por **caminho da canoa**. Conforme o autor, o banho de igarapé é (ou foi) uma tradição em Belém. É algo herdado do índio. É um banho refrescante, lúdico, "nadando nos poços, embebendo-se ar que tem perfume de mato amassado" (TOCANTINS, 1987, p. 366).

¹² Silva (2012) explica que no texto de Hipócrates (s.d), "Ares, Águas e Lugares", o termo **endemia** faz referência à doença própria de um lugar e seus habitantes, não havendo dissociação entre ambos. Assim, desde sua concepção inicial, o termo endemia está associado a "lugar".

¹³ As doenças epidêmicas possuem caráter transitório, de visitação, podendo apresentar variados determinantes, inclusive alterações do meio (SILVA, 2012)

¹⁴De acordo com Paim (2009, p.31), os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) "são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou as características sociais dentro das quais a vida transcorre".

Conforme Maricato (2003), o que se observa nesses locais¹⁵ são: a dificuldade de acesso aos serviços e infraestrutura urbanos (transporte precário, saneamento deficiente, difícil acesso aos serviços de saúde, educação e creches, etc.) menos oportunidades de emprego (especialmente do emprego formal), maior exposição à violência além de difícil acesso ao lazer. Ademais, quanto ao rápido processo de ocupação nessas áreas, Maricato (2001) explica que em locais desprezados pelas políticas públicas é que parte de uma população mais empobrecida fixa sua moradia: terrenos alagados/alagáveis, próximo a igarapés ou outros corpos d'água, em decorrência da carência de alternativas de habitação. Assim, o processo de exclusão, marcada pelo processo de ocupação desordenada e ilegal de terras urbanas, é comumente desprezada. É como se os que se vivem nesses locais não existissem, estão invisibilizados. Assim, produz-se, como afirma Rolnik (2009), a cidade “fora da cidade”, desassistida de infraestrutura e de serviços urbanos essenciais.

Tais aspectos levam a refletir sobre a saúde no ambiente urbano, visto que o acelerado processo de urbanização traz consigo implicações sociais, econômicas e físicas, acarretando impactos à saúde, em decorrência de aspectos como a poluição, a crescente violência, o desemprego, o que afeta a qualidade de vida dos que vivem na cidade, sendo que os segmentos mais empobrecidos são os mais atingidos, pois, muitas vezes, vivem em locais ambientalmente mais instáveis, com infraestrutura precária (saneamento, educação, transporte, segurança, moradia, etc.).

A atividade com os discentes de medicina teve término ainda em junho de 2014, quando foi realizado um Hiperdia¹⁶. Infelizmente, a atividade teve baixa adesão dos moradores da área, apesar da divulgação realizada, por meio da

¹⁵Rolnik (2009) chama de **urbanismo de risco** o local caracterizado pela insegurança, tanto do terreno, quanto das condições habitacionais, ou ainda também da situação jurídica do território. Assim, ocupa-se áreas ambientalmente mais frágeis e perigosas, tais como beiras de corpos hídricos e áreas alagadiças. Muitas vezes, as construções são instáveis, e a posse quase nunca totalmente inscrita nos registros de imóveis e cadastros das prefeituras. Um dos riscos é que, por exemplo, a drenagem e o esgoto se misturem nas baixadas e a saúde e a vida dos moradores desses locais são prejudicadas.

¹⁶O Hiperdia é voltado ao acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que viabiliza a informação necessária para aquisição e distribuição de medicamentos de forma regular e aos pacientes cadastrados. Disponível em: < <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia> >

distribuição de “mosquitinhos”¹⁷ e da ida a algumas casas do local. Na ocasião, foram tiradas várias dúvidas sobre pressão arterial, como tratar, que alimentos evitar, além da realização de exame de glicemia, com o intuito de verificar se havia diabéticos. A atividade também contou com a presença de uma enfermeira, que os auxiliou e supervisionou.

Meu retorno à área ocorreu no primeiro semestre de 2015, com a retomada das atividades de fisioterapia, em um espaço cedido por uma moradora da área. As atividades ocorriam às quartas e aos sábados e contavam com a presença de aproximadamente 10 ou 12 idosos. Eram realizadas atividades leves de alongamento. As atividades na comunidade consistiam em um desdobramento do programa de extensão universitária “Promovendo Esporte e Lazer Intergeracional”, desenvolvido ainda no ano de 2013.

Desse modo, surgiu o interesse de minha parte em escrever algo sobre a área, mais direcionado à alguma questão de saúde. Mas o quê exatamente? Ainda não havia ocorrido o que Magnani (2009) chama de “sacada”, que conforme o autor, ocorre em decorrência de algum fato que, pode ou não ser trivial, e que ocorre por uma contínua presença em campo. Assim a “sacada” sobre o que pretendia analisar estava relacionada aos relatos de algumas pessoas que participavam da fisioterapia sobre alguns de seus cuidados de saúde e que, com frequência, recorriam à medicina popular para tratar de alguma doença.

Para além disso, no que diz respeito às práticas de saúde, muitos dos moradores da comunidade são migrantes que vêm do interior do Estado do Pará e também de outros Estados para Belém, e também trazem consigo conhecimentos, práticas tradicionais, e que ainda são empregadas em cuidados de saúde. Desse modo, nota-se que o modelo biomédico não é o único, mas é uma dentre várias formas de se compreender e tratar os problemas de saúde, além do fato de nem sempre atender às expectativas de um indivíduo ou grupo social. Muitos dos moradores da área, principalmente os mais antigos, recorrem às chamadas práticas ditas informais que muitas trazem consigo dos seus locais de origem, como meio de

¹⁷Chamávamos de “mosquitinhos”, pequenos panfletos distribuídos aos moradores da comunidade, com intuito de informar sobre o Hiperdia.

tratar diversos problemas de saúde, constituindo o que Helman (2009) denomina de **pluralismo médico**¹⁸.

Como Loyola (1984) explica, a opção ou não por uma determinada forma de tratamento está ligada à situação de vida em que este indivíduo ou o grupo social em que está inserido se encontra. Logo, uma forma de tratamento pode se mostrar vantajosa ao invés de outra, e se faz necessário observar o que se encontra disponível ao indivíduo ou à sua comunidade, assim como a forma de lidar com o quadro de doença, construindo, desse modo, seus **itinerários de cuidado**¹⁹.

Quanto aos itinerários de cuidado, aos quais Helman (2009) refere-se como redes terapêuticas²⁰, a pessoa, quando apresenta algum problema de saúde, pode buscar o tratamento por conta própria, pode recorrer ao seu núcleo familiar mais íntimo ou outras pessoas mais próximas. Portanto, é necessário viabilizar esse olhar sobre a importância que a relação entre pessoas de uma mesma família, mas também entre amigos, vizinhos, conhecidos, desempenha. Trata-se de uma relação que vai além do caráter biológico dos cuidados com o corpo doente, mas também se estende às relações sociais (RUIZ; GERHARDT, 2016).

Gutierrez e Minayo (2010) explicam que os **cuidados da saúde** são elaborados em pelo menos dois contextos diferentes, mas que se mostram ligados entre si: a rede oficial de serviços e a rede informal, representada pelo ambiente familiar (mas também amigos, vizinhos e conhecidos). A rede oficial, expressa pelo saber biomédico, que consiste em um modelo amplamente legitimado. A rede informal, por sua vez, é representada principalmente pela família, sendo que nesta é que são produzidos cuidados fundamentais à saúde. Essa interface ocorre no cotidiano das famílias, o que permite o reconhecimento das doenças, a busca por atendimento médico, o autocuidado, além do apoio emocional.

Conforme Ferreira e Espírito Santo (2012), a população frequentemente recorre a variados recursos terapêuticos, com diversas explicações para o

¹⁸ Está relacionado a uma série de alternativas de cuidados de saúde buscados pelo indivíduo. Este, em busca da cura, (ou tratamento que alivie seu sofrimento), pode procurar por diferentes alternativas à sua disposição (HELMAN, 2009).

¹⁹ Bonet (2014) explica que o termo **itinerarção**, (referindo-se aos itinerários de cuidado) implica em criatividade, sendo que consiste em um sistema aberto de improvisações criativas, que pode ser empregado tanto pelos pacientes quanto por profissionais. Já Scholze (2005) e Scheffer, Fialho e Scholze (2009), por sua vez, utilizam o termo **itinerários de cura e cuidado**, utilizado por abranger, conforme os autores, todos os elementos de cuidado que antecedem um agravo no quadro de saúde ou são consequentes dele,

²⁰ Scheffer, Fialho e Scholze (2009) trazem essa observação quanto à denominação utilizada por Helman (2009).

sofrimento. Logo, no processo de escolhas terapêuticas, a busca por diferentes recursos ao mesmo tempo, é muitas vezes tida pelos profissionais de saúde como incoerente. No entanto, vários fatores influenciam nas escolhas pelo indivíduo doente.

O fato de se estar ou não doente, de acordo com Canesqui (2015), implica no modo como é elaborado esse estado tanto para os doentes e para aqueles que estão à sua volta quanto para a sociedade, o que inclui fatores de inclusão e exclusão social, diferenças de gênero, além de formas de cuidar do corpo e das **experiências biográficas** de cada indivíduo. Nessa direção, Teixeira (2002) afirma que é fundamental unir o cotidiano e as experiências pessoais com os cuidados da saúde, pois, ainda que o modelo biomédico elabore grande parte da investigação médica, trata-se de apenas uma pequena parcela, comparado à arte de curar em sua totalidade. É preciso, como explica a autora, considerar todas as redes no cuidado da saúde, caso contrário, corre-se o risco de simplificá-la, o que não corresponde com o olhar holístico que se pretende alcançar.

Quanto ao acúmulo de saberes, Schutz (1979) explica que o indivíduo possui um **estoque de conhecimento** que é utilizado como uma forma de interpretar suas experiências anteriores e presentes. Esse conhecimento acumulado possui uma história própria. Foi elaborado por atividades de nossas experiências passadas. O que influencia na formação desse acúmulo de conhecimento é a **situação biográfica** do indivíduo, aquilo o que faz parte de sua vida. Isto é resgatado por meio da memória.

A memória de algumas destas pessoas acerca dos cuidados de saúde em seu local de origem, muitas vezes não corresponde à busca pelo modelo biomédico de tratamento. Em conversas informais, os relatos iam muito além dos cuidados com o corpo e também expressavam a história de vida desses moradores, suas origens, suas concepções de mundo. Como Pollak (1992) observa, a memória é construída. Ela grava, exclui, relembra; consiste em um trabalho de organização. À ela também está atrelado um forte sentimento de identidade. Trata-se de um fenômeno construído social e individualmente, mas há também um forte sentimento de identidade, de pertencimento a um lugar, relacionados a uma lembrança.

Halbwachs (2006), todavia, destaca que o **rememorar**²¹, esse resgate do passado não consiste unicamente na reconstituição, parte por parte, de um acontecimento com o intuito de obter uma lembrança. Essa reconstrução, como o autor explica, precisa estar presente em nosso espírito e também no de outras pessoas; é um processo recíproco e ocorre somente se tiverem feito parte de um mesmo grupo. Desse modo, a memória é construída.

Como afirma Minayo (2008), a pesquisa antropológica pode mostrar a importância de se ouvir o interlocutor e como este define sua situação. Sua situação biográfica também é de extrema relevância, tendo em vista que a pessoa se mostra enquanto um ser que pensa, sente e age. O seu estoque de conhecimento e acúmulo de experiências determinam seu modo de agir e também a importância que o interlocutor confere ao próprio discurso, pois é um reflexo de seu depósito de conhecimentos.

Após esta “sacada” inicial, surgiu o interesse em analisar os cuidados de saúde de algumas pessoas da área, pois estes recorrem tanto aos equipamentos oficiais de saúde quanto à medicina popular (uso principalmente de chás, pílulas preparadas com ingredientes naturais, entre outros). Essa bricolagem²² no cuidado de si despertou minha atenção.

Durante o período de realização das atividades de fisioterapia na Comunidade Bom Jesus I, foi possível constatar, também por meio de conversas informais, que, além dos percalços que alguns enfrentavam para conseguir atendimento médico em diferentes equipamentos de saúde, algumas dessas pessoas também elaboravam suas próprias estratégias no enfrentamento a quadro de doença, conhecimentos adquiridos por meio de suas experiências cotidianas, suas relações familiares, vizinhos, conhecidos, constituindo desse modo, um repertório de cuidados que vai além do modelo biomédico e que também refletem suas histórias de vida.

Desse modo, foi possível notar, mesmo a partir de conversas mais corriqueiras que a busca da cura não se trata de uma via única; ela pode seguir diferentes caminhos, ou vários caminhos ao mesmo tempo, conforme as possibilidades de cada um. Portanto, nesse contexto, a complexa busca por um bom

²¹ Halbwachs (2006), ao refletir sobre o ato de rememorar, explica que este ocorre por meio da memória social, ou seja, as lembranças são coletivas. Segundo o autor, até mesmo os acontecimentos em que somente nós estivemos envolvidos têm sua base na memória coletiva, pois nunca estamos sós.

²² *Bricolage*, termo empregado por Lévi-Strauss (1976), ao abordar a percepção da construção do sistema tradicional de saúde. Este conceito será melhor abordado no terceiro capítulo.

estado de saúde é possibilitada por diferentes itinerários de cuidado. Desse modo, tal discussão corresponde aos percursos e às práticas realizadas por segmentos da população em busca da cura para suas enfermidades. No caso da pesquisa, tal discussão visou identificar algumas das estratégias individuais adotadas em busca da solução para seus problemas de saúde e a adesão a uma ou mais formas de tratamento diante de uma complexa rede de possibilidades.

Diante do quadro apresentado, esta pesquisa apresenta o seguinte problema: quais as estratégias utilizadas por uma população marcada por forte cenário de exclusão social para a busca por cuidados de saúde? Em que medida a memória sobre as práticas tradicionais no trato da saúde, oriundas especialmente das comunidades de origem dos moradores, orienta as escolhas dessa trajetória? De que forma essas práticas originárias ainda estão presentes no cotidiano dessa população e se configuram como estratégias importantes?

Desse modo, após a definição do objeto a ser analisado, segui avançando na pesquisa de campo. Esta foi desenvolvida em diferentes etapas, sendo que a primeira consistiu na aplicação de 47 questionários junto aos moradores, visando traçar o perfil socioeconômico de uma pequena parte da comunidade. Nestes, foram realizadas perguntas sobre condições de habitação, grau de escolaridade, infraestrutura da área (oferta de serviços básicos) e dados de saúde dos últimos 12 meses²³, além da utilização de entrevista semiestruturada.

Da pesquisa realizada em 2006, originou um relatório do perfil socioeconômico da Comunidade Bom Jesus I. Essa pesquisa tomou todo o universo de investigação, ou seja, foram aplicados 256 questionários no universo de 336 unidades habitacionais, dado que muitas casas estavam desocupadas. Este trabalho optou por fazer uso do mesmo instrumento de coleta de dados, ainda que trabalhe não mais com o universo completo, mas sim com uma amostra de 14%, aplicando, assim, 47 questionários²⁴, junto aos moradores da área. Os critérios de

²³Em 2006, foi realizado um perfil socioeconômico da Comunidade Bom Jesus I intitulado “A Descrição do Possível: a experiência de intervenção da Unama no Igarapé Mata Fome e o levantamento de dados socioeconômicos”, de Voyner Ravena- Cañete. Os questionários aplicados em 2016 visam atualizar algumas dessas informações.

²⁴47 famílias, compreendendo um total de 101 moradores, com uma média de 2,15 pessoas por residência.

aleatoriedade foram cumpridos, de forma a garantir a isenção do pesquisador no que se refere à escolha das unidades a serem entrevistadas²⁵.

É importante ressaltar que essa pesquisa atual figura como uma possibilidade de atualização de dados para uma área de forte fragilidade social, o que permite, do ponto de vista do acompanhamento de séries históricas, descrever os agravantes de saúde, além de, eventualmente, detectar quadros endêmicos e sua relação com determinantes sociais de saúde (DSS).

A pesquisa, portanto, contou, ainda, com a etapa de tratamento e sistematização dos dados relativos aos 47 questionários aplicados, além de contar com mais quatro meses de presença na área, objetivando a interação com os moradores, dados foram tabulados e analisados, em tabelas, no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), em português: pacote estatístico para as ciências sociais.

Os critérios para a realização das entrevistas²⁶ repousaram, e ainda repousam, no fator etário e de gênero, dado que diferentes idades e diferentes gêneros pensam e vivem o cuidado de saúde de forma diversa, além da aceitação na participação na pesquisa.

Estas foram realizadas na residência das pessoas, o que permitiu observar as condições de vida das mesmas. As informações buscadas foram: local de origem; trajetória familiar; percepções sobre a comunidade (aspectos positivos e negativos de se morar no local); a quem recorre em episódios de doença, com o intuito de compreender de que modo ocorrem seus cuidados em saúde.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) (Número do Parecer: 1.852.391) e os participantes assinaram um termo de consentimento informado. Os nomes usados são fictícios, a fim de preservar o anonimato dos interlocutores.

Foram entrevistados oito moradores da comunidade. Na entrevista semiestruturada, além de informações pessoais (idade, estado civil, número de filhos), foram também realizadas questões sobre suas histórias de vida, no caso de entrevistados que vieram de outros municípios, como eram suas vidas em seus locais de origem e os motivos que os levaram a migrar para Belém, além de buscar

²⁵ Conceito de aleatoriedade adotado por Becker (2007),

²⁶ Na elaboração dos roteiros das entrevistas semiestruturadas, utilizei como principais referências os modelos de entrevistas utilizados por Luc Boltanski (2004) e Paul Thompson (1998).

compreender como ocorrem seus itinerários terapêuticos em busca de cuidados de saúde e se estes se utilizam de outros métodos de cura, além daqueles empregados pela medicina oficial²⁷.

Os interlocutores (Artur, Helena, Pedro, Mariana, Laura, Olívia, Estela e Luiza),²⁸ ao refletirem sobre seus cuidados de saúde, acabam por expressar um trânsito de conhecimentos que perpassam tanto o modelo biomédico quanto práticas tradicionais, passadas de geração em geração, ou por meio de vizinhos, conhecidos, parentes, enfim, os saberes cotidianos, sendo que uma forma de tratamento complementava a outra, o que mostra que o processo saúde-doença é multifacetado, haja vista que também deve-se considerar a formação de redes de ajuda que se fazem mostram essenciais para se conseguir acesso a serviços de saúde e também amplia o leque de possibilidades quanto às escolhas terapêuticas adotadas.

No entanto, houve recusas de entrevistas, pois algumas pessoas alegavam falta de tempo, ou talvez, conforme um morador da área me relatou, pelo fato de ser alguém da universidade, temiam “falar errado”, mas também houve quem achasse até mesmo que se tratasse de algo relacionado “à documentação” especialmente quando apresentei o TCLE²⁹ ao possível entrevistado, e dada à “formalidade” da situação³⁰, houve a desistência na participação da pesquisa, mesmo explicando que se tratava de um estudo.

Mesmo tendo o primeiro contato com a comunidade em 2014, a pesquisa de campo não tornou-se mais simples, especialmente no que diz respeito à realização de entrevistas, pois algumas pessoas tinham receio quanto a relatar acerca de fatos pessoais. É a dificuldade de que Evans-Pritchard (1978) trata, quando afirmava que

²⁷ Velho (1980); Durham, (2004), afirmam que as pesquisas antropológicas realizadas em grandes centros urbanos brasileiros muitas vezes voltam-se, sobretudo às chamadas “camadas menos favorecidas da população”, destacando que tal escolha ocorre, pois esses setores da população possuem uma capacidade reduzida de acessar as instituições que regulam o acesso ao poder, à informação e à diferentes meios de benefícios, e as formas de representação ainda estão atreladas a um relacionamento espontâneo ou informal. Por isso é que as técnicas de investigação usadas na Antropologia, de caráter especialmente qualitativo, obtido através de entrevistas abertas, observação direta e observação participante, permitem uma melhor compreensão sobre os participantes da pesquisa.

²⁸ Nomes fictícios.

²⁹ Termo de Consentimento Livre – Esclarecido.

³⁰ Cardoso de Oliveira (2004) afirma que, no que diz respeito à ética, essa regularização acaba trazendo consequências para a pesquisa antropológica, já que a noção do consentimento informado impõe restrições à investigação, limitando a negociação da pesquisa, que na Antropologia representa uma parte importante do trabalho.

vinha se tornando cada vez mais difícil fazer pesquisas antropológicas, pois em alguns locais o antropólogo é considerado um “abelhudo”.

De fato, boa parte das pessoas não se sente confortável em ter suas vidas questionadas, analisadas; é muito diferente de você ir aos sábados, junto com seus colegas da Fisioterapia visitar a casa de alguns dos moradores da área, quando elas tratam de fatos cotidianos, conversam, falam como se sentiram aquela semana, do que dizer que você quer fazer uma entrevista para uma pesquisa de mestrado e perguntar se pode ter a conversa gravada. Essa se mostrou como uma das principais dificuldades em se conseguir fazer entrevistas (ainda que nem sempre essas fossem gravadas).

O ato de entrevistar, de acordo com Thompson (1998), exige habilidade. Contudo, existem diferentes formas de entrevista, que pode ser uma conversa informal, até um modo mais formal, seguindo um rígido roteiro de perguntas. Porém, um entrevistador habilidoso utiliza métodos variados, conforme cada situação, o que lhe confere resultados satisfatórios. O entrevistador deve demonstrar interesse, compreensão e respeito pelo entrevistado e, sobretudo, saber escutar. Assim, as entrevistas proporcionam dados tão valiosos quanto os que se pode obter de qualquer outra fonte.

A coleta de dados também se deu por visitas realizadas às quintas e aos sábados³¹, por meio das atividades do projeto de extensão “Pobreza e Meio Ambiente entre gerações: construindo diálogos, formando cenários de possibilidades virtuosas em uma área periférica de Belém”, no qual pude observar o cotidiano de idosos atendidos pelo referido projeto³², assim como as dificuldades relacionadas a serviços de saúde.

Neste caso, eram sete casas visitadas, e a faixa etária das pessoas atendidas pelo mesmo era entre 45 a 96 anos, sendo que nestas, as atividades eram desenvolvidas por uma discente do curso de fisioterapia e um fisioterapeuta. Durante as visitas domiciliares, eram realizadas a aferição de pressão arterial e orientações sobre exercícios de alongamento.

³¹ Em decorrência de um menor número de participantes das atividades, no início de 2016, as atividades de Fisioterapia passaram a ser realizadas aos sábados e no segundo semestre de 2016, passou-se a realizar visitas às quintas e sábados na casa de alguns moradores.

³² O atendimento era realizado por uma discente do curso de fisioterapia e um fisioterapeuta, no qual indicavam exercícios de alongamento, além de realizarem aferição da pressão arterial dos atendidos.

Até o final do primeiro semestre de 2016, eram desenvolvidas atividades de Fisioterapia com idosos em um espaço cedido por uma moradora da comunidade, todos os sábados, no período da manhã. Tratava-se também de um espaço de sociabilidade, já que os participantes dialogavam uns com os outros, expunham suas dificuldades em acessar a rede pública de saúde, além de conversar sobre algumas questões cotidianas acerca de seus afazeres naquela semana. Conforme Simmel (2006), sociabilidade significa a interação de pessoas visando um bem comum. Esta interação ocorreria a partir do que este chama de “impulso de sociabilidade”, que são as potencialidades que certos problemas sociais têm de agregar pessoas.

Quanto à essa questão de situar entre os nativos, Geertz mostra que por mais que o etnógrafo aprenda o idioma local, não se trata de uma tarefa simples; é feito de modo parcial, já que o pesquisador não conseguirá abarcar todos os aspectos de um povo. Ele afirma que esta questão de “situar-se”, “só é bem-sucedido parcialmente”. (GEERTZ, 2008, p. 10). O que o antropólogo busca não é tornar-se um nativo, mas dialogar com eles³³. Ainda que o pesquisador não se torne um nativo, o mesmo, como Roy Wagner (2010) explica, **experiencia**, de uma forma ou de outra, o seu objeto de estudo, e o faz por meio de seus próprios significados. De acordo com Tuan (1983), **experienciar** é aprender; significa atuar sobre o dado e criar a partir dele.

Este processo de experienciar, ou melhor, de caminhar pela comunidade ocorreu sobretudo, no período de aplicação dos questionários socioeconômicos, ocasião em que foi possível ter contato com um maior número de moradores e conhecer um pouco mais acerca de sua percepção sobre a mesma, aspectos que consideram positivos e outros, nem tanto, além de conhecer o espaço, ainda que limitado a algumas ruas, já torna possível visualizar um pouco da dinâmica local.

Remetendo ao processo de vivenciamento do campo, Certeau (1994) observa que o caminhante (neste caso, o pesquisador) constitui, no que diz respeito à sua

³³ O antropólogo aborda a questão de “ver as coisas do ponto de vista dos nativos” (Geertz, 2009, p. 88) na condução da análise antropológica, que apesar de nem sempre torná-la mais fácil, ajuda na visualização de conceitos que para outras pessoas podem ser de “experiência-próxima” e faz de maneira eficaz que permite o estabelecimento de uma conexão com os conceitos de experiência-distante, criados para captar elementos da vida social, e, ainda que se tratando de uma difícil tarefa, ainda é menos complicado do que se colocar “embaixo da pele do outro”.

posição, um próximo e um distante, um cá e um lá³⁴. Ele observa o habitat dos usuários, as relações existentes na vizinhança, os processos de identificação, estabelecidos pela proximidade, em decorrência da vivência em um mesmo território urbano, e todos esses aspectos conferem ricos campos de exploração com o intuito de compreender melhor a complexa vida cotidiana.

Esse processo de buscar “inserir-se” na comunidade não é simples. Na ocasião da aplicação dos questionários, por exemplo, houve um número considerável de recusas, pois alguns moradores achavam que poderia tratar-se de algo comprometedor, até mesmo relacionado à Prefeitura, no que diz respeito à regularização de terrenos ou por não querer dar informações pessoais. Desse modo, a atenção a pequenos detalhes, tais como os olhares de moradores, o cotidiano dos comerciantes, muitas vezes representam um convite à uma maior aproximação e um olhar mais detalhado.

Ainda que o questionário consista em um conjunto fechado de perguntas, sua aplicação proporcionou um olhar sobre a rotina naquelas ruas, situações inesperadas, que proporcionam ao pesquisador, conforme Rocha e Eckert (2003), a análise do cotidiano e suas significações na cidade. Como Lefebvre (2002) explica, a rua não é só um lugar de passagem, é o lugar do encontro. Ela é o teatro espontâneo, sendo que o indivíduo torna-se espetáculo e espectador, e, às vezes, ator. Nela, há o movimento, sem o qual, não há a vida urbana.

Da Matta (1997) afirma que é a rua que traz consigo a experiência da diversidade, viabiliza o encontro entre desconhecidos, a troca entre diferentes, os olhares. Este é o espaço que se opõe, ao ambiente da casa. Essa vivência é proporcionada pelos próprios moradores e os usos que fazem da rua, as atividades desenvolvidas, as conversas.

No que diz respeito ao que a vida cidadina expressa, Lefebvre (2011) explica que a cidade emite e recebe mensagens. Ela também possui a sua própria fala, e a importância de observar o que ocorre na rua, e no que é dito. É preciso também atentar, conforme o autor, à língua da cidade: às suas peculiaridades, que são

³⁴ O estrangeiro, analisado por Simmel (2005), podendo também como Frúgoli Júnior (2007) afirma, ser transferido ao papel do antropólogo, estabelece uma interação que oscila entre proximidade e distância, pois sendo este um sujeito que se desloca, entra em contato (específico), por um determinado tempo com um grupo, com o qual não possui quaisquer vínculos locais e profissionais, e a distância confere à este estrangeiro (ou no caso, o antropólogo) uma objetividade, unidade de proximidade e de distância conveniente.

expressas nas conversas, nas linguagens corporais, no uso das palavras. Além disso, existe a escrita da cidade: aquilo presente em seus muros, nos diferentes lugares e no uso do tempo por seus habitantes.

Portanto, segundo Rocha e Eckert (2003), por meio da etnografia de rua, é possível delinear o perfil de uma comunidade (ainda que não em sua totalidade), exigindo que o etnógrafo trabalhe a partir de fragmentos de sua interação com os atores sociais. Por meio do exame destes “pormenores”, nas suas práticas simples, saberes, com os quais o pesquisador precisa se familiarizar nesse deslocamento em espaços.

O método etnográfico, conforme Rocha e Eckert (2013), se mostra como um instrumento coerente na construção de rede de relações nas quais aparecem as ações dos sujeitos e para melhor conhecer a forma de os entrevistados pensarem e expressarem as continuidades e discontinuidades de um tempo que já viveram, bem como seus projetos de vida.

No que diz respeito ao levantamento de dados, Laplantine (2012) mostra que:

No campo, tudo deve ser observado, anotado, vivido, mesmo que não diga respeito diretamente ao assunto que pretendemos estudar. De um lado, o menor fenômeno deve ser apreendido, anotado, vivido, mesmo que diga respeito diretamente ao assunto que pretendemos estudar. [...] o menor fenômeno deve ser apreendido na multiplicidade de suas dimensões [...] (LAPLANTINE, 2012, p. 156).

Tais aspectos da pesquisa de campo remetem ao que Malinowski (1978) explica acerca da coleta de dados científicos, que consiste no **esqueleto** do trabalho, sendo que o pesquisador deve reunir o maior número de informações possíveis sobre seu objeto de estudo, para que dessa forma possa analisá-lo. Ele precisa ser preenchido com **carne e sangue**, que são os aspectos subjetivos da pesquisa, os imponderáveis da vida real³⁵, que ocorrem durante a observação participante. Seriam a capacidade de observar os pormenores, o cotidiano do nativo, os costumes, os modos de vida do grupo social estudado. E finalmente o **espírito**, que seria a concepção de mundo dos sujeitos investigados.

Do primeiro contato que tive com a comunidade, ainda em 2014 até o presente momento, as mudanças pelas quais o referido espaço passou são bastante

³⁵ São os percalços que surgiram no decorrer da pesquisa, tais como recusa de entrevistas, a dificuldade de se transitar por algumas vias, entre outros aspectos.

perceptíveis, ainda que não sejam drásticas. Em decorrência de fatores tais como um crescimento populacional acelerado, alguns trechos que, antes cobertos pela vegetação local, agora são ocupados por pequenas casas, *kitnets*, pontos comerciais. Todavia, alguns problemas são remanescentes, especialmente em época de chuvas, quando moradores precisam utilizar-se de estratégias tais como aterramento de uma parte da rua para melhorar a mobilidade, em decorrência de chuvas constantes, que ocasionavam muitos alagamentos. Como Ingold (2000) mostra, o ambiente (consideremos aqui o espaço onde a comunidade se situa), nunca está completo, mas continuamente em construção, em processo de transformação.

A percepção do espaço pelos moradores de um determinado local é heterogênea, e se expressa através de diferentes formas, por variados motivos, tais como os lugares relativos de onde se expressam, assim como os lugares de produção e circulação acerca do bairro (ou de uma comunidade), atravessada por valores que podem ser tanto positivos quanto negativos sobre determinados espaços, que podem ser mais centrais ou mais periféricos, apropriados de modo desigual pelos moradores, o que interfere nas percepções e que os usuários fazem do espaço urbano, a partir de suas próprias vivências e experiências (RODRIGUES, 2007).

Desse modo, o primeiro capítulo tratará de alguns aspectos relacionados à Comunidade Bom Jesus I, no que diz respeito à oferta de serviços públicos na área. Para tal, foram utilizados dados quantitativos coletados em pesquisa de campo, por meio de questionário socioeconômico visando compreender a percepção de alguns de seus moradores sobre o local. Dentre os principais referenciais teóricos, que conferiram base para a elaboração deste capítulo, estão Henri Lefebvre com “A Revolução Urbana” (2002), que aborda a problemática urbana e contribui para refletir sobre o processo de urbanização como mudança qualitativa, trazendo grandes alterações no modo de vida e no cotidiano.

Também utilizei-me do relatório de Voyner Ravena-Cañete (2006), que realizou um diagnóstico socioeconômico da Comunidade Bom Jesus I, além do livro de Aurilea Gomes Abelém (1989), “Urbanização e Remoção: por que e para quem?”, resultado de sua dissertação de mestrado, que analisa a situação de uma área alagada de Belém, envolvendo remoção de famílias, imposta pelo governo. Aborda os efeitos da urbanização sobre um segmento populacional mais pobre,

sendo que o programa de estruturação urbana visava oferecer melhores condições de vida, mas acaba causando várias mudanças no *modus vivendi* dessas pessoas.

O segundo capítulo promove uma discussão sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF). Neste, é realizada uma abordagem teórica sobre o programa e, este tendo como princípio o diálogo entre saberes diferentes e uma atenção integral, além de uma maior participação da comunidade e maior permeabilidade dos serviços às necessidades da população, confere de fato um olhar holístico sobre a saúde? A prática dos profissionais que atuam na ESF visa proporcionar novos significados na relação entre o saber biomédico e uma abordagem mais integral do processo saúde-doença-cuidado. Mas como de fato ocorre a distribuição desse serviço e como é a sua cobertura em Belém?

Neste capítulo, será discutida a criação deste programa e como se encontra sua cobertura em Belém do Pará. Para tal, foram utilizados dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), compreendendo um período entre janeiro de 2012 a outubro de 2017, de modo a analisar o número de agentes comunitários de saúde (ACS) e de equipes de ESF atuando na capital paraense. Também busca analisar o discurso dos interlocutores no que concernem suas percepções acerca da oferta deste serviço de saúde.

Destarte, foram utilizados como referência dados do Ministério da Saúde acerca da Estratégia da Saúde da Família, bem como os objetivos de sua criação como Programa e os caminhos que o levaram à denominação de Estratégia. Também é discutida a perspectiva da resolutividade, que envolve os processos de busca por saúde pela população e em especial, a população em um cenário de vulnerabilidade social.

O terceiro capítulo faz uma análise sobre os trajetos percorridos por alguns dos moradores da referida comunidade em busca de cuidados de saúde, sendo que estes podem transitar tanto entre a rede oficial de saúde e o uso tradicional de formas de tratamento, assim como a percepção destes em relação aos serviços de saúde ofertados no local.

Como referencial teórico, recorri a autores como Cecil Helman (2009) em “Cultura, Saúde e Doença”, que analisa a relação paciente-médico sob o ponto de vista da Antropologia e observam os aspectos socioculturais da doença; Luc Boltanski (2004) em “As Classes Sociais e o Corpo”, que trata das diferenças entre o conhecimento médico-científico e o conhecimento médico-familiar e das frequentes

dificuldades de comunicação entre classes populares e profissionais de saúde; Maria Andrea Loyola (1984), com “Médicos e Curandeiros”, que realiza um estudo antropológico com o intuito de analisar as práticas de saúde em Nova Iguaçu, observando o papel de profissionais da área tais como médicos, farmacêuticos, especialistas em ervas e terapeutas religiosos, bem com o processo terapêutico sob a perspectiva dos pacientes.

Nesse capítulo também tive como referência autores como Minayo (1988), que aborda as representações sociais da relação saúde-doença da classe trabalhadora que vive em favelas no Rio de Janeiro, tendo como base as concepções populares; Claude Lévi-Strauss (1976), em “A Ciência do Concreto” que trata da figura do *bricoleur*. Neste trabalho, o antropólogo estabelece a diferença entre o pensamento selvagem (concreto, simbólico) e o pensamento cultivado (científico, filosófico e que é abstrato). O pensamento primitivo é expresso na figura do *bricoleur*, que consegue realizar um grande número de tarefas diferentes. Muitas vezes o *bricoleur* trabalha por hobby, unindo restos de várias coisas para construir algo. A sua forma de trabalhar não é definida por um projeto definido, mas pelos instrumentos que utiliza. Por exemplo, temos os profissionais de saúde popular, cujo conhecimento não é adquirido em um ambiente acadêmico, mas é tão complexo quanto o conhecimento científico, ainda que frequentemente pouco valorizado.

2 “O ARVOREDO, A BRISA DO MAR, A GENTE AINDA TEM”: CONHECENDO A COMUNIDADE BOM JESUS I

Este capítulo apresenta uma caracterização de parte da comunidade, como já explanado na apresentação, a partir da análise de dados de 47 questionários aplicados junto a seus moradores. Tem por intuito verificar de que modo, sob a percepção de algumas pessoas que vivem na área, os serviços públicos básicos que devem assegurar uma qualidade de vida satisfatória àquela população, são disponibilizados pela gestão pública, ao passo que evidencia aspectos positivos e negativos em se viver no local.

O local, do ponto de vista ambiental, se apresenta como uma amostra da várzea amazônica³⁶, mas se destaca, no entanto, por uma série de alterações decorrentes de fatores já explorados anteriormente, tais como o crescimento populacional acelerado, alguns trechos que, antes cobertos pela vegetação local, agora são ocupados por pequenas casas, kitnets, pontos comerciais, além de alguns problemas remanescentes da ocupação desordenada³⁷, especialmente em período de chuvas, quando moradores precisam utilizar-se de estratégias variadas, dentre elas o aterramento de uma parte das ruas para melhorar a circulação³⁸. Desse modo, como as pessoas percebem o espaço em que vivem? Sendo o termo abrangente e por possuir uma gama de significados, quais questões elas identificam? Trata-se de uma experiência pessoal, sejam quaisquer os motivos que tenham levado seus moradores a mudar-se para a área.

Bauman (2003) explica que algumas palavras, muito mais que o significado que trazem consigo, acabam por guardar sensações, sendo que palavra “comunidade” é uma dessas, pois sugere algo bom: que é bom “ter uma comunidade”, “estar numa comunidade”. Por mais que as companhias e/ou a

³⁶ De acordo com Prance (1980), **várzea**, é um termo empregado para se referir aos terrenos periodicamente inundáveis pelos rios da região amazônica. Ainda segundo Braga (1979), localiza-se na planície de alagação, região que recebe a influência da variação do nível dos rios, nos períodos de cheia e vazante. O lençol de águas subterrâneas é muito superficial. Nos altos rios, as cheias duram meses e são causadas unicamente pelas chuvas.

³⁷ Segundo Machado (2004), o processo de ocupação desordenada ocasionada principalmente pela especulação imobiliária, que faz com que os mais pobres desloquem-se para áreas mais insalubres, sem qualquer infraestrutura e serviços públicos adequados. Outro fator que acelera tal processo é a chegada de migrantes sem posses aos grandes centros urbanos, muitas vezes necessitando deslocar-se para áreas periféricas, passando a ocupar desordenadamente tais espaços.

³⁸ Considerando que se trata de uma área de várzea, o aterramento melhora a mobilidade de pedestres e veículos; no entanto o escoamento das águas das chuvas torna-se fortemente comprometido.

sociedade possam ser más, a comunidade, não é vista dessa forma. O autor a vê como uma espécie de refúgio, porto seguro.

Por outro lado, segundo Durham (2004), a noção de comunidade faz referência a uma coletividade na qual as pessoas que a integram possuem interesses em comum e identificam-se umas com as outras, o que implicaria em relações harmônicas no convívio social, constituindo, por assim dizer, o ideal da vida social. Logo, a comunidade, em seu sentido estrito, se mostra distante de nós, pois o modelo ideal que ela representa se evidencia completamente o oposto à realidade do conflito das relações sociais própria da nossa sociedade. Como Bauman (2003) afirma, este sentido de “comunidade” não se encontra ao nosso alcance, mas no qual gostaríamos de viver.

Desse modo, este capítulo tratará de alguns aspectos relacionados à Comunidade Bom Jesus I, no que diz respeito à oferta de serviços públicos, de que modo eles são ofertados na área, além de traçar um perfil da população entrevistada. Com este objetivo, foram utilizados dados quantitativos coletados na pesquisa de campo, por meio de questionário socioeconômico, com perguntas fechadas e abertas, visando capturar dados capazes de descrever uma parte da comunidade, ainda que em linhas gerais, visando compreender a percepção de alguns de seus moradores sobre o local³⁹.

O capítulo visa, sobretudo, descrever alguns aspectos que influenciam nos determinantes sociais de saúde de uma parcela da população que habita a comunidade, tais como a oferta de serviços básicos (água encanada, saneamento, pavimentação, presença de escolas, serviços de saúde), além do atual quadro do Igarapé Mata Fome, conforme o relato de alguns interlocutores

Assim, para descrever alguns aspectos da comunidade, este capítulo se divide em três seções: a primeira apresenta o processo de ocupação de localidade, ao passo que a segunda seção trata da percepção dos moradores acerca da situação do Igarapé Mata Fome, já que a comunidade cresceu nas proximidades deste corpo hídrico e como esse processo de ocupação conduziu a impactos ambientais que alteram a qualidade de vida de seus habitantes, e a terceira seção

³⁹ Apesar da utilização de dados quantitativos, o que se faz importante para a compreensão, a etnografia também ocorre na própria aplicação deste instrumento de pesquisa, por meio da observação do local, das conversas com moradores.

apresenta os aspectos que os residentes do local consideraram como positivos e negativos em se viver no local.

2.1 Aspectos Gerais da Comunidade Bom Jesus I

O processo de formação da Comunidade Bom Jesus I ocorreu nas proximidades e também no entorno do Igarapé Mata Fome, e se deu principalmente por moradores vindos do interior do Pará, de outros Estados que chegaram à Belém, e também de outros bairros da capital paraense. Dentre os que migram, há a busca tanto por emprego, quanto por melhores condições de saúde e educação. De acordo com Cardoso, Teixeira e Ravena-Cañete (2013), muitos que vem unicamente buscando esse tipo de serviço acabam se deslocando especialmente às periferias da capital paraense por não conseguirem se manter no centro da cidade, em decorrência da especulação imobiliária⁴⁰. Assim, o local passou por um processo de crescimento, sem qualquer planejamento⁴¹

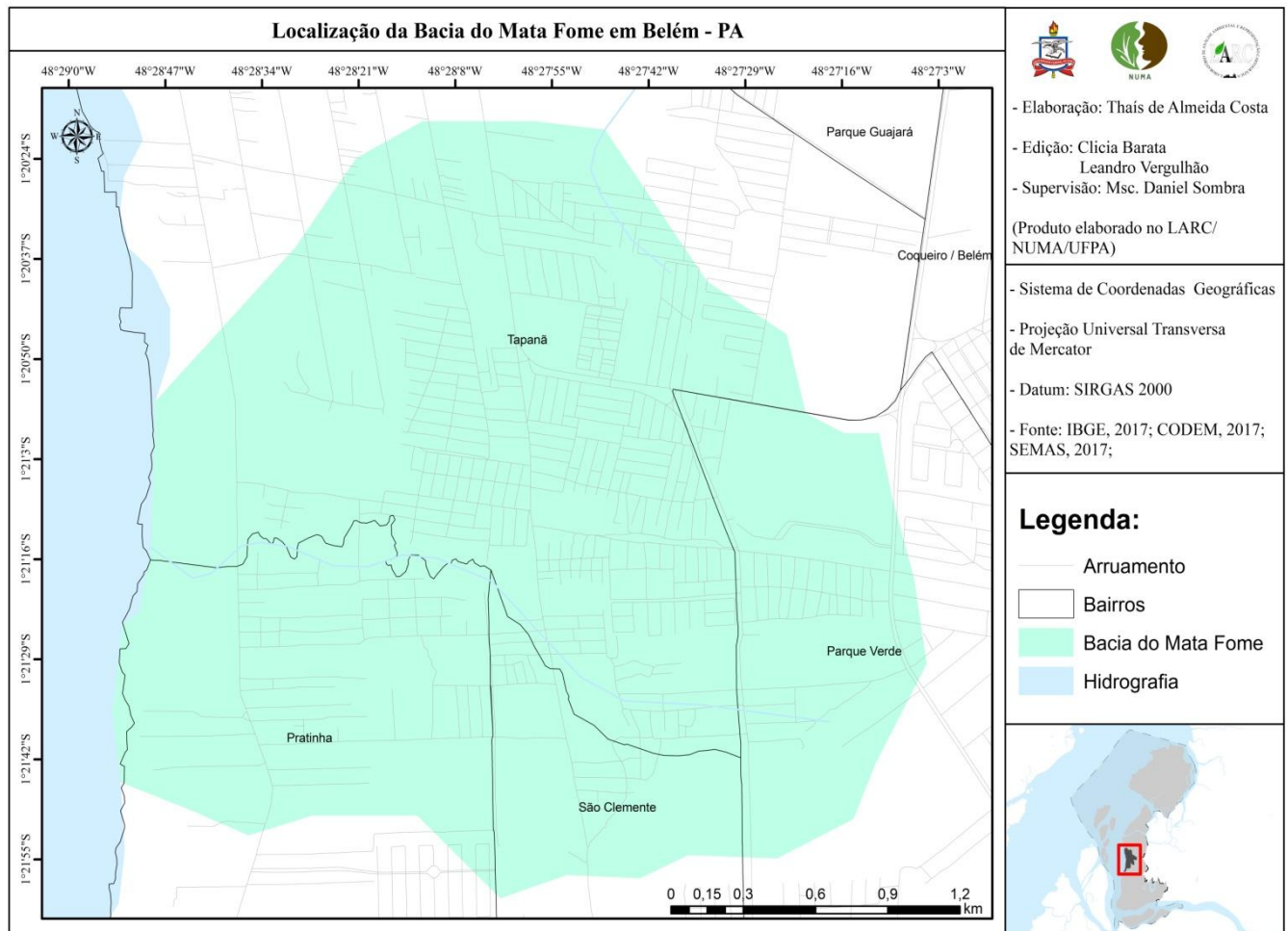
A Comunidade Bom Jesus I, situa-se na Bacia Hidrográfica do Igarapé Mata Fome (BHMF), o qual constitui o limite natural entre os bairros do Tapanã e Pratinha II, que integram a Região Metropolitana de Belém (RMB)⁴². A referida bacia possui uma área de cerca de 300 hectares, englobando parte dos bairros São Clemente, Pratinha, Tapanã, Benguí e Parque Verde (Mapa 1, página seguinte) (RAVENA-CAÑETE, 2006; COSTA; RAVENA-CAÑETE, 2015).

Ravena-Cañete (2006) mostra que, conforme relatos de moradores mais antigos da comunidade, o nome deste curso d'água surgiu em decorrência da abundância de alimentos que existia, tanto no rio quanto no seu vale. Ali, havia pesca de peixe e camarão, bem como coleta de variadas frutas. Logo, por “matar a fome” dos que procuravam por alimento, o igarapé recebeu esse nome.

⁴⁰Conforme Kowarick (1979), o setor imobiliário muitas vezes guarda grandes áreas próximas aos núcleos centrais, à espera de valorização, enquanto que áreas mais distantes, sem infraestrutura, eram abertas para que as classes mais pobres pudessem adquiri-las. Assim, quando essas áreas eram ocupadas, sem qualquer planejamento prévio, teve como base a retenção especulativa de terrenos.

⁴¹Carlos (2007), explica que no ato de “planejar”, subentende-se o habitante enquanto usuário de serviços e, esta redefiniria o que viria a ser a “cidadania” a ser conquistada rumo à realização do “direito à cidade”, abordado por Henri Lefebvre.

⁴²Sua região metropolitana é composta por 5 municípios (Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara). Disponível em: <<http://www.belem.pa.gov.br/planodiretor/paginas/brasao.php>>



Mapa 1– Bacia Hidrográfica do Mata Fome em Belém-PA
 Fonte: LARC/NUMA/UFPA (2018).

O processo de ocupação da Bacia do Mata Fome em Belém, teve início na década de 1980, quando o Estado começou a construção de conjuntos habitacionais por meio da Companhia de Habitação (COHAB) e do Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Pará (IPASEP). Nesse mesmo período, surgem nas proximidades desses conjuntos, ocupações espontâneas, o que ocorre, conforme Rolnik (2006), pois segmentos mais empobrecidos, devido à inviabilidade financeira, acabam por buscar habitats economicamente mais viáveis, muitas vezes precários, inseguros, o que frequentemente resulta em crises ambientais, em decorrência do desmatamento e poluição de corpos hídricos. Desde então, essas ocupações se espalharam ao longo da Bacia do Mata Fome, atingindo sua várzea (SILVA; LUZ, 2016).

A vegetação de várzea existente no local passou por um intenso processo de degradação, cedendo lugar a moradias em grande parte com infraestrutura precária.

O migrante, bem como os pobres já moradores da cidade, tem como alternativa mais viável de habitação (construções palafíticas no entorno ou mesmo em cima do rio), em áreas até então desvalorizadas pelas desvantagens do relevo alagado, mas que apresentam relativa proximidade ao centro urbano além da facilidade de acesso ao rio. Como consequência das ocupações espontâneas, há o aumento da erosão do solo (causada pela remoção da cobertura vegetal), levando ao assoreamento dos corpos hídricos (GASPAR; SOUZA, 2000; LEÃO, 2017)

Considerando as relações que desenham o território, compreender a origem e a possível relação entre os moradores da comunidade se faz importante. A tabela a seguir mostra o local de origem de alguns de seus moradores, sendo que vários destes são oriundos de outros bairros de Belém, mas também de outros Estados, muitas vezes em busca de melhores condições de vida, para acompanhar membros da família que por vezes, já residem no local, entre vários fatores:

Tabela 1– Local de moradia anterior

Localidade de moradia anterior	N	%
Interior do Estado do Pará	18	38,3
Outros bairros de Belém	27	57,4
Outros Estados	2	4,3
Total	47	100

Fonte: Pesquisa de Campo (2016).

Leão (2017) mostra que fatores econômicos e conflitos rurais ligados à posse da terra levaram parte de uma população rural a migrar pra outras cidades da região, sobretudo a partir da década de 1960⁴³, Belém figura como o destino mais buscado para a população que se mudava na esperança de encontrar trabalho e estar próximo a serviços como saúde e educação.

Abelém (1989) afirma que o migrante, ao chegar à capital, muitas vezes encontra dificuldades de inserção no mercado formal de trabalho. Logo, vê na informalidade uma alternativa, chegando a realizar variadas atividades econômicas,

⁴³ De acordo com Trindade Junior (2006) o aparato técnico-político estabelecido a partir dos anos 1960, com a abertura de rodovias e com os incentivos fiscais, buscando aumentar a ocupação do território, ligando-o à divisão territorial do trabalho que ocorria em nível nacional e internacional. Dessa forma, conforme Becker (2005), uma grande mudança ocorreu no povoamento local, que passou a se situar principalmente ao longo das rodovias e não mais ao longo dos rios, como antes, e no crescimento demográfico, especialmente o urbano. Ocorreu um grande processo de mobilidade espacial, com intenso fluxo migratório e expropriação da terra e, assim, ligada a um processo de urbanização. Logo, a Amazônia teve a maior taxa de crescimento urbano no país nas últimas décadas.

normalmente finalizando apenas uma renda muito pequena. Sem opções quanto à localização e forma de moradia, finda por buscar meios mais viáveis para fixar moradia, e comumente isso ocorre em locais desprovidos de infraestrutura urbana.

Os motivos que levaram alguns destes moradores a migrar são os mais variados: acompanhar alguém da família, a buscar por trabalho, melhor acesso a serviços de saúde, a possibilidade de adquirir imóvel próprio (terrenos economicamente mais viáveis), conferir melhores condições de vida, entre outros. Isso é expresso conforme os dados do questionário, aproximadamente 55% dos entrevistados afirmaram ter como origem a zona urbana, enquanto que cerca de 45% disseram ser da zona rural.

Estela, 46 anos, mãe de quatro filhos, afirma ter saído de seu local de origem para proporcionar melhores condições estruturais aos filhos, em decorrência do alto índice de violência do local onde vivia: “A gente veio nem tanto por questão de trabalho, foi mais por causa dos meninos, né, [...] então decidi vir embora” (Estela, 46 anos).

A interlocutora havia explicado que alguns amigos de seus filhos haviam morrido em decorrência da violência local e preocupada que estes tivessem o mesmo destino, decidiu mudar-se para Belém com a família. Além disso, o local onde vivia anteriormente não oferecia, conforme Estela, muitas oportunidades de educação. Todavia, ao chegar à capital, esta continua a ser uma preocupação, pois a violência, como será analisado mais adiante⁴⁴, é apontada como um dos principais aspectos desfavoráveis no cotidiano da comunidade.

Mariana, 73 anos, mãe de seis filhos, explica que se mudou para Belém com a família há aproximadamente 20 anos, em busca de melhores condições de vida (trabalho, acesso a serviços de saúde). Tem seis filhos, e com exceção de um, os demais residem na comunidade, em ruas diferentes. Como outras pessoas que vieram posteriormente a fixar residência no local, o aspecto familiar é um dos principais determinantes que contribui para que estes migrantes consigam se estabelecer na cidade. Assim, a interlocutora explica as motivações que trouxeram sua família à Belém:

Nós viemos pra cá porque lá não tinha trabalho assim, sabe? Não tinha trabalho pros meus filhos, meu marido. Aí, eu vim primeiro com os menino.

⁴⁴ Ver página 67.

Uma filha minha morava aí em Marituba, foi lá e disse pra mandar lhe buscar. Aí ela arrumou uma casinha pra mim, aí o marido dela comprou lá, aí eu vim. Aí depois, com um mês e pouco ele veio atrás. Aí nós num fomos mais pra lá. Nós ficamos aqui (Mariana, 73 anos).

Um importante aspecto que Mariana ressalta é que do local de onde veio, uma comunidade ribeirinha, não havia muitas opção de trabalho e que se vivia basicamente de atividades como roça e a pesca: “De roça, de pescaria, eles pescam, e muita gente lá são aposentado e negócio da pesca, né? Eles pegam aquele dinheiro, por ano... é assim” (Mariana, 73 anos).

Mariana também lembra como era sua vida antes de migrar para Belém e conta como seus pais desempenhavam atividades de subsistência, além de explicar um pouco das dificuldades de se viver no seu local de origem, até mesmo para comercializar produtos, dado o baixo poder aquisitivo da população. Ela explica que boa parte da família ainda reside no local:

Era negócio de fazer farinha, era só de fazer farinha. Aí plantava farinha, feijão, arroz, cana, essas coisas. Era pra nós mesmo. [...] É um lugar que não tem pra quem a gente quase vender nada. Olha, eu tenho um sobrinho que ele tem um sítio só de cupuaçu [...]. Mas olha, quando dá cupuaçu assim esses tempo e ainda tem cupu... ele faz aqueles montes de cupu [cupuaçu]. Aí pra não estragar, ele dá pros outros, porque não tem pra quem vender (Mariana, 73 anos).

Por questões familiares, Mariana e sua família saíram de Marituba e se mudaram para uma cidade da Ilha do Marajó, onde viveram por dois anos. De lá, eles retornaram para Belém, pois, além das escassas oportunidades de trabalho, a renda que um de seus filhos conseguia com o trabalho em olaria, além de oferecer riscos de acidentes, pagava muito pouco. Sobre isso, ela relata: “Ele trabalhava em olaria, de tijolo. Eu tinha medo porque é arriscado, né? Aí os meninos, os outros dois disseram: ‘olha mamãe, nós vamo embora daqui, aqui não dá pra nós’” (Mariana, 73 anos)

Muitos optam pela cidade por motivos variados, especialmente pelo acesso deficitário às condições básicas para sua subsistência em seu local de origem. Sem perspectivas no ambiente rural, migram para a urbe, ainda que não haja uma identificação com o modo de vida urbano. Desse modo, a adaptação à vida citadina

significa defrontar-se com um *modus vivendi* bastante diferente (TRINDADE JUNIOR, 2016).

Assim, eles retornaram à Belém e contaram com a ajuda de conhecidos que já moravam na cidade há vários anos, sendo que um destes ajudou dois dos filhos da interlocutora a conseguir trabalho. Inicialmente, por questões financeiras, a família toda não pôde se mudar e os filhos ajudavam financeiramente, ainda que permanecendo temporariamente no local.

Laura, 80 anos, também migrou para Belém em busca de trabalho. Trabalhou em casa de família, voltou para seu local de nascimento e retornou para a capital. Posteriormente, como a filha havia comprado um pequeno terreno onde hoje se localiza a comunidade, para lá se mudou há aproximadamente 20 anos:

Eu vim atrás de trabalho [...] Eu tinha uns 16 anos. Eu vim me empregar, trabalhei, fui morar lá na Pedreira trabalhar na casa de uma família, depois fui me embora [voltou para sua terra de origem], depois voltei, depois arranjei marido [...] morei na Radional [rua localizada no bairro da Condor], quando tava com o pais dos meus filhos [...] esse tempo era melhor pra lá, era uma fazenda de boi... era uma invasão. De lá a gente via a beira do rio, era bonito. Aí, [posteriormente ela voltaria para seu local de nascimento], depois me separei, vim me embora, fiquei pra cá, fiquei ali no [bairro do] Telégrafo, fiquei muito tempo lá [...].Minha filha veio pra cá e comprou esse lugarzinho aqui, fez uma barraquinha (Laura, 80 anos).

Foi possível também constatar que parte considerável dos entrevistados do questionário se encontra desempregada ou vive de pequenos bicos, alguns com rendimentos mensais que não chegam a um salário mínimo. Como explica Abelém (1989), muitas vezes o migrante ao chegar à cidade, não consegue emprego no mercado formal e então, adere ao mercado informal, sendo que para muitos, a volta ao local de origem se torna inviável. Com ganhos muitas vezes escassos, tem suas opções por local e tipos de moradia bastante restritos. Assim, busca formas mais viáveis de se estabelecer com a família, e acaba se fixando em áreas insalubres.

Artur, 57 anos, que mudou-se de um outro bairro da capital paraense para a comunidade, lembra como era o local ainda no início do rápido processo de ocupação que ocorreu na área:

Era bem rústico, tinha muita árvore, muita coisa, muita água, o significado é de interior mesmo. Tanto que até um tempo desse a gente ainda encontramos camaleão, já chegamo a encontrar cutia, quando a gente viemo pra cá, jiboia, diversos tipos de bicho... (Artur, 57 anos).

Quando se caminha pela comunidade, sobretudo nas proximidades de alguns trechos do igarapé, de fato é fácil relacionar a algum local do “interior”, que remeta a uma paisagem ribeirinha. Há a presença da várzea (ainda que bastante reduzida), e vários terrenos com açaçais. Sua fala revela também que o local passou por drásticas transformações, haja vista que ele relata o que no início da ocupação era encontrado facilmente (animais, determinados tipos de vegetação) e que hoje, isso ocorre em menor escala, em decorrência dos impactos ambientais ocasionados principalmente por ações antrópicas.

Quando o interlocutor fala “o significado é de interior mesmo”, lembrei que durante algumas “andanças” pelo local, era possível observar que alguns moradores, sobretudo os que moravam nas proximidades do Igarapé Mata Fome, faziam criação de animais, como por exemplo, porco ou galinha. Pude notar esse aspecto quando entrevistei uma das interlocutoras, que mora bem próximo ao igarapé. Essa “ruralidade” ainda se faz presente em alguns trechos da comunidade.

Outro morador do local, Pedro, de 23 anos, apresenta um relato que corrobora tais características sobre o momento inicial da ocupação do local. Destaca, ainda, que os moradores percorriam os espaços utilizando-se de estivas e que grande parte dos terrenos era alagada ou alagadiça e que passaram por um processo de aterramento, sobretudo nas principais vias, o que permitiu que essas pessoas pudessem construir suas moradias conforme suas possibilidades:

Na verdade era só ponte e tudo era muito alagado, os terrenos eram todos muito alagados [...] mudou muito rápido. Com o advento dos aterros que começaram a ser postos, tudo mudou muito rápido. A partir do aterramento dessas vias e da transformação delas que passaram de pontes a ruas de fato, as pessoas tiveram a liberdade né, a possibilidade de aterrar o seu quintal e construir suas casas da forma como queriam, porque era muito complicado você fazer uma casa de alvenaria em um terreno tão alagado. Pra uma casa ficar de pé, eram questões que com certeza iriam envolver engenheiros e etc. (Pedro, 23 anos).

Essa celeridade, de fato, advém do tempo de moradia do interlocutor no local. Sua idade revela que, ele tinha por volta de 10 anos quando foi realizado o aterramento⁴⁵, por isso, possivelmente, afirma que o processo ocorreu rapidamente,

⁴⁵Por volta do ano de 2004, várias ruas que integram a comunidade passaram por um processo de aterramento, que visava facilitar a circulação de moradores e veículos. Todavia, como não há um sistema de escoamento pluvial, há um empocamento das águas das chuvas, tornando as vias escorregadias, causando alguns transtornos aos moradores.

o que na realidade não ocorreu. O processo de ocupação do local no qual a área onde hoje se localiza a comunidade teve início na década de 80 e intensificou-se na década de 90. O aterramento de ruas ocorreu somente em meados dos anos 2000.

Ele também chama a atenção para aspectos relacionados à saúde dos moradores, já que antes de passar pelo processo de aterramento, se encontravam bastante expostas à alagamentos, sobretudo em períodos de chuva, o que levava muitas pessoas a construírem suas casas em um nível bem mais alto em relação à rua. Os alagamentos ainda constituem um problema para vários moradores, pois o nível das águas do igarapé sobe consideravelmente:

Outra questão que eu posso te dizer com relação à essa questão de saúde, por exemplo, é a questão do alagamento, que sempre foi muito preocupante, tanto que na nossa rua e nas outras casas eles sempre procuraram fazer os “baldames”⁴⁶, a própria estrutura das casas, né, um pouco maior, mais altas. Aqui na rua de casa, por exemplo, pode perceber, por exemplo, aqui em casa é bem alto (Pedro, 23 anos).

Além de construções palafíticas presentes no entorno do igarapé, ainda é possível observar em algumas ruas, casas de madeira com estrutura mais alta, em decorrência do aumento do nível das águas deste corpo d'água, o que ocorre, como já mencionado, entre no período entre janeiro e abril. No caso da Comunidade Bom Jesus I, é notável a pavimentação somente nas principais vias, sendo que as demais ruas, principalmente em períodos de chuvas estão sujeitas a constantes alagamentos, sendo que em algumas destas, os moradores ainda dependem de estivas para circular, o que pode ser observado na figura a seguir:

⁴⁶ Baldames são vigas horizontais de alvenaria ou madeira, disposto ao longo dos alicerces da construção.



Figura 1– Trecho do Igarapé Mata Fome
Fonte: COSTA, 2017.

A imagem mostra um trecho do igarapé Mata Fome, sendo que se pode notar que tanto neste quanto em outros, os moradores precisam se locomover por meio de pontes, que muitas vezes irregulares, oferecendo risco de quedas. É possível observar uma disposição irregular de casas. A imagem foi realizada em dezembro de 2017 quando já se iniciava o período de chuvas, mas é perceptível o nível em que as moradias precisam ser construídas, em decorrência do nível das águas, especialmente quando o índice pluviométrico é maior.

Em períodos de chuvas intensas, por exemplo, a circulação por algumas ruas torna-se mais difícil, pois algumas vias tornam-se completamente enlameadas e como há o aumento do nível das águas do igarapé, há o alagamento de várias vias da comunidade, especialmente as que não passaram por um processo de aterramento, como a da figura 2, localizada próxima ao Igarapé Mata Fome:



Figura 2- Vias não aterradas próximas ao Igarapé Mata Fome
Fonte: Projeto Mata Fome (2006).

Assim, conforme a cidade cresce, parte substancial de uma população mais pobre ainda busca os espaços muitas vezes inadequados à habitação, como as periferias, loteamentos clandestinos, baixadas, entre outros, ocupados pelos excluídos, sendo-lhes negado o direito à cidade formal⁴⁷. Esses espaços são, muitas vezes, marcados por uma infraestrutura precária, além de comprometer a qualidade de vida de uma parcela significativa da população (DIAS, 2007).

No que diz respeito à ocupação de áreas alagadas/alagáveis, em Belém, o tipo mais comum de assentamento precário é a chamada **baixada**⁴⁸, que é marcada por uma maior densidade populacional, pela precariedade da infraestrutura urbana, o que traz graves consequências à manutenção da qualidade de corpos d'água, por frequentemente serem utilizados como esgoto. As baixadas de Belém representam a

⁴⁷ Grostein (2001) explica que a **cidade formal**, concentra maior parte dos serviços públicos e, de outro, a **cidade informal**, se mostra desassistida e cresce sem qualquer planejamento. O termo cidade informal, conforme a autora, está relacionado ao processo da expansão urbana desordenado e à exclusão social. Nele, implica-se que o acesso à cidade é desigual, o que pode ser observado nas diferentes formas de ocupações: loteamentos irregulares; favelas, e como também pode ser observado em Belém, as **baixadas**.

⁴⁸ O termo **baixada**, de acordo com Trindade Júnior (1997), está relacionado às condições de algumas partes do solo urbano, correspondentes ao nível de planície de inundação, alagadas permanentemente ou alagáveis durante determinados períodos do ano (particularmente períodos de chuvas).

cidade informal, que está à margem, formada a partir da ocupação de terras desvalorizadas pelo mercado formal (RODRIGUES *et al*, 2014).

As baixadas tornaram-se a principal expressão da cidade precária na capital paraense e são compreendidas como assentamentos deficientes, por terem como principais características o grande contingente populacional, a insuficiência de habitações, construções palafíticas⁴⁹ e infraestrutura deficitária. O estado de precariedade está diretamente ligado à condição de fragilidade ambiental do local sob processo de crescimento sem as condições para tanto (RODRIGUES, TAVARES, MIRANDA, 2016).

Abelém (1989) afirma que nos principais centros urbanos, o crescimento rápido e desordenado traz consigo uma série de problemas. Com um grande fluxo de migrantes para as cidades, nota-se que as mesmas acabam enfrentando várias dificuldades de demanda por serviços urbanos sem o devido preparo para atendê-la. Assim, os bairros em áreas periféricas crescem rapidamente por meio da invasão de terrenos desocupados.

Assim, é possível constatar uma ocupação desordenada ocasionada principalmente pela dinâmica imobiliária, que promove o deslocamento de segmentos populacionais mais empobrecidos para periferias desassistidas, tanto de infraestrutura quanto de serviços públicos adequados. Dentre estes destacam-se o fornecimento de água, iluminação pública, policiamento, escolas, feiras, entre outros, como pode ser observado na tabela a seguir:

⁴⁹ A palafita é uma forma de construção característica da área de várzea e tem caráter extremamente eficiente do ponto de vista ambiental. Todavia, em decorrência da densidade populacional que marca o ambiente urbano, suas características perdem a eficiência inicial, especialmente pela precariedade de serviços básicos de esgotamento sanitário e de abastecimento de água.

Tabela 2– Presença de serviços públicos na Comunidade Bom Jesus I

Serviços	Nº	%
Água encanada		
Sim	29	61,7
Não	18	38,3
Coleta de lixo		
Sim	39	83
Não	8	17
Pavimentação		
Sim	4	8,5
Não	43	91,5
Iluminação Pública		
Sim	38	80,9
Não	9	19,1
Escola Pública		
Sim	10	21,3
Não	37	78,7

Fonte: Pesquisa de Campo (2016).

Além disso, conforme dados do questionário socioeconômico, no que diz respeito ao abastecimento de água⁵⁰, por exemplo, mais de 60% dos entrevistados afirmaram dispor de água encanada em suas residências, mas alguns destes afirmaram que não a utilizam, ou a utilizam pouco em decorrência da baixa qualidade da mesma. Um número considerável (38,3%) disse não ter acesso à água encanada ou nunca a utilizam. Logo recorrem a outras estratégias para ter acesso à água potável própria ao consumo.

Dessa forma, uma parcela significativa dos entrevistados recorre a outros meios para ter acesso à água apropriada ao consumo, como o uso de poços (artesianos ou não artesianos), que podem ser próprios ou da vizinhança. Durante a realização da pesquisa, nas observações em campo, foi possível constatar que há vizinhos que normalmente fornecem água de poço a outros vizinhos, a partir de um pagamento semanal.

⁵⁰ Conforme Sousa e Bordalo (2015), os vários problemas causados pela falta de água estão ligados às reivindicações por parte da população que ainda apresenta um déficit de abastecimento em suas residências. Dois motivos são indicados como as principais causas da falta de água própria para o consumo na cidade de Belém: O primeiro está relacionado ao desgaste que a infraestrutura do sistema de abastecimento de água tratada sofre com o decorrer dos anos; a perda do investimento no sistema também que também não acompanhava o aumento populacional na direção das periferias da cidade, não havendo, dessa forma, uma expansão da rede de abastecimento até esses locais.

Mariana contou um pouco a respeito da forma como consegue água para o consumo em sua casa, já que aquela que chega nas torneiras das residências de muitos moradores da comunidade é de má qualidade. Desse modo, muitos fazem uso do poço artesiano, como já mencionado, ou recorrem a um morador que tenha, como a interlocutora relata:

Tem tempo que não dá água dessa da rua, né? [se refere à água encanada] Mas nós não tem água da água, nós tem de poço que nós cavamo mesmo [...] Tem tempo que não dá [se refere à água encanada] às vezes passa de semana que não dá[...] Até essa menina que mora aqui [sua vizinha], fazia semana que ela não lavava roupa [...] ela usava água da rua [encanada]. Aí fazia semana que ela não tinha água, aí ela veio em casa, pediu pra mim, pra mim dar uma água pra ela, nós usa de poço, né [...] daí que ela puxa água pra casa dela, do meu poço (Mariana, 73 anos).

Assim, esse tipo de rede de apoio entre vizinhos se mostra muito importante na tentativa de superar um cenário de precariedades. Como Mariana também havia relatado, sua vizinha algumas vezes não tinha dinheiro para comprar água de algum vizinho que tem poço artesiano em seu terreno; assim a interlocutora resolve ajudá-la sem cobrar qualquer valor, ainda que alguns vizinhos até mesmo questionassem tal atitude, já que a venda de água é considerada normal na comunidade.

É válido pensar no princípio da **reciprocidade** (MAUSS, 2005), que alimenta as relações sociais e as sociabilidades entre os vizinhos; aqui mostra-se um espaço de trocas. Aqui, embora não esteja explícita a obrigatoriedade da **retribuição**, ela contribui para o fortalecimento da sociabilidade. Tais relações se mostram muito importantes na troca de favores, quando, por exemplo, uma vizinha leva uma refeição para outra, ou uma vizinha que acompanha a outra em uma consulta médica. Essas relações de ajuda mútua se fazem muito presentes em cuidados de saúde, o que será melhor analisado no terceiro capítulo.

Outro aspecto que também foi possível observar em pesquisa de campo, é que não há escola pública na comunidade, mas uma apenas uma creche que funciona no Centro Comunitário. Seguramente, os que afirmaram existir essa escolha (cerca de 21% dos entrevistados) estavam se referindo a esse espaço. As escolas públicas, de fato, são encontradas em outros bairros (Pratinha I, Tapanã), sendo que há um maior número de escolas de ensino fundamental até a quarta série

e as escolas de ensino médio e fundamental até a oitava série encontram-se mais distantes e há a necessidade de transporte para os moradores.

Quanto ao grau de instrução dos entrevistados (englobando também o seu núcleo familiar) é possível analisar que parte considerável destes possui um baixo grau de escolaridade, conforme a tabela a seguir:

Tabela 3—Grau de escolaridade de moradores entrevistados (Não estudantes)

Escolaridade (Não Estudantes)	N	%
S/Instrução	7	6,93
Alfabetizado	10	9,9
CFIE	3	2,97
1º Grau Menor Compl.	2	1,98
1º Grau Menor Incomp.	31	30,69
1º Grau Maior Comp.	0	0
1º Grau Maior Incomp.	16	15,84
2º Grau Comp.	19	18,81
2º Grau Incomp.	9	8,91
3º Grau Comp.	4	3,96
3º Grau Incomp.	0	0
Total	101	100

Fonte: Pesquisa de Campo (2016).

O baixo grau de instrução pode limitar as oportunidades de inserção no mercado de trabalho formal, além de, conforme Buss (2000), possuir, juntamente com as condições precárias de moradia, um papel decisivo na situação de saúde de uma população, influenciando diretamente em sua qualidade de vida.

É válido notar também que o grau de escolaridade é um aspecto fundamental na análise de determinantes sociais de saúde, assim como para a discussão para a elaboração de práticas de promoção da saúde. Um baixo nível de instrução pode prejudicar em questões tais como o autocuidado em saúde, e também no próprio desenvolvimento da noção de cidadania (BRASIL, 2004).

Ainda conforme Barata (2009), a busca por serviços de prevenção se mostra ainda mais acentuada de acordo com a escolaridade do indivíduo. Além disso, pessoas com maior nível de instrução possuem maior acesso à informação e conseguem absorver melhor essa informação, tanto por campanhas de prevenção e promoção da saúde quanto por outras fontes.

Já no que diz respeito à pavimentação, esta é presente somente nas principais vias, em decorrência da circulação de transporte público e mesmo assim, trata-se de um asfaltamento de má qualidade sem a devida preocupação com o esgoto ou ao escoamento pluvial. As ruas, dessa forma, principalmente em períodos de chuvas, estão sujeitas a constantes alagamentos. Como a maior parte dos questionários foi aplicada em vias menores, mais ao interior da comunidade, a maior parte dos moradores pôde confirmar essa ausência, o que pode ser observado na seguinte imagem:



Figura 3—Rua Dr^a Leia, Comunidade Bom Jesus I
Fonte: COSTA (2017).

A imagem acima, realizada em janeiro de 2017, mostra uma realidade distinta daqueles que moram às margens do igarapé Mata Fome, haja vista que grande parte das moradias é de alvenaria (ainda que o processo de aterramento, como já mencionado anteriormente, não seja o suficiente para evitar os alagamentos, o que dificulta a mobilidade dos moradores). Atualmente, ainda que a ocupação às margens desse corpo hídrico tenha aumentado, muitos já procuram por casas mais afastadas do igarapé, fugindo, dessa forma das inundações provenientes das chuvas e do aumento das marés. Assim, as palafitas que o circundam são principalmente de famílias de baixa renda que, ainda não podem arcar com a mudança para um lugar com melhor qualidade de vida.

Assim, Agier (2011) afirma que é importante pensar a cidade a partir desses espaços desprovidos de equipamentos básicos que assegurem a qualidade de vida de sua população, aos quais o autor se refere como “simples aglomeração densa e heterogênea que se fixa e se transforma sem projeto inicial de cidade” (idem, p.40), já que a urbe cresce rapidamente, e alguns espaços se expandem sem qualquer planejamento e sem a ação de políticas públicas de habitação e saneamento a essas pessoas, destituídas do “direito à cidade” de que trata Lefebvre (2011) e que vivem em ambientes insalubres.

2.2 A ocupação no entorno do Igarapé Mata Fome

A situação da bacia hidrográfica do Igarapé Mata Fome consiste em um processo de ocupação de planícies de inundação dos igarapés, que passam por períodos de enchentes. A ocupação dessas áreas ocorre desordenadamente, fato alimentado pelo crescimento populacional nos centros urbanos, o que leva ao aumento pela procura por novos espaços. Assim, a ausência de políticas adequadas frequentemente conduz a grandes mudanças no meio ambiente, causando a deterioração do mesmo (RAVENA-CAÑETE, 2006).

Quando há a cheia do Igarapé Mata Fome, há alagamentos em várias casas da área, tornando a população suscetível a vários tipos de doenças, até mesmo pelo fato de o igarapé encontrar-se em um severo grau de contaminação, o que pode ser constatado pela percepção da maioria dos moradores (40 dos 47 entrevistados), sendo que 29 destes (61,7%) consideram a situação a situação deste corpo hídrico como sendo “péssima” conforme a tabela a seguir:

Tabela 4–Situação do Igarapé Mata Fome

O que você acha da atual situação do IMF?	Nº	%
Boa	1	2,1
Regular	4	8,5
Ruim	11	23,4
Péssima	29	61,7
Não Soube	2	4,3
Total	47	100

Fonte: pesquisa de campo (2016).

A situação do Igarapé é corroborada conforme o relato de Luiza que mora nas proximidades deste corpo d'água, e explicou que: “Às vezes aqueles homens que ajeitam ali o canal, vem ajeitar aqui [...] da Prefeitura, vem pra limpar tudinho”. (Luiza, 37 anos).

Quanto ao tempo que levam entre uma limpeza e outra, a moradora explica que há uma demora na realização do serviço; todavia, quando eu a entrevistei, foi possível observar alguns trabalhadores realizando a limpeza nas margens do igarapé, recolhendo lixo que é despejado naquele local:

Olha mana, demora, demora, só quando eles mandam pra virem limpar mesmo [...] até televisão eles jogam aí, televisão, é geladeira, televisão, computador, jogam aparelho de som, né, só o que eu num vi ainda foi cama, agora sofá foi muito, geladeira também [...] (Luiza. 37 anos).

Como observam Carmona *et al* (2010), o processo de ocupação, sem qualquer planejamento, na área do Igarapé Mata Fome e o acelerado crescimento populacional levou a um grande impacto ambiental na região, em decorrência da retirada da vegetação de várzea e a construção de palafitas em seu lugar. A madeira utilizada para a construção das habitações era extraída da própria mata no entorno do igarapé. Isso trouxe muitos prejuízos à qualidade do mesmo, já que os dejetos e matérias orgânicas e inorgânicas eram e são jogados diretamente neste.

Quando entrevistei Luiza, por exemplo, foi possível observar até mesmo um colchão que haviam jogado em uma de suas margens. Há o fator agravante de que em algumas moradias no entorno do igarapé (nota-se que suas águas as “circundam”), e não há sistema de esgotamento sanitário, sendo que dejetos são jogados diretamente em suas águas.

Mesmo com o severo grau de contaminação em que se encontra, ainda há vida no igarapé e no seu entorno. Enquanto Luiza e eu conversávamos nas proximidades do igarapé, foi possível observar até mesmo algumas garças se alimentando. Desse modo, ainda há resquícios de como era este corpo d'água em um período inicial (mesmo com o contínuo processo de ocupação).

Outra moradora, Marília, 40 anos, que mora na comunidade há aproximadamente 20 anos, relembra como era a paisagem local quando se mudou. O igarapé era fonte alimento e lazer para os que se fixavam naquele local;

entretanto mesmo que ainda haja vida neste corpo d'água, não se encontra adequado para consumo:

Quando a gente veio pra cá, era deserto, tinha pouquinha casa [...] tinha montanhas e montanhas de terra. O Igarapé era limpo, era limpinho, a gente tomava banho. Tinha uma amiga que pegava camarão, eu comia camarão. Dava camarão, peixe, até hoje ainda dá, mas não dá pra comer. (Marília, 40 anos).

Na imagem a seguir (figura 4), por exemplo, é possível observar o lançamento de esgoto diretamente no Igarapé Mata Fome, o que também contribui para o alto grau de contaminação que apresenta, além da ausência de drenagem pluvial, tornando-se completamente alagadas em períodos de chuva, dificultando a locomoção, tanto a pé quanto de veículos. É possível observar a ocupação desordenada em seu entorno e também a presença da vegetação de várzea, ainda que escassa:



Figura 4– Lançamento de esgoto no Igarapé Mata Fome, Com. Bom Jesus I
Fonte: COSTA (2017).

Esse trecho do igarapé me chamou a atenção, pois fica localizado na Rodovia Arthur Bernardes e sempre passava de ônibus por essa local, a caminho das atividades do projeto e da pesquisa de campo; há uma ponte à esquerda, pois há

residências ali. É possível observar que houve uma grande retirada de mata ciliar, além da presença de lixo,

A figura também expressa um dos principais problemas da cidade de Belém que é o saneamento ainda precário. Conforme os últimos dados do relatório do Instituto Trata Brasil (2017), Belém apresenta um dos piores atendimentos ao esgoto do Brasil. A cidade apresenta somente 12,8% do esgoto coletado e tratado, encontrando-se na 94ª colocação entre 100 cidades brasileiras pesquisadas. Também é um dos municípios com pior tratamento de esgoto referido à água consumida, sendo que apenas 1,46% deste é tratado:

Tabela 5– Cidades com piores atendimentos ao esgoto

Colocação	Município	UF	IN056 (%) [1]
91	Rio Branco	AC	22,55
92	Juazeiro do Norte	CE	21,99
93	Teresina	PI	19,96
94	Belém	PA	12,8
95	Manaus	AM	10,4
	Jaboatão dos		
96	Guararapes	PE	6,66
97	Macapá	AP	5,44
98	Porto Velho	RO	3,71
99	Ananindeua	PA	2,09
100	Santarém	PA	01

Fonte: Adaptado do Relatório do Instituto Trata Brasil (2017).

Belém também está entre os municípios que receberam nota zero no quesito avanço no atendimento de esgoto, promovendo zero de ligações de esgoto faltantes (259.102) para a universalização do serviço, ainda que tenha aumentado em 21% pontos percentuais (p.p.) o seu nível de atendimento de água entre 2011 e 2015. (TRATA BRASIL, 2017).

Quanto às condições do terreno onde vivem os moradores entrevistados, de acordo com os dados do questionário socioeconômico, 27,7 % dos moradores afirmaram viver em terreno alagável, que geralmente alaga em períodos de chuvas intensas (durante o inverno amazônico) e 19,1 % vive em terreno alagado, sendo que 46,8% da população entrevistada vive em áreas que podem ser consideradas muitas vezes insalubres, com uma distribuição irregular de casas o que pode ser verificado na imagem (figura 5) a seguir:



Figura 5– Disposição irregular de casas no entorno do Igarapé Mata Fome
Fonte: COSTA (2017).

A imagem acima foi realizada em março de 2017, quando há o aumento no nível das marés. Neste trecho, só é possível circular por meio de pontes. Aqui, é possível observar a disposição irregular de moradias. O igarapé circunda as casas e nota-se também que há o despejo direto de resíduos sólidos em suas águas, o que contribui para o aumento do seu grau de contaminação.

Assim, Maricato (2000) afirma que locais ambientalmente frágeis, tais como rios, igarapés e áreas alagáveis, são os locais que restam a essa população excluída da cidade formal. Há várias consequências desse processo desordenado, tais como a poluição de cursos d'água, além de enchentes, epidemias, etc. Essas pessoas fixadas nesses locais moram em residências muitas vezes inapropriadas, além de, conforme a autora, serem tidas como inimigas da qualidade de vida e do meio ambiente. Essa é a realidade vivida na Comunidade Bom Jesus I.

Pedro recorda do igarapé enquanto um espaço de sociabilidade, em que famílias que moravam na comunidade se reuniam no entorno do igarapé, que constituía-se enquanto um local de lazer, o que deixou de ocorrer, conforme o processo de contaminação deste curso d'água ocorria em decorrência do rápido processo de ocupação em suas proximidades. A pesca era prática comum, mas em

decorrência do grau de contaminação em que se encontra, tal atividade foi reduzida drasticamente:

Uma tarde como hoje, sábado, iam famílias pra lá, assar seu churrasco, as vezes eles pescavam lá... essa prática da pesca ainda existe, os meninos vão pra lá, pescam... ali ficava como uma espécie de prainha. Só que com toda essa contaminação da água, não teve mais como se perpetuar essa prática (Pedro, 23 anos).

Helena, mãe de Pedro, lembra da pesca realizada no local; todavia ela não conseguia identificar se os “ribeirinhos”⁵¹ eram de fato, moradores locais, já que não sabia se eram da comunidade ou da região das ilhas. De fato, há pessoas que ainda realizam tal prática. Quanto aos que comercializam açaí, não consegui uma informação precisa, se estes são da comunidade ou se são de outras localidades próximas à Belém. Assim, conforme a interlocutora, o lazer ocorria especialmente com o aumento do nível do rio e algumas pessoas se banhavam em suas águas:

Quando a maré tava cheia, a gente só ia pra lá quando a maré tava cheia, né filho? Alguém ia ver se maré tava cheia, [...] aí diziam, “a maré tá cheia” a gente ia, e os ribeirinhos sempre tiram muito açaí aí, né, peixe, eles pescam á noite [...] ribeirinho assim, na realidade não sei nem te dizer se é ribeirinho mesmo, mas os ribeirinhos que vendem açaí, é. Agora os que vendem peixe eu não sei se são daí mesmo, mas os ribeirinhos eles vem de outro lado, porque o açaí não tem... (Helena, 50 anos)

Os ribeirinhos aos quais Helena possivelmente se refere são moradores da comunidade que realizam a pesca. Eles saem por um trecho do igarapé que desemboca na Baía do Guajará (figura 6), onde realizam a atividade. O trecho da imagem seguinte se localiza do outro lado Rodovia Arthur Bernardes (paralelo ao da imagem anterior). Este me chamou ainda mais a atenção pelo fato de haver um constante fluxo de canoas, indo e vindo da região das ilhas. Aqui, interlocutora se refere a um período em que havia se mudado há pouco tempo para a área (aproximadamente 15 anos atrás) quando havia a prática do lazer neste corpo hídrico.

⁵¹ Conforme Loureiro (2004), o ribeirinho vive à margem de rios e igarapés, o que pode ocorrer tanto no ambiente urbano quanto em pequenas comunidades, ou em agrupamentos ou isolado nas proximidades de um trapiche de madeira que se volta ao rio, aonde aportam embarcações; já de acordo com Neto e Furtado (2016), o ribeirinho busca identificar um perfil sociocultural de grupos que se fixaram na beira de rios, num espaço onde se desenvolvem relações socioculturais, conforme as características desse lugar, o que reflete na forma de viver, nos hábitos alimentares, nas práticas religiosas, etc..

Além disso, a pesca era praticada com maior frequência, em um período em que a ocupação em volta do igarapé ainda era escassa, e muitos dos sujeitos que ali habitavam realizavam tal prática. Ainda que seja um corpo d'água rico em vida, aquilo que poderia ser utilizado como fonte de alimento encontra-se agora impróprio para consumo. A moradora, além de lembrar algumas espécies de peixes, vislumbra brevemente sobre as características do local ainda num processo inicial.



Figura 6– Trecho do Igarapé Mata Fome que faz ligação com a Baía do Guajará
Fonte: COSTA, 2017.

A imagem acima foi realizada em uma manhã, em dezembro de 2017, enquanto eu conversava com um morador da comunidade, e ele me explicava que alguns de seus habitantes são pescadores e saem desse trecho do igarapé, que desemboca na Baía do Guajará. Há também o transporte de pessoas que moram na região das ilhas para Belém, o que também pode ser observado nesse local. Quando estava a caminho da comunidade, pela Rodovia Arthur Bernardes, vi várias pessoas em uma canoa como esta chegando (no entanto, não tenho certeza se era este pescador que os trazia). Infelizmente, não consegui fazer o registro, mas nessa imagem, mostra que ele irá transportar uma pessoa (a moça de pé), possivelmente para a região das ilhas. Esse fluxo de pessoas nesse local é constante. A pesca é

realizada tanto para o consumo próprio quanto para venda. Assim, essa atividade não é mais realizada no igarapé (ou pelo menos em grande parte deste), mas este é utilizado como caminho para a realização da mesma na baía.

A moradora ainda lembra-se de um período em que o igarapé ainda não se encontrava contaminado e o número de habitantes era bastante reduzido, que muitos jovens gostavam de pescar, a quantidade de casas em torno deste curso d'água era relativamente escasso e alguns desses moradores o tinham como fonte de alimento:

Os meninos contavam que antes eles pescavam tamuatá, que o tamuatá tu sabe que ele gosta de vala, né? aí os meninos comiam jejú, traíra parece. Não era cheio, não era cheio de casas em volta do igarapé, era muito pouco. Quando nós chegamos aqui, aí a rua de trás era muito mato... era poucas casas, a gente varava tudinho aí nesses terrenos baldios (Helena, 50 anos).

Pedro explica que o igarapé, antes tido como fonte de vida, alimento e lazer, um local de sociabilidades, tornou-se reduto de preocupações, haja vista que encontra-se em avançado estado de contaminação e, quando há o aumento do nível de suas águas (o que ocorre no período do inverno amazônico), há o receio da proximidade com suas águas, que se tornaram vetores de doenças:

A água antes ela era vista né, a chegada dela, a proximidade dela, como um recurso natural, um recurso benéfico, onde você podia ter um momento de lazer, o igarapé, tinha a água, tinha a função social, tinha função de subsistência, hoje em dia não. Hoje em dia, a chegada da água você traz junto, traz consigo doenças. É assim que o morador enxerga atualmente (Pedro, 23 anos).

Desse modo, o Igarapé Mata Fome, dado o seu severo grau de contaminação, em meio a esse processo, teve a sua função social do passado de saciador de fome e de ambiente de lazer praticamente anulada, pois, como pode ser constado pela percepção dos moradores, este se apresenta inapropriado para uso.

Conforme algumas conversas com moradores da comunidade, muitos optavam por viver no entorno do igarapé, pois viabilizava a obtenção de recursos para a sobrevivência (pesca de peixe e camarão) e representava um espaço natural de lazer; todavia, este quadro mudou bastante nos últimos anos, em decorrência dos processos antrópicos, como já mencionado, em seu entorno.

2.3 Quais os aspectos positivos e negativos apontados pelos moradores de se viver na comunidade?

Quando questionados sobre os aspectos positivos de se viver na comunidade, as respostas foram bastante variadas, como é possível observar na tabela a seguir:

Tabela 6– Vantagens apontadas pelos entrevistados em se viver na Comunidade

Qual a principal vantagem de morar nesta comunidade?	N	%
Não há vantagens	13	27,7
Boa vizinhança	6	12,8
Acesso fácil ao transporte público	10	21,3
Morar perto da família	2	4,3
Tranquilidade	5	10,6
Preço do imóvel	3	6,4
Melhor acesso aos serviços (Transporte, saúde)	2	4,3
Outras	6	12,8
Total	47	100

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

Como pode ser observado, a maior parte dos entrevistados (27, 7%) não consegue apontar vantagens em se viver no local, até mesmo por uma série de fatores já apontados: violência, falta de pavimentação, saneamento precário, a inexistência de feiras. Isso é bastante notável na fala de algumas pessoas, conforme dados de pergunta aberta⁵² do questionário socioeconômico:

“Sinceramente, eu nem gosto de morar aqui” (R., 45 anos)

“Nenhuma, por mim já tinha ido embora daqui, não gosto daqui” (A., 37 anos)

“Nenhuma, se eu pudesse saía daqui” (J., 30 anos)

“Não vejo vantagem nem desvantagem” (E., 41 anos)

Por questões tais como a oferta de precária de serviços urbanos na área (tais como escolas, água encanada de qualidade, pavimentação, saneamento, segurança, dentre outras), grande parte de seus moradores não consegue apontar

⁵² Pergunta aberta do questionário: **P.19.** “Me diga por favor qual a principal vantagem de morar nesta Comunidade?”

aspectos positivos em se viver no local. Mas, conforme a fala de alguns entrevistados, quando questionados sobre as vantagens de se morar na Comunidade Bom Jesus I, estes apontaram os seguintes aspectos:

“Olha, eu gosto daqui (...) dependendo das coisas que acontecem aqui, mas essa rua é bem tranquila, os vizinhos se conhecem (...) o transporte é próximo (...) agora também já tem a escolinha (...). Graças a Deus, tem água encanada” (C, 42 anos).

“Porque eu moro muito tempo aqui, já conheço todo mundo no bairro (...) é um bairro bom de se morar” (J., 27 anos).

“Tranquilidade por conhecer todos, não tem barulho de festas” (M., 42 anos)

“Acho tranquilo aqui, me dou bem com todos os meus vizinhos, falo com todos, aqui todo mundo conhece meu filho” (M., 46 anos).

Dentre os aspectos positivos de se morar na comunidade, “a boa vizinhança”, “conhecer todo mundo no bairro” foram as vantagens mais apontadas entre os entrevistados. Segundo Almeida (2011), é na sociabilidade que os vários atores sociais convivem com seus iguais, participando de várias atividades; se reunindo para resolver questões cotidianas como a falta de energia elétrica ou água ou ajudar um vizinho que se encontra doente. O bairro, desse modo, não é apenas um espaço físico, mas é onde os moradores que nele habitam se identificam, se sociabilizam, criam laços afetivos. Nele, se percebem dificuldades e problemas com infraestrutura, com a violência, com a falta de serviços, desemprego, etc.

Almeida (2011); Prost (2006) observam que o convívio social vai definir a esfera pública e privada. Seria nos encontros cotidianos que os moradores de um local criam vínculos, que vão além da intimidade da casa, e se estendem aos locais públicos. Logo, nas calçadas, nas esquinas, nas fachadas das moradias, etc., que os diversos atores estabeleceriam uma proximidade com o vizinho, só que este, muitas vezes, pode ter acesso à intimidade de outros, pode circular na sua casa, pode conviver com os que não fazem parte de sua intimidade, mas as vezes é mais íntimo do que os da própria casa.

Quanto ao círculo social mais próximo dos moradores, Magnani (2002) usa o termo *pedaço* para denominar esse espaço intermediário entre o privado (a casa) e o público, onde se desenvolve uma sociabilidade básica, porém mais significativa que as relações formais impostas pela sociedade. Assim, o pedaço é o lugar dos colegas, dos chegados, dos vizinhos.

Certeau (1994) indica que, muitas vezes, liga-se a um lugar por meio das lembranças; tratam-se de experiências pessoais. Tratam-se também de redes de sociabilidade construídas, que, o fato de “os vizinhos se conhecerem” ou “já conhecer todo mundo no bairro” pode conferir sensação de relativa segurança. Como Ingold (2011) afirma, os habitantes da cidade (neste caso, os da comunidade), sozinhos e juntos, produzem suas próprias vidas, e como a vida, ela continua.

Outro aspecto considerado positivo por algumas pessoas é que o local remete à uma **ruralidade**, já mencionada anteriormente:

O arvoredo, a brisa do mar, a gente ainda tem, do marzão aí, né, bem em frente da gente de onde eu moro, essas coisas assim. E mais confortável, tanto de noite, nessa umidade que nós estamos passando, nós não temos, como é que se diz... eu pelo menos, tem muitas noites que eu não tô usando nem o ventilador por causa da umidade, é muito grande, mas na cidade, você não sente essa umidade que você sente aqui hoje em dia é o mesmo que a gente tá no interior, entendeu? (Artur, 57 anos).

O “mar” ao qual o interlocutor se refere pode estar relacionado à proximidade com a Baía do Guajará, à vegetação de várzea ainda existente no entorno do igarapé, o que proporciona um maior conforto térmico, sobretudo durante o verão, além disso, há a sensação de se **estar no interior**, pelo presença dos corpos hídricos, do aspecto das moradias, da vegetação, o que pode ser observado na seguinte imagem:



Figura 7– Igarapé Mata Fome em período de cheia.
Fonte: COSTA, 2017.

A imagem acima realizada em março de 2017, período em que há o aumento do nível das marés expressa a sensação de se viver no interior, a qual o interlocutor se refere, em decorrência da proximidade com o elemento hídrico (o igarapé), com o “arvoredo”, como por exemplo, os açazais e outras espécies vegetais encontradas às suas margens.

Outra vantagem apontada é que, alguns dos entrevistados, que moravam em outros bairros em casa alugada ou cedida, passaram a ter imóvel próprio ao se mudar para a comunidade, sendo que 87,2% dos entrevistados (41 moradias) afirmaram residir em imóvel próprio.

A viabilidade na aquisição do imóvel/terreno próprio foi apontada com uma das vantagens de se viver na área por alguns dos moradores, dentre outros aspectos apontados no questionário socioeconômico:

“Ter casa pra morar e ser uma casa que foi comprada com valor baixo” (M, 45 anos)

“Morar perto dos filhos e garantir a posse do terreno” (R, 45 anos)

“Sem condições de comprar uma casa em outro lugar” (O, 64 anos)

“Passei a morar em casa própria, melhorou um pouco a acessibilidade, serviço de energia, de água” (I, 47 anos)

Pereira (2001) observa que o espaço urbano se mostra desigual e esse aspecto resulta das diferenças de acessibilidade à várias partes do mesmo. Os diferentes valores atribuídos às diversas áreas urbanas mostram que a população se distribui conforme a viabilidade desta em pagar para morar em determinadas localizações.

O olhar que se tem sobre esses locais, está relacionado à carência habitacional e da oferta de serviços públicos. Dessa forma, tais locais são tidos como ‘espaço sem cidadãos’, independentemente das condições do sítio urbano o olhar que se tem sobre estes locais está relacionado ao processo de favelização de parte considerável da população no espaço urbano (TRINDADE JUNIOR, 1997).

Como Corrêa (1989) afirma, que muitas vezes não dispõem sequer de condições financeiras para arcar com os custos do aluguel de uma moradia, tampouco para comprar uma casa própria. Tal aspecto, combinado ao desemprego, alimentação inadequada, acabam por definir a condição dessas pessoas, sendo que muitas vezes lhes resta como alternativa para habitação, as baixadas, as áreas de invasão.

Os moradores também apontaram uma série de problemas relacionados à área, como é possível observar na tabela seguinte:

Tabela 7– Desvantagens apresentadas pelos moradores em se viver na Comunidade

Qual a principal desvantagem de morar nesta comunidade?	N	%
Sem desvantagens	1	2,1
Condições de Saneamento e dificuldade de acesso aos Serviços de Saúde	1	2,1
Dificuldade de acesso aos Serviços de Saúde	1	2,1
Violência/Insegurança	18	38,3
Condições de saneamento	4	8,5
Violência/Insegurança e Condições de saneamento	4	8,5
Ausência de Posto de saúde	1	2,1
Ausência de Feira	2	4,3
Violência/Insegurança e Ausência de infraestrutura	7	14,9
Outras	6	12,8
Não soube	1	2,1
Não respondeu	1	2,1
Total	47	100

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

Assim, é possível perceber que a violência⁵³ e a insegurança são os principais aspectos negativos apresentados por 61,7 % dos entrevistados. Como afirma Minayo (2009), a violência consiste em um problema social que possui influência sobre a situação de saúde de uma população, pois leva à morte, lesões e traumas físicos e emocionais; reduz a qualidade de vida dos grupos; expõe problemas na organização tradicional dos serviços de saúde; traz novos desafios ao atendimento médico; e evidencia a necessidade de uma atuação interdisciplinar, multiprofissional e engajada do setor, visando às necessidades da população.

A violência se faz presente no cotidiano de várias maneiras: a violência criminal (praticada por meio de agressão grave às pessoas, por atentado à sua vida e aos seus bens), sendo potencializada especialmente pela corrupção e impunidade; a violência estrutural (relacionada às desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias); violência institucional (realizada dentro de instituições; sobretudo por meio de suas regras). Uma dessas formas de violência também pode ocorrer na forma como os serviços públicos são oferecidos ou negligenciados. Os serviços de saúde, de previdência social e de segurança pública são os principais exemplos dados pela própria população (MINAYO, 2009).

De fato, a violência é uma das principais preocupações dos moradores da comunidade e isso foi perceptível desde os primeiros momentos de inserção no local. A propósito, este limitou muitas vezes nossos horários de estadia no local (chegávamos às 8:45 da manhã e no máximo às 10:30 da manhã estávamos indo embora) e também quando eu estava em campo sozinha realizando pesquisa de campo (o que ocorria geralmente no horário da manhã).

Assim, o fato de a violência / insegurança serem apontadas como alguns dos aspectos negativos do local e ao mesmo tempo, alguns moradores considerarem o local “bom para morar”, pode indicar que a boa relação entre vizinhos pode proporcionar alguma sensação de segurança e também uma forma de constituir redes de sociabilidade, de ajuda mútua.

Quando perguntava quais as atividades de lazer na área, alguns moradores da comunidade, em conversas informais, com frequência, se limitavam a responder que havia festas de aniversário de vizinhos ou que aos finais de semana ia “à praia

⁵³ Conforme Maricato (1995), as injustiças sociais e a degradação e segregação ambiental, além do aumento do desemprego e a segregação urbana com concentração da pobreza também propiciam a propagação e a reprodução da violência.

do Outeiro”⁵⁴ ou mesmo que fazia algum churrasco e convidava alguns moradores mais próximos e faziam jogos de dominó, “biribinhas” e baralho. Trata-se de uma forma de lazer mais fechada, restrita, já que muitos moradores temem esse quadro de violência e assim, limitam o seu entretenimento aos seus lares, aos mais chegados, enfim, a quem é do pedaço, como Magnani (2002) observa.

As precariedades e a violência afetam a situação de saúde de seus moradores pela situação de estresse⁵⁵ que induz. Algumas pessoas, em conversas durante a pesquisa, expressavam o desejo de se mudar do local, não só em decorrência da escassez de serviços urbanos, como já mencionado, mas também pela sensação de insegurança.

Assim, Lefebvre (2002) mostra que o espaço na cidade torna-se cada vez mais raro e constitui-se em um bem de luxo. Logo, a segregação torna-se generalizada e marcante, seja ela por classe, bairro, profissão, saúde, etnia, etc. O crescimento urbano acaba por envenenar a natureza e não consiste somente de poluição, mas também conduz a problemas de saúde (de caráter mental, social e moral).

A dificuldade de acesso a serviços de saúde, como já citado, também é uma forma de violência. Entre as desvantagens apontadas pelos moradores no questionário, a distância em relação à um posto de saúde ou ao fato de a ambulância do SAMU não adentrar o local em caso de emergência também são bastante recorrentes, o que ocorre:

“Ambulância do SAMU não entra” (C, 23 anos)

“Posto de saúde que não tem aqui” (E, 41 anos)

“O posto de Saúde do Tapanã é longe” (S, 22 anos)

“Não tem hospital próximo, feira, muita violência” (M, não informou a idade)

“Organização do SAMU, mais gente para atender no posto de saúde” (C, 23 anos)

“Falta de médico, tudo longe, [...]” (M, 48 anos)

⁵⁴ Distrito pertencente ao município de Belém.

⁵⁵ Conforme McEwen (1998), experiências estressantes, tais como eventos traumáticos estão relacionados ao ambiente vivenciado no lar, no local de trabalho e mesmo na vizinhança, e podem ter consequências a longo prazo. Dois fatores podem determinar as respostas individuais a situações potencialmente estressantes: a forma como a pessoa percebe a situação e também o estado de saúde geral deste indivíduo. Há uma intrínseca relação entre doença e instabilidade social, desemprego ou subemprego, condições precárias de existência, entre outras, que são fatores que conduzem a situações de estresse. O quadro de doença em si pode ser uma fonte de estresse, levando à ansiedade e também a interferência nos papéis sociais dos sujeitos.

A UMS do Tapanã localiza-se no conjunto Cordeiro de Farias, encontrando-se, dessa forma, relativamente distante da comunidade. Em conversas informais com moradores, foi possível constatar que alguns destes precisam se deslocar de mototáxi para o local. Além disso, a UMS do Tapanã atende moradores do referido conjunto, do Bairro do Tapanã como um todo, Conjunto Tapajós, além de parte da população da Pratinha.

Ainda conforme alguns relatos informais, a referida Unidade de Saúde funciona praticamente “como se fosse uma UPA”⁵⁶; funciona 24 horas. Pequenas emergências (suturas, aferição de pressão, exames de glicemia) são feitos na hora. Quem tem direito à matrícula são somente crianças, idosos e grávidas. Os demais devem pegar ficha. Tem direito à matrícula quem tem diabetes, pressão alta, problemas cardíacos. Alguns também relatam algumas dificuldades no que diz respeito à marcação de consultas, muitas vezes precisando chegar de madrugada ao local e por vezes, não conseguindo ficha para atendimento.

O relato de alguns moradores de que a ambulância do SAMU não chega à comunidade pode ocorrer devido ao grau de insegurança presente no local e também às condições de muitas das ruas (esburacadas, ou mesmo em período de chuvas, quando se tornam enlameadas), o que dificulta a entrada desses veículos.

Assim, esse capítulo mostrou algumas características gerais da Comunidade Bom Jesus I, o seu processo de ocupação nas proximidades e no entorno do Igarapé Mata Fome e como isto influenciou na qualidade deste corpo hídrico, em decorrência de ações antrópicas que conduziram a um severo grau de contaminação em que este se encontra. Também teve como objetivo, por meio de dados do questionário socioeconômico e entrevista semiestruturada, explicar que na área a oferta de serviços urbanos básicos se dá de forma bastante precária e que determinantes sociais de saúde, tais como saneamento precário, ausência de escolas, subemprego ou desemprego, falta de espaços de lazer, de segurança e acesso dificultoso a serviços de saúde são bastante expressivos.

⁵⁶ O papel de uma UPA (unidade de Pronto Atendimento) é o de funcionar 24 horas por dia, sete dias por semana e solucionar a maioria das urgências e emergências, como pressão e febre alta, cortes, infarto e derrame. Com isso, ajudam a diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais. Disponível em: < <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/upa-unidade-de-pronto-atendimento> >

O capítulo seguinte destaca uma dessas precariedades, que trata da presença ínfima da Estratégia Saúde da Família (ESF) para os moradores da Comunidade Bom Jesus I, assim como realiza uma breve discussão acerca da cobertura deste serviço em Belém.

3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELÉM: SOLUÇÃO OU PROBLEMA?

Este capítulo tem por objetivo problematizar a Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir da perspectiva da resolutividade, que envolve os processos de busca por saúde pela população e em especial, segmentos que vivem em um cenário de vulnerabilidade social. Visa analisar a organização do processo de trabalho em saúde, com o intuito de atender às necessidades de saúde dessas pessoas, além de permitir um maior acesso a técnicas de diagnóstico e tratamento que se fazem necessárias para uma atenção mais eficaz.

No Brasil, pode-se acompanhar diariamente por meio de noticiários, jornais, revistas e internet, a situação da saúde pública no país, que se encontra em situação de alerta, devido a variados fatores, entre os quais: verba insuficiente (os investimentos em saúde na Região Norte são ainda mais escassos), altos custos com equipamentos, trabalhadores da área insatisfeitos com os baixos salários e condições de trabalho insalubres, sérios problemas de gestão, só para mencionar algumas questões. Esse preocupante quadro pode ser visualizado não somente na mídia, mas principalmente no cotidiano do atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a deficiência de atenção e administração é expressa em longas filas, carência de profissionais, procedimentos burocráticos longos e escassez de leitos, entre outros problemas.

Como Merhy (1998) explica, frequentemente, as queixas dos usuários não recaem sobre a ausência de avanço tecnológico no atendimento, mas sim, sobre falta de interesse e de responsabilização dos serviços à pessoa e ao seu sofrimento, da distância na relação médico-paciente, o que os deixam desassistidos, desprotegidos, desrespeitados, desprezados.

Considerando essas questões, o sistema de saúde brasileiro se mostra bastante contraditório. A universalização do direito à saúde coexiste com um grande mercado de serviços e planos de saúde privados, que se utilizam de novas tecnologias, forjando essa dicotomia entre o individual e o coletivo: o SUS dito “coletivo” para os mais pobres, aos que “não podem pagar” e precisam da Atenção Básica e o atendimento médico particular, “individualizado” (BAHIA, 2005); e o mercado de planos de saúde, com modelos de atendimento que, em sua maioria, obedecem a um modelo hospitalocêntrico.

Frente às questões apontadas anteriormente, foi implementado em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), visando ampliar a atenção à saúde para a população, tornando-se um mecanismo de ampliação do número de usuários e de usuários em potencial e, simultaneamente, de racionalização de consumo e do uso de serviços de saúde por parte da população. Tais programas retomam nas últimas décadas, sob uma nova roupagem tanto nacionalmente como localmente, questões já abordadas no campo da saúde pública, de hierarquização e integração dos serviços de saúde (COHN, 2005).

Desse modo, voltado para a questão da resolutividade e as incongruências que envolvem esse serviço, o capítulo divide-se em três seções. A primeira discute o PSF destacando o percurso histórico que a originou, assim como descreve sua concepção, e sua transição para o ESF. A segunda seção discute a territorialização como um elemento central para o funcionamento do ESF, mas, principalmente, para a sua importância na resolutividade que envolve, especialmente, comunidades descobertas de serviços de saúde. Por fim, uma terceira seção trata da cobertura da ESF na capital paraense e a percepção de alguns moradores da comunidade quanto ao acesso a esse serviço.

3.1 A concepção da Estratégia Saúde da Família (ESF)

A partir da década de 1990, os projetos criados pelo governo no Brasil, bem como os vários debates na sociedade, geraram uma série de políticas que possuem como objetivo promover melhorias na assistência à saúde no setor público. Entre estas, estão as estratégias de organização das práticas em Saúde da Família, que possuem como base o discurso da “Promoção da Saúde”⁵⁷. Tratam-se de ações que visam uma medicina mais humanizada, que proporcione um maior contato com a realidade de várias comunidades que possuem um acesso insuficiente a serviços de saúde (FAVORETO, 2008).

A promoção da saúde é marcada pelo destaque aos determinantes gerais acerca das condições de saúde. Parte-se da premissa de que a saúde resulta de

⁵⁷ A Promoção da Saúde pode se mostrar como um importante meio de reflexão sobre o processo saúde-doença, por intermédio da elaboração de estratégias que permitam analisar de forma conjunta os determinantes sociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais. Parte da premissa de que deve haver uma abrangência do conceito de saúde e de qualidade de vida, além de um maior diálogo com outras áreas, como habitação, urbanismo, meio ambiente, educação, cultura, transporte e lazer, entre outras (COHEN, 2004; COHEN et al, 2007).

uma série de aspectos ligados à qualidade de vida, quando o indivíduo tem acesso à boa alimentação, habitação adequada, saneamento, trabalho e educação. Seu papel estaria mais direcionado ao grupo social e ao ambiente, por meio da implementação de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do aumento da participação dos indivíduos e das comunidades em tomadas de decisão (BUSS, 2000).

Destarte, o Programa Saúde da Família (PSF) foi implementado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS). Sua criação visou superar a ideia de uma prática assistencialista, para a criação de uma estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde. Assim, almejava a promoção, prevenção e assistência à saúde, indo além do viés hospitalocêntrico, buscando a valorização do profissional e a reestruturação da assistência prestada aos pacientes (COUTO; MARIN, 2009).

O PSF trata-se um programa de Atenção Básica⁵⁸ em Saúde, no qual equipes multiprofissionais são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam em ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças. São formadas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, podendo, ainda, contar com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene bucal. Cada equipe é responsável por mil famílias, abrangendo uma população total de 3 mil a 4,5 mil pessoas. O trabalho da equipe é desenvolvido nas residências, nas Unidades Básicas de Saúde e na comunidade (CNDSS, 2008).

Foi criado no Brasil inicialmente como **Programa**, sendo inicialmente compreendido como uma ação regular elaborada para um número limitado de pessoas, com um custo reduzido, ainda sem a garantia de integralidade e de universalidade. Com uma demanda cada vez mais expressiva, busca-se a transformação desse programa em um nível de atenção primária, que consiste em um primeiro nível de organização do sistema nacional de saúde. Assim, os gestores concebiam o PSF como a opção mais viável para a organização da Atenção Básica no Brasil (FRANCO, 2014).

⁵⁸ A Atenção Básica é marcada por uma série de ações de saúde, que engloba a promoção e a proteção da saúde, o diagnóstico, o tratamento e a manutenção da saúde visando a atenção integral que proporcione saúde e influencie nos determinantes de saúde. É elaborada por meio de práticas de cuidado e sob forma de trabalho em equipe, voltadas a populações de territórios definidos (mapeados). (BRASIL, 2011)

As equipes de Saúde da Família deveriam e devem estabelecer uma relação próxima com a população, de modo a aproximar os profissionais de saúde com a comunidade atendida. O PSF possuía em seu nascedouro o desafio de expandir a sua atuação, buscando uma maior **resolutividade** diante dos problemas em saúde da população coberta pela rede. Visava em sua elaboração principalmente a promoção da saúde e a responsabilidade com a saúde da população, ocorrendo também dessa forma, a necessidade da reformulação curricular de profissionais da saúde ainda na graduação para que, desse modo, pudessem estar mais em contato com a realidade socioeconômica brasileira (COUTO; MARIN, 2009).

Em Belém do Pará, o PSF foi implantado em 1997 e recebeu a denominação de Programa Família Saudável (PFS). Este visava unir o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o PSF, alcançando áreas de maior urgência sócio-sanitárias do município. Assim, o PFS tinha como objetivo a organização de toda a atenção primária (básica) no município (VIEIRA; OLIVEIRA; FERLA, 2010)

Iniciativas adotadas em países como Cuba, Inglaterra e Canadá e que evoluíram aqui no Brasil desde a criação do Programa de Agentes de Saúde – PAS (no Ceará em 1987) e posteriormente, ganharam corpo com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (no Brasil – 1991), caracterizando um novo modelo de prática para a saúde (COHEN, 2009). Logo justificaria-se um novo olhar do setor saúde sobre a população, permitindo assim, intervir para além das práticas curativas e preventivas.

De acordo com Franco (2014), a Atenção Básica se amplia, através da criação de serviços de apoio e da concepção de que a mesma consiste em uma ação que deveria estruturar o sistema de saúde. Assim, na condição de elemento organizador da rede de atenção à saúde, sendo que posteriormente, o SUS opta por denominar tal ação como **Estratégia**⁵⁹.

Assim, de acordo com Scherer, Pires e Soratto (2014), na sequência do PSF, desenha-se a ESF, que consiste em uma nova forma de organização do trabalho em saúde, trazendo consigo o conceito de integralidade⁶⁰ e sua aplicação podem

⁵⁹ Conforme Barros (2014), a ESF apresenta condições qualitativas e quantitativas de crescimento somente a partir de 1998. Todavia, é oficializada enquanto estratégia por meio da Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006.

⁶⁰ A integralidade é concebida como um conjunto integrado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos (PINHEIRO, 2009).

viabilizar melhores resultados do trabalho em saúde, de modo a melhorar a forma de prestar assistência.

De acordo com Mendes (2012), o PSF ainda mostrava problemas que precisavam ser resolvidos, tais como a territorialização, nem sempre realizada adequadamente, além da baixa profissionalização dos gestores. O autor explica que a programação das ações é realizada de acordo a oferta, e não conforme as necessidades da comunidade. Conseqüentemente, há uma territorialização que muitas vezes não realiza o cadastro e o vínculo de todas as famílias da área a ser adscrita a cada equipe de PSF, o que inviabiliza a análise das urgências dessa população.

A ESF se mostra como uma alternativa ao modelo assistencial tradicional, calcado no modelo hospitalocêntrico, além de prestar atendimento integral à saúde da população de sua competência, pois está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, a atenção básica, vinculada à rede de serviços para garantir a atenção integral aos indivíduos e às famílias (a atenção deve-se voltar à família, compreendida a partir do ambiente físico e social, o que possibilita à equipe de profissionais da saúde um melhor entendimento sobre o processo saúde-doença); atender a população adscrita (mapeada/definida), além de contar com a participação da comunidade quanto às causas dos problemas de saúde (CORTEZ ,TOCANTINS, 2006; BARROS, 2014).

Dentre suas principais funções (MS/SPS/DAB, 2000, p. 15-16) estão:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características socioeconômicas, psicoculturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida.
- Atuar no controle de doenças transmissíveis como a tuberculose, a hanseníase, as DSTs e AIDS, de doenças infecto-contagiosas em geral, das doenças crônico-degenerativas e de doenças relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente;
- Valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, que é fundamental no processo de cuidar;
- Resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados e, quando isso não for possível, garantir a continuidade do tratamento, através da adequada referência do caso;

- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contactos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde através da educação sanitária;
- Desenvolver processos educativos através de grupos voltados à recuperação da auto-estima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do autocuidado;
- Discutir de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde” (MS/SPS/DAB, 2000, p. 15-16).

Com tais mudanças, visou-se formar um profissional capaz de analisar o indivíduo em sua totalidade, sua relação com a família e com a comunidade em que vive, utilizando-se de uma prática mais **humanizada, crítica e resolutiva**. Essas mudanças que a ESF busca implementar, visam uma maior aproximação junto às necessidades da população (COUTO; MARIN, 2009).

A ESF possui os princípios constituídos no Sistema Único de Saúde (SUS), com base nas características da Atenção Primária à Saúde (APS). Propõe mudanças com base no planejamento territorial, aumento da participação social, além de uma maior integração de populações em situação de vulnerabilidade⁶¹. Assim, a APS é criada como uma estratégia visando a organização do sistema de saúde, tendo como princípio a atenção às necessidades da população no que diz respeito ao enfrentamento dos determinantes sociais, com o intuito de promover a saúde enquanto um direito (SOUSA, 2014).

O Brasil é um país de grandes extensões territoriais e apresenta disparidades regionais; os municípios, responsáveis pela oferta dos serviços da ESF, apresentam variados tamanhos e desenvolvimento socioeconômico. Desse modo, caberá à União e aos Estados, conferir apoio financeiro, visando assegurar o atendimento por parte da ESF, a serem praticados em todos os municípios brasileiros (MENDES, 2009).

No nível primário de atenção, são analisadas as necessidades de saúde em distintos aspectos tais como promoção, prevenção de doenças e formas de tratamento, buscando assim o diagnóstico precoce de doenças mais frequentes e

⁶¹ A expressão “populações vulneráveis” é utilizada referindo-se a diferentes grupos sociais tais como: crianças, idosos, indígenas, pobre, imigrantes, desempregados, negros, jovens sendo que tais categorias abrangem um campo de discussão que passa a denominar os fenômenos da saúde, partindo de um referencial teórico e metodológico oriundo das ciências sociais, que visam compreender as situações de desigualdades e exclusão, bem como a fragilidade da vida no mundo contemporâneo, fenômenos diretamente ligados à noção de vulnerabilidade existente na área de Saúde Pública (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008).

importantes, com incidência tanto nos indivíduos quanto na comunidade (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, os princípios que regem o SUS são: universalidade, equidade, a regionalização, a hierarquização, e a descentralização. Assim, a ESF representa a entrada neste sistema, sendo que a atenção primária deve estar ligada à média⁶² e alta⁶³ complexidade do SUS (COUTO; MARIN, 2009).

Com o princípio da universalidade⁶⁴, todos os brasileiros, sem exceção passariam a ter direito à saúde. Mas a expansão do SUS aos vários segmentos sociais não recebeu investimentos suficientes para uma melhoria na qualidade do serviço prestado. Já o princípio da integralidade visa analisar o usuário como um todo (um ser histórico, social, político, familiar e ambiental). A equidade⁶⁵, por sua vez, tem como intuito a redução da desigualdade na política de saúde. São injustas as diferenças causadas por uma condição de vida precária, pela dificuldade de acesso a serviços públicos, entre outros aspectos (COUTO; MARIN, 2009).

Universalidade e equidade devem coexistir, pois não se pode discutir universalidade de alguma coisa ou de algum setor. O sistema que atente às necessidades de toda a população é universal, de forma equitativa. A universalidade e principalmente a equidade, supõem a existência do território. Não pode haver equidade social em saúde sem a equidade territorial (FARIA, 2013).

A integralidade, por sua vez, é caracterizada pelo uso de práticas preventivas e assistenciais, por um mesmo serviço. Assim, o usuário não precisa se deslocar para diferentes unidades de saúde. Na ESF, a equipe de saúde da família deve promover a busca de casos na comunidade mapeada, por meio de visita domiciliar,

⁶² A média complexidade envolve ações que têm por objetivo atender aos principais problemas de saúde da população, o que demanda a atuação de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos, para diagnóstico e tratamento de doenças crônicas e agudas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), os hospitais e outras unidades de atendimento especializado (CONASS, 2007).

⁶³ Utiliza-se alta tecnologia, visando oferecer à população acesso a serviços qualificados. As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (diálise); tratamento do câncer; cirurgia cardiovascular; assistência em traumatologia; neurocirurgia; otologia; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica), entre outras especialidades (CONASS, 2007).

⁶⁴ A universalidade está na Constituinte de 1988, do sistema de saúde brasileiro. A universalidade visa a ruptura com a tradição do sistema de saúde brasileiro, pois proporcionava acesso a serviços de saúde somente aos trabalhadores que estavam no mercado formal. Com a implementação do SUS, a saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos (MATTA, 2009)

⁶⁵ A idéia de equidade leva em consideração que as pessoas são distintas, têm necessidades diferentes; já igualdade está relacionada à distribuição igualitária, sendo que cada sujeito deve ter direito às mesmas quantidades de serviços (ESCOREL, 2009).

acompanhar os casos diagnosticados, além de fornecer os medicamentos para o tratamento (ALVES, 2005).

Quanto à integralidade, Pinheiro (2009) explica que a mesma também ocorre nas conversas entre médico e paciente, sendo que o profissional da saúde busca verificar, para além das demandas, que são várias, as necessidades dos indivíduos no tocante à sua saúde. Faz-se presente quando o profissional busca informar sua clientela sobre a importância do caráter preventivo, visando, desse modo, a racionalização do uso dos serviços de saúde.

A ação integral de saúde deve também assimilar a noção de cidadania, de forma que nenhum cidadão possa ser considerado saudável sem que tenha seus direitos garantidos. Desse modo, a integralidade pode ser tida como um princípio pelo qual as ações relativas à saúde devem ser efetivadas, no nível do indivíduo e da coletividade, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, garantindo que as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde sejam integradas, numa visão interdisciplinar que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Desse modo, segundo Alves (2005), a integralidade, entre outros aspectos busca:

- a) Integração de ações preventivas e assistenciais;
- b) Integrar profissionais em equipes interdisciplinares buscando assim uma maior compreensão acerca dos problemas de saúde da população, além de medidas mais eficazes;
- c) Integrar partes de um organismo fragmentado pelo reducionismo do modelo biomédico; para isso, deve haver a compreensão do princípio da integralidade (ALVES, 2005).

O atendimento integral deve ir além da estrutura hierarquizada da assistência de saúde, e prezar pela qualidade da atenção individual e coletiva aos usuários do sistema de saúde. Assim, a integralidade deve ser incorporada no cuidado de pessoas e grupos, percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, ligado ao seu ambiente familiar, ao meio ambiente e à sociedade no qual se insere (MACHADO et al, 2006).

Portanto, a integralidade deve estar presente em variados níveis de discussões e das práticas na área de saúde, fundamentado em um novo modelo de

atenção, preparado para ouvir, entender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades dos indivíduos e grupos sociais (MACHADO et al, 2006).

Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população a qual atendem. Por outro lado, cada vez que uma equipe, a partir de uma certa apreensão das necessidades de saúde de um dado grupo social, estrutura seu trabalho, definindo as ações prioritárias, corre-se o risco de romper a integralidade, deixando de responder às necessidades mais urgentes da população (MATTOS, 2009).

O Profissional com atuação na ESF, ao prestar assistência no ambiente do próprio usuário, se depara com questões socioculturais, e é neste momento que é também importante uma visão antropológica, ainda que de forma implícita. Este olhar se faz necessário para complementar uma assistência adequada dentro de uma comunidade na ESF, e dessa forma, contribuir para a promoção da saúde, solucionando ou minimizando os problemas diagnosticados (CORTEZ; TOCANTINS, 2006). Como afirma Minayo (1988), o diálogo entre profissionais de saúde e paciente representa um importante campo com o intuito de melhorar o cuidado com doenças variadas.

Segundo Mendes (2009), para que uma ESF tenha qualidade, é preciso que haja uma estrutura apropriada adaptada às diferentes realidades regionais, sem que isso afete as exigências para o bom funcionamento da mesma. Tais aspectos devem assegurar a infraestrutura requerida para a implantação de espaços de atendimento adequados para outros profissionais a serem introduzidos nas equipes multiprofissionais.

O quadro a seguir apresenta algumas das principais características de programas criados pelo Governo Federal, bem como o ano de implementação dos mesmos:

Quadro 1– Programas de saúde e suas respectivas características

Programa	Descrição	Características	Ano de implementação
Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)	Programa Nacional voltado à implementação dos Agentes Comunitários de Saúde. Conforme MS (2001), foi devidamente regulamentado em 1997, quando teve início o processo de consolidação da descentralização de recursos	Foi criado, a partir de ações em alguns locais da Região Nordeste do Brasil com o intuito de se criar alternativas visando melhorias na situação de saúde das comunidades. Era constituída pela e para a comunidade, prestando assistência nas localidades	1991
Programa Saúde da Família (PSF)	O Programa Saúde da Família foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), em decorrência da necessidade de se reestruturar a assistência à saúde, a partir da Atenção Básica. De acordo com o Ministério da Saúde (2001), a Atenção Básica representa uma série de ações, de caráter individual e coletivo (...) no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, voltada para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”.	Visa incorporar os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, equidade, integralidade e participação comunitária	1994
Programa Família Saudável (PFS)	Definição municipal do Programa Saúde da Família	Tinha como objetivo unir o PSF e o PACS, visando atender as áreas mais desassistidas do município de Belém	1997
Estratégia Saúde da Família (ESF)	Programa Nacional, que sucede o programa Saúde da Família e traz em seu bojo a proposta de estratégia como ponto forte para a promoção e prevenção da saúde	Segue os mesmos preceitos do PSF; todavia, é concebida, conforme o Departamento de atenção Básica (DAB) (2018), como estratégia de expansão, aprofundando os princípios da atenção básica, visando aumentar a resolutividade quanto à situação de saúde das pessoas, além de buscar melhorias na relação custo-efetividade	1994, vindo a ser consolidada oficialmente enquanto estratégia por meio da Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, que revisa diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Fonte: COSTA (2018).

3.2 A importância da Territorialização na Atenção Básica

A territorialização é um dos principais aspectos da atividade da ESF. Para tal, exigem-se três importantes pontos: a delimitação de áreas nas quais haverá a atuação dos serviços; a análise do ambiente, comunidade e relações sociais presentes nesses locais; além da interface com outros serviços com centros de referência.

Quando se considera um determinado local delimitado pela ESF, pode-se falar de uma configuração territorial que tem determinadas características, que podem ser naturais ou ter recebido interferência humana, que configuram o ambiente, o que causa grande influência no processo saúde-doença de uma população. O território, neste caso, seria mais que um depósito de atributos da população, mas também o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada (FRANCO, MERHY, 1996).

Os Sistemas de Saúde são criados conforme uma delimitação territorial, o que significa que a organização dos serviços de saúde ocorre segundo a determinação de áreas de abrangência. As diretrizes do SUS (Lei 8080)⁶⁶ estão diretamente ligadas à definição do território. Neste, as práticas de saúde avançam para a **integração das ações** de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações (MENDES, 1993 apud FARIA, 2013).

A universalidade, presente nas diretrizes do SUS, ainda não foi alcançada de modo satisfatório, o que trouxe ao Estado a necessidade de organização territorial no que diz respeito à oferta dos serviços. Afinal, não é possível que a saúde seja acessível a todos, se as pessoas não têm acesso ao sistema. O acesso só é possível por meio da presença dos serviços nos territórios (PAIM, 1993; FARIA, 2013).

O território é importante, tanto para a universalidade quanto para a equidade. Assim, pode-se dizer que é inviável a equidade social de saúde sem que haja, antes, uma equidade territorial. O direito à saúde em está diretamente ligado ao direito ao

⁶⁶Conforme o Art. 2 da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990: "A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício". Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>

território, já que, como conceito, a saúde está diretamente relacionada ao social. Então, o direito à saúde só é possível se coexistir com outros direitos, tais como o direito à vida. Por isso, é fundamental que as ações e serviços sejam dispostos de forma integrada. Do contrário, não seria um sistema de saúde, nem mesmo universal (único), tampouco equitativo (FARIA, 2013).

3.3 Sobre a Estratégia Saúde da Família em Belém

Ainda em 2014, quando os três discentes do curso de medicina realizaram atividades na Comunidade Bom Jesus I similares às do ACS, foi possível constatar a ausência destes profissionais na área. A população desta área não recebe visitas dos ACS por questões burocráticas, o que inviabiliza a melhoria da oferta de serviços da unidade de saúde. Isto também foi observado em conversas com alguns moradores da área, que afirmaram nunca ter recebido a presença destes profissionais em suas residências.

Dois moradores da área, Pedro, de 23 anos e Helena, de 50 anos, entretanto, fizeram importantes observações sobre os equipamentos de saúde na Comunidade Bom Jesus I. Aqui, eles estabelecem algumas comparações entre a oferta de serviços de saúde no bairro onde morava anteriormente e na comunidade, que são bastante importantes:

Eu tinha acesso a serviços de saúde bem melhor, lá no Jurunas, do que aqui [...] ali pela Apinagés, a gente tinha acesso a serviços públicos de saúde bem maior [...] eu acredito que os serviços públicos, e os serviços urbanos, de uma forma geral, que deveriam subsidiar e garantir inúmeros direitos circunscritos em Cartas Magnas⁶⁷, enfim na Constituição, que, aqui no Pará, em Belém, sobretudo, eu acho que é um processo histórico, eu acredito que eles são muito concentrados [...] e quanto mais você vai se deslocando desse Centro [da cidade], desses serviços urbanos, da onde a cidade nasceu, há uma deficiência e uma ausência deles, entendeu? Quanto mais distante desse centro da cidade, desse centro urbano. Pelo menos é assim que eu percebo. Você vai percebendo uma certa deficiência, uma certa ausência desses serviços em direção à periferia. Quanto mais você adentra as periferias, mais você vai notando, quanto mais você se distancia do centro da cidade, você vai notando a precariedade, não só em

⁶⁷A Carta Magna ou Constituição é um texto que expõe as disposições gerais que visam reger a vida em sociedade e o funcionamento do estado. Deve guiar o conjunto das leis de um país. Disponível em: <https://conceitos.com/carta-magna/>

termos de serviços de saúde, mas serviços urbanos de uma forma geral (Pedro 23, anos)

Expressando a fala de Pedro, conforme Barcellos et al. (2002), pessoas em locais de pior nível socioeconômico mostram, na maior parte das vezes, piores condições de saúde. Enquanto que uma área com maiores níveis de renda geralmente oferecem uma melhor oferta de serviços urbanos, equipamentos de saúde e de educação. Observa-se que áreas mais empobrecidas, se mostram desassistidas de infraestrutura. Tais indicadores de condições de vida frequentemente estão associados à concentração de riqueza e de população.

Quando lhe perguntei sobre sua percepção acerca da oferta de serviços de saúde no local, Pedro explica que com o passar do tempo, por meio de ações tais como aterramento de ruas, os moradores ficaram menos expostos a doenças. Todavia, a comunidade passou por um rápido processo de ocupação e isso ocorreu de forma desorganizada, o que acaba sobrecarregando a demanda por atendimento médico, fator que se mostra determinante na distribuição dos equipamentos de saúde, sobretudo em áreas periféricas:

Na minha percepção, as pessoas ficaram menos expostas a doenças, mas assim, o acesso a serviços públicos de saúde não mudou muito não. Continuou precário, acho que até piorou, porque o número de famílias é maior, o número de famílias cresceu drasticamente. Como tinha poucas casas entre um terreno e outro e com a urbanização, muitas casas, muitas famílias vindo pra cá, elas acabaram sobrecarregando a capacidade da oferta desses serviços públicos. Então a gente tinha aqui, como a mamãe tava falando agora há pouco, com agente de endemias⁶⁸, agente comunitário, hoje em dia a gente não tem (Pedro, 23 anos).

No primeiro capítulo, o interlocutor explica que, em sua percepção, com o “advento” dos aterros⁶⁹, os moradores ficaram menos expostos a doenças, pois como as ruas ficavam constantemente alagadas, as pessoas ficavam mais suscetíveis a doenças. Entretanto, a seu ver, quanto aos serviços públicos de saúde, houve uma piora, pois com o aumento populacional na área (e possivelmente, em

⁶⁸ O Agente de combate de endemias (ACE) é um profissional muito importante para o controle de endemias e deve atuar com as equipes de atenção básica na ESF, em parceria com o ACS. Ele realiza examina moradias, terrenos baldios e pontos comerciais, para buscar focos de endemias. Também faz a inspeção de caixas d’água e telhados, fazendo a aplicação de larvicidas e inseticidas, além de orientar quanto à prevenção e tratamento de doenças infecciosas. Tais ações são essenciais na prevenção de doenças como dengue, chagas, leishmaniose e malária (TORRES, 2009).

⁶⁹ Ver página 43.

decorrência da escassez de recursos investidos nesses serviços para esse local) a oferta desses serviços não acompanhou a crescente demanda por atendimento.

Quanto ao trabalho do ACS ao qual Helena se refere, são atribuídos papéis fundamentais, especialmente no que diz respeito à sua relação com a comunidade. Suas principais atribuições⁷⁰ são: mapeamento sua área de atuação (área adscrita), realizar o cadastro e acompanhamento das famílias de sua área de abrangência, identificar situações de risco, elaborar ações básicas de prevenção e promoção da saúde, promover a educação à saúde, mobilizar a comunidade em ações de saneamento e melhoria do meio ambiente, orientar as famílias para o uso apropriado dos serviços de saúde, além de discutir com outros membros da equipe acerca da dinâmica social da comunidade (MS, 1997; HILDEBRAND; SHIMIZU, 2008)

Helena explica que há mais de 10 anos, havia a visita regular de um agente comunitário, que realizava o cadastro de famílias e a marcação de consultas regularmente, o que não ocorre atualmente, sendo que, conforme a interlocutora, é necessário entrar em grandes filas para assim conseguir atendimento na Atenção Básica, algumas vezes sem sucesso:

É o Família Saudável⁷¹, então eles cadastravam a gente, as famílias, nos bairros. E nós, automaticamente, ela marcava. Por exemplo, eu queria um clínico geral, ela passava todo mês. “Vamos fazer o exame de Flavio, Junior, vamos marcar pra tal dia, vamos marcar uma consulta médica”, ela ia e marcava. Ela vinha e trazia a marcação: “Olha mãe, tal dia tem a consulta marcada com o pediatra”, eu não podia ir, eu pedia pra alguém, não era filho, pedia pra ele, porque eu trabalhava. Às vezes a minha consulta era muito difícil de eu ir porque eu trabalhava, mas era antes como o Marcelo disse, era muito bom nesse quesito. Hoje em dia não tem mais. Hoje em dia tu enfrenta uma fila ali no [programa] Família Saudável pra tu conseguir marcar uma consulta. É muita gente, uma fila enorme (Helena, 50 anos).

⁷⁰Conforme a Portaria Nº 2.436 de 24 de setembro de 2017, foram acrescentadas outras atividades ao ACS, a serem realizadas “em caráter excepcional assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência. I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos; II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica; III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar; IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade” (PNAB/MS, 2017, p.26-27).

⁷¹A ESF ainda recebe a denominação de “Família Saudável” em Belém; além disso, Helena faz referência ao programa quando suas ações na comunidade eram mais efetivas, com as visitas de ACS e adscrição dos seus moradores.

Nos primeiros anos após a implantação do Programa Família Saudável, havia uma regularidade das ações deste na área. Além disso, também existia um número menor de habitantes, o que tornava mais viável o controle sobre as visitas às residências e quanto às necessidades de saúde da população, bem como o seu mapeamento. Como a comunidade passou por um considerável aumento populacional nos últimos anos, Helena acredita que isso não é repassado à unidade de Saúde da Família, o que é expresso na seguinte fala:

Achei que ela [refere-se ainda ao Família Saudável] ampliou por um lado, mas pelo outro encurtou. Eu achei que ela encurtou, porque os agentes comunitários não vêm na tua casa mais. Não sei se isso não é repassado, mas eles não vem mais. Por exemplo, eu na realidade, nunca mais eu vi agente comunitário de saúde, nunca mais, por que lá no Igarapé-Miri [sua cidade natal] ainda existe isso, né Pedro, que nós fomos há pouco tempo, ainda vai lá, o agente de saúde vai nas casas e aqui, nessa área aqui, não vem [...] (Helena, 50 anos).

Chama a atenção essa observação de Helena, pois ela afirma que o Programa Família Saudável (ESF) “ampliou por um lado”, possivelmente pelo fato de ter ocorrido um aumento na demanda; entretanto, ela afirma que os ACS não vão mais às residências, além de mostrar dúvidas quanto ao repasse de informações acerca da ausência desses profissionais no local (ou de verba) para investimento no aumento de número de ACS. Como explicado anteriormente, a comunidade passou por rápido crescimento populacional nos últimos anos e houve uma descontinuidade quanto à presença destes profissionais nesse local.

Conforme abordado na seção anterior, a territorialização na atenção básica é um dos aspectos mais importantes da ESF, pois é responsável pela delimitação das áreas nas quais ocorrerá a implantação dos serviços de saúde. Nos últimos anos, a Comunidade Bom Jesus I passou por um acelerado processo de crescimento populacional e a crescente demanda não foi acompanhada por uma expansão da oferta de tais serviços. Para que haja a universalização preconizada pelo SUS, é necessário que haja a organização do território, e isso só é possível por meio da análise ambiental e das necessidades dos moradores da comunidade, o que não ocorreu.

Além disso, como explica Oliveira (2012), as equipes da ESF não possuem conhecimento abrangente o suficiente acerca das necessidades em saúde das

famílias sob sua adscrição e ainda não se utilizam de meios de investigação acerca das formas de vulnerabilidade a que tais famílias estão expostas. As ações das equipes em geral se restringem à realização de atividades tais como as de saúde da mulher, saúde da criança, atendimento a hipertensos e diabéticos, dentre outros. Assim, o conhecimento do território onde ocorrem as ações da ESF é imprescindível, pois permite analisar aspectos socioeconômicos da comunidade sob seus cuidados.

Tais fatores afetam a saúde dos indivíduos, representando, cada um deles, um conjunto de determinações e mediações cujo resultado final será a preservação da saúde ou a ocorrência da doença ou agravos à saúde. As disparidades nas condições de vida acabam por refletir nas situações de saúde que podem ser denominadas de iniquidades (BARATA, 2009). Esta dificuldade de acesso aos equipamentos de saúde se reflete na fala de Helena, que trata da dificuldade na marcação de consultas:

Tinha clínico geral, tinha pediatra, dermatologista, dentista, oftalmologista. Era assim, marcava, pegava a consulta, pra marcar com o clínico, pra pegar encaminhamento, que ia pra outro lugar, pra fazer a cirurgia⁷² [...] Era assim, até hoje ainda tem, né, que faz isso, muitas coisas que tem eles encaminham pra um especialista, muitas vezes sim, muitas vezes não, a gente até desiste do tanto que espera (Helena, 50 anos).

Pedro, por sua vez, explica que no bairro da Pratinha II, de fato, não há nenhuma UMS, tampouco uma cobertura da ESF, sendo que seus moradores utilizam-se das UMS e das Unidades Saúde da Família dos bairros do Tapanã e Pratinha I:

A gente mora na Pratinha II. O bairro da Pratinha II, ele não tem de fato nenhuma Unidade Básica de Saúde, ele não tem nenhuma cobertura do Programa [Estratégia] Saúde da Família, não tem nada relacionado à saúde. O que existe (aqui é Pratinha II onde a gente tá), o que existe é no Tapanã, a Unidade do Posto de Saúde, aqui nesse posto Saúde da Família que nem faz parte da Pratinha II (Pedro, 23 anos).

O morador explica que onde reside, no bairro Pratinha II, não há a cobertura da ESF, como há nos bairros da Pratinha I e Tapanã, por exemplo. A visita de

⁷²Nota-se pela fala de Helena que havia uma comunicação entre os diferentes graus de complexidade, conforme a avaliação de agravos. De acordo com o problema de saúde identificado pelo médico, este poderia ser encaminhado para média ou alta complexidade, mas segundo a interlocutora, este sistema tem por vezes se mostrado falho, o que pode levar à desistência da avaliação de um especialista.

agentes comunitários às residências é algo que ocorria regularmente, sendo que o rápido crescimento populacional pode ter interferido decisivamente na oferta deste serviço. Assim, Pedro explica que é preciso que recorram a outros bairros para receber atendimento:

Ela acaba abrangendo, mas não é dessa área. As pessoas têm acesso [...] mas aqui a área não tem, a II, a Pratinha II, igual o Tapanã e a Pratinha I, onde tem uma Unidade Básica de Saúde e uma Unidade Saúde da Família, um posto de saúde ou Icoaraci. O povo da Pratinha II recorre a outros bairros pra ter acesso a esses serviços de saúde. Como a mamãe disse, na maioria das vezes eles não vêm até aqui às nossas casas (Pedro, 23 anos).

Helena explica que na prática, a população não se encontra incluída, pois não recebe visita de ACS. Logo, trata-se de uma parcela considerável dessa população que se encontra desassistida dessa importante etapa da Atenção Básica, que consiste no mapeamento de domicílios:

[...] eles dizem que a gente tá incluído, mas não é nada disso. Porque essa casa aí no Conjunto Gueiros, abrange aí, abrange essa área todinha e é muito pequeno. Então quer dizer que ela quer cobrir a área toda aqui, Pratinha II, Tapanã, por ali, Canarinho e eu acho que é muito pouco, a coisa é muito pouca (Helena, 50 anos).

A Unidade à qual Helena se refere é a Unidade de Saúde da Família localizada no Conjunto Antônio Teixeira Gueiros, no Bairro do Tapanã. O referido local tem como área adscrita outros conjuntos pertencentes ao Tapanã.

Como abrange outros conjuntos habitacionais, e conforme lhe havia sido informado na USF, também englobaria parte do bairro Pratinha II; todavia, isso não se confirma na prática, pois Helena afirma que não recebe a visita de ACS. De acordo com a interlocutora, trata-se de uma infraestrutura muito pequena e deficitária para atender um grande contingente de pessoas, o que exigiria uma maior contratação de profissionais (por meio de concurso público) e investimento na melhoria das condições locais, visando assim, oferecer um melhor atendimento à comunidade.

Considerando Belém como um todo, é possível perceber, por meio da análise de dados, que não ocorreu um aumento significativo de ACS cadastrados em um período de cinco anos (Jan/2012- Out/2017); pelo contrário. Conforme Dados da Atenção Básica e do IBGE (Ver quadro 2), em janeiro de 2012, foram cadastrados 806 Agentes Comunitários de Saúde e implantados 754; em outubro de 2017, foram

cadastrados 647 ACS e implantados somente 612, apesar do aumento populacional na cidade.

A cobertura de equipes de Saúde da Família também se encontra muito aquém das necessidades da população. Até outubro/2017, foram credenciadas, conforme dados oficiais, 117 equipes, sendo cadastradas no sistema, 107 equipes e implementadas 101, com uma estimativa de atendimento para cerca de 348.000 pessoas e uma proporção de 24,71%, o que ainda é pouco, considerando uma população de aproximadamente 1,4 milhões de habitantes.

O quadro a seguir apresenta valores relacionados à cobertura populacional estimada de ACS e também da ESF, compreendendo o período de janeiro de 2012 a dezembro de 2017, adaptado do banco de dados do DAB, comparando números do início e fim de cada ano:

Quadro 2– Histórico da cobertura populacional de ACS e ESF em Belém/PA

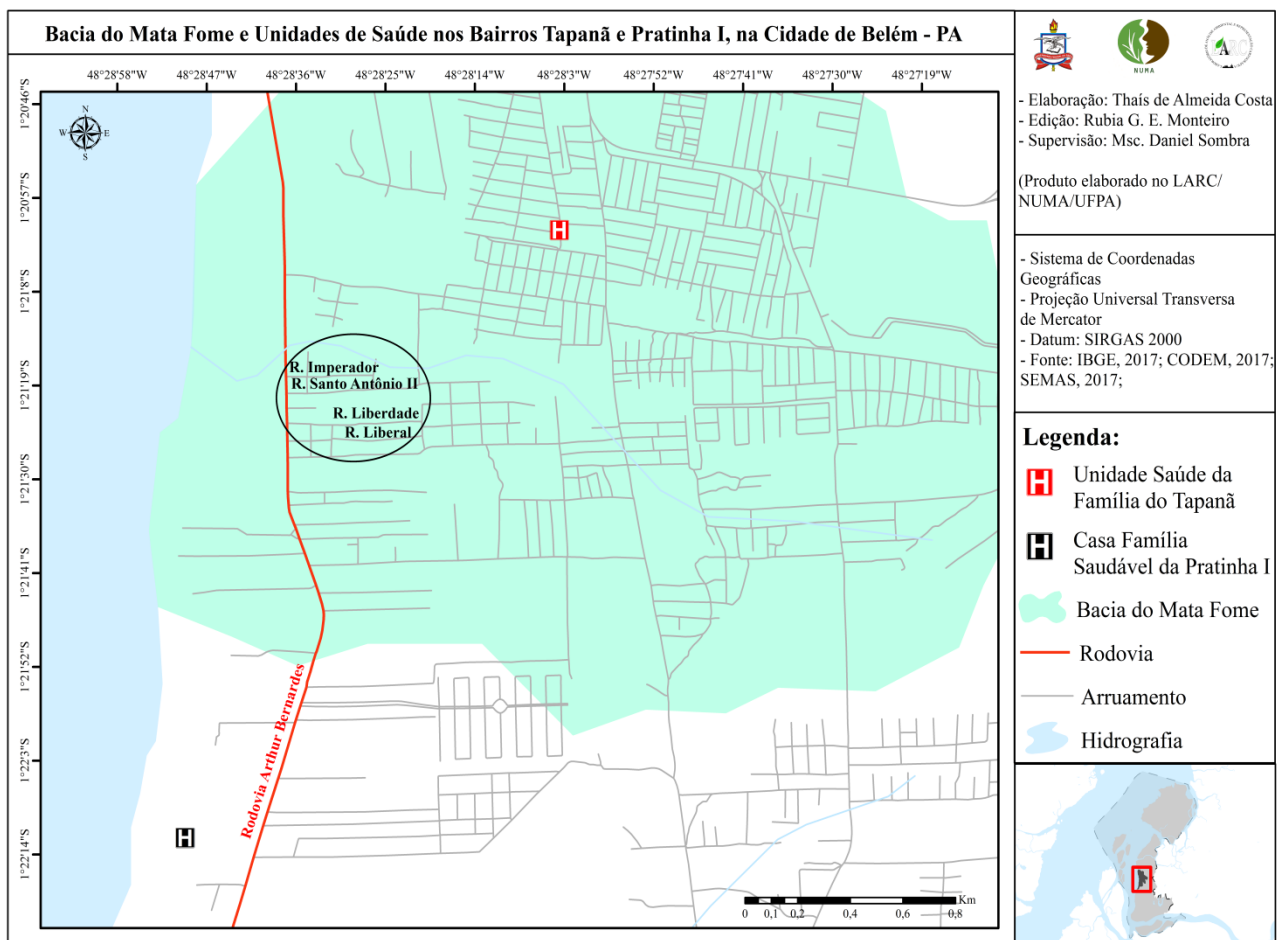
Ano	Mês	População	Teto (ACS)	Implantados (ACS)	Estimativa da População coberta (ACS)	Proporção de cobertura populacional estimada (ACS)	Teto (eSF)	Implantados (eSF)	Estimativa da População coberta (eSF)	Proporção de cobertura populacional estimada (eSF)
2012	Jan	1.393.399	3.495	754	433.550	31,11	581	66	227.700	16,34
2012	Dez	1.402.056	3.518	696	400.200	28,54	584	64	220.800	15,75
2013	Jan	1.402.056	3.518	700	402.500	28,71	584	65	224.250	15,99
2013	Dez	1.410.430	3.539	855	491.625	34,86	705	98	338.100	23,97
2014	Jan	1.410.430	3.539	797	458.275	32,49	705	91	313.950	22,26
2014	Dez	1.410.430	3.539	637	366.275	25,97	705	92	317.400	22,5
2015	Jan	1.410.430	3.539	637	366.275	25,97	705	92	317.400	22,5
2015	Dez	1.410.430	3.539	641	368.575	26,13	705	98	338.100	23,97
2016	Jan	1.410.430	3.539	648	372.600	26,42	705	101	348.450	24,71
2016	Dez	1.410.430	3.539	619	355.925	25,24	705	100	345.000	24,46
2017	Jan	1.410.430	3.539	613	352.475	24,99	705	103	355.350	25,19
2017	Out	1.410.430	3.539	612	351.900	24,95	705	101	348.450	24,71

Fonte: Adaptado de MS/SAS/DAB (2017)

É possível observar, conforme os números do DAB, que a cobertura populacional de ACS ainda é pequena, passando por um decréscimo entre os anos de 2012 e 2017, de 31,11% para apenas 24,95%, mostrando que o número de profissionais implantados (que também passou por uma diminuição no decorrer dos anos) não acompanhou o crescimento populacional. O mesmo vale para a cobertura de ESF's no município, que apesar de haver crescido (de acordo com dados oficiais) nos últimos 5 anos, ainda é muito baixa, pois de uma população estimada em 1.410.030 habitantes em 2016, por exemplo, somente 342.125 pessoas estariam

sendo cobertas, sendo que este número trata-se de apenas uma estimativa e na realidade, pode ser muito menor.

A outra Unidade de Saúde da Família localizada no bairro Pratinha I, também se encontra relativamente afastada da comunidade, o que também, pode dificultar a adscrição dos moradores da comunidade, que se situa entre dois bairros distintos. O mapa a seguir mostra a distância das USF do Tapanã e da Pratinha I em relação à comunidade:



Mapa 2– Localização das USF dos Bairros do Tapanã e Pratinha I em relação à comunidade
Fonte: LARC/NUMA/UFPA (2018).

Outra moradora, Mariana, 73 anos, foi questionada sobre a forma como ocorria a consulta na USF (afirmou que se consultava na ESF da Pratinha I), e em seu relato, ela explicou como se fosse algo muito rápido, que não ocorre um aprofundamento acerca do estado de saúde do usuário. É claro que somente a partir do relato, não é possível ter uma ampla visão sobre a situação do programa no

momento. Todavia, proporciona um breve olhar sobre a forma como a relação médico-paciente é conduzida:

Ela só passa o remédio, pergunta como eu tô, o quê que tô sentindo, essas coisas assim. Aí ela diz “Vou passar uns exames pra ti, pra mim ver como tu tá”. Ela passa os exames, eu faço, às vezes eu faço até particular, pra ver sai logo os exames, porque aí pelo posto, eu faço no posto, mas aí demora mais... (Mariana, 73 anos)

Como Valla (2005) afirma, a demanda é muito grande, e aspectos tais como o acesso aos serviços e a resolutividade dos problemas de saúde ficam comprometidos, o que faz com que as consultas tenham uma duração muito curta. Dessa forma, os profissionais têm condições limitadas de se dedicar a um problema que é levado pelas classes populares aos serviços de saúde.

Assim, integralidade encontra dificuldades para ser colocada em prática, haja vista que exige transformações na dinâmica de trabalho dos profissionais, na relação médico-paciente no consultório, onde as ações curativas ainda se encontram distantes dos preceitos da promoção da saúde e da prevenção (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Mariana, entretanto, afirmou não encontrar dificuldades na marcação de consultas, pois sua médica já realizava o agendamento de seu retorno. Interessante esse olhar completamente diferente sobre o mesmo serviço. Enquanto alguns moradores relatam dificuldades no acesso às consultas, outros afirmam não ter quaisquer problemas em conseguir atendimento. As percepções sobre o mesmo serviço são muito variadas, já que se tratam de pessoas que vivem na mesma comunidade:

Não, porque ela [a médica] já marca a minha ida de volta. Por exemplo, ela marcou agora pro mês de maio. Eu só esqueci o dia, mas tá lá no cartão já pra mim ir. Agora, as minhas receitas, ela me deu essa receita pra mim pegar o remédio seis meses. Aí já não vou lá com ela, vou na farmácia. (Mariana, 73 anos).

Outra questão a se observar é quanto ao nível de informação de que os moradores dispõem acerca da ESF e se estes possuem conhecimento sobre este serviço de saúde, bem como quanto ao tempo em que vivem na comunidade. Helena, Pedro e Mariana têm lembrança de quando ocorria a visita de ACS no local e utilizam-se ainda denominação “Família Saudável”, do período em que havia uma

maior efetividade das ações do programa na área. A tabela a seguir mostra o tempo de moradia dos moradores entrevistados no questionário socioeconômico:

Tabela 8– Tempo de moradia na Comunidade Bom Jesus I

Tempo de moradia na Comunidade	N	%
1 a 5 anos	9	19,1
6 a 11 anos	12	25,5
12 a 17 anos	10	21,3
18 a 23 anos	11	23,4
Menos de 1 ano	5	10,6
Total	47	100

Fonte: Pesquisa de Campo (2016)

Por meio dos dados da tabela, pode-se constatar que 55,2% dos moradores entrevistados (26 pessoas) residem há menos de 12 anos na comunidade; assim, é possível que muitos não tenham vivenciado esse período em que tais ações da ESF ocorriam com regularidade no local. Havendo um desconhecimento acerca da estratégia e de seus objetivos, torna-se mais difícil reivindicar a presença desses equipamentos de saúde no local.

Portanto, é preciso verificar de que modo o discurso dos sujeitos envolvidos nos cuidados de saúde se contrapõem, mais especificamente o profissional da ESF, e o do usuário dos serviços públicos de saúde, ou seja, de que forma o discurso biomédico e os aspectos socioculturais tanto do paciente quanto do profissional dialogam entre si, de forma que ambos merecem ter espaço nesse processo, respeitando expectativas e objetivos.

Destarte, a ESF é somente um dos itinerários que alguns moradores percorrem (ou tentam percorrer, muitas vezes sem sucesso) em busca de cuidados de saúde. Consiste na ampliação da atenção básica à saúde, mas ao mesmo tempo, essa cobertura se mostra bastante deficitária em Belém.

O próximo capítulo aborda outras estratégias adotadas por alguns dos moradores da referida comunidade em busca de cuidados de saúde. Tais estratégias podem transitar entre a rede oficial de saúde e outras formas de tratamento. Propõe-se a compreender alguns dos caminhos percorridos em busca da solução para os problemas de saúde dos moradores e a adesão a uma determinada forma de tratamento diante de uma variada rede de possibilidades.

4 A ELABORAÇÃO DE ITINERÁRIOS DE CUIDADO NA COMUNIDADE BOM JESUS I

Este capítulo traz algumas reflexões sobre as estratégias adotadas por moradores da comunidade Bom Jesus I em face de possíveis itinerários de cuidado. O capítulo objetiva, mais especificamente, conhecer alguns dos caminhos percorridos em busca da solução para seus problemas de saúde. Nesse sentido, os cuidados com a saúde podem transitar entre a rede oficial de saúde e o uso da medicina popular.

Durante o período de realização das atividades de fisioterapia na Comunidade Bom Jesus I, foi possível constatar que, além das dificuldades que alguns moradores enfrentam para conseguir atendimento médico em diferentes equipamentos de saúde, algumas destas pessoas também elaboravam suas próprias estratégias no enfrentamento a quadros de doença. Tratam-se de conhecimentos adquiridos por meio de suas experiências cotidianas, de relações familiares, com vizinhos, conhecidos, constituindo, desse modo, um repertório de cuidados que vai além do modelo biomédico e que também reflete suas experiências de vida, constituindo desse modo, seus itinerários de cuidado como já tratado na introdução⁷³.

Assim, no decorrer do trabalho de campo, por meio da convivência e conversas com moradores, foi possível conhecer um pouco de suas trajetórias familiares, seus locais de origem e as formas de tratamento que recorrem em quadros de doença. A opção ou não por uma determinada forma de tratamento, em detrimento de outras, está ligada à situação de vida em que esses indivíduos, ou seu grupo social, estão inseridos. Logo, uma forma de tratamento pode se mostrar vantajosa ao invés de outra e se faz necessário observar o que se encontra disponível ao indivíduo ou à sua comunidade, bem como a forma de lidar com o quadro de doença.

Como Alves (2016) explica, quando se observa somente a escolha terapêutica em si e não o processo que levou a tal opção, perde-se de vista as causas que tornam viáveis os usos de um determinado tratamento. As escolhas

⁷³ Ver página 24.

terapêuticas estão intrinsecamente relacionadas às circunstâncias nas quais a pessoa se encontra.

Durante as entrevistas, os interlocutores, muito mais do que falar a respeito dos percursos realizados em busca de cuidados de saúde, relataram suas memórias, suas histórias de vida, que permitem compreender suas escolhas por determinadas formas de tratamento em detrimentos de outras. Compreender a situação biográfica de cada indivíduo permite um melhor entendimento acerca das trajetórias terapêuticas de cada um e o porquê da escolha por determinada forma de tratamento.

Rocha e Eckert (2013) afirmam que é nos relatos de vida apreendidos nas narrativas que se pode seguir a interpretação das variadas formas de sociabilidades que estabelecem as redes de interações que conduzem a vida urbana. As autoras explicam que o ato de narrar organiza as lembranças daquilo que já foi vivido “e no qual a matéria de toda uma vida pode, finalmente vibrar e perdurar” (ROCHA; ECKERT, 2013, p.153).

Bourdieu (2006) afirma que tratar de história de vida implica “que a vida é uma história e que [...] uma vida é o conjunto dos acontecimentos de uma existência individual concebida como história e o relato dessa história” (BOURDIEU, 2006, p.183). Como o sociólogo nos ensina, seria a descrição da vida como um caminho, seus percalços, um trajeto que tem começo e fim. O relato apresenta fatos que, ainda que não tenham ocorrido em uma ordem cronológica rígida, são de extrema relevância à pesquisa social.

Assim, como visto, no primeiro capítulo alguns dos interlocutores relataram os motivos pelos quais migraram para Belém e/ou porque se deslocaram para a comunidade e aí fixaram moradia. Discorreram sobre como era o ambiente no período em que se mudaram para o local, bem como as transformações pelas quais este passou no decorrer dos anos influenciando a vida de seus moradores e em especial seu estado de saúde, tais como o aumento da violência, as condições precárias de saneamento e de outros serviços públicos, como os de saúde, haja vista que a cobertura de programas tais a Estratégia Saúde da Família (ESF), como observado no capítulo anterior, têm baixíssimo alcance a essas pessoas.

Diante de um cenário em que as pessoas encontram-se destituídas de seus direitos mais essenciais, é válido ressaltar o papel das redes de solidariedade, especialmente no tocante ao tratamento de doenças, em que vizinhos ajudam uns

aos outros, no sentido de indicar receitas e medicamentos. Em campo foi possível observar que muitas pessoas buscam algum tipo de alívio para seus sofrimentos, sobretudo nas igrejas (destacadamente as evangélicas). Admito que, em decorrência do tempo da pesquisa não foi possível aprofundar esse aspecto, do auxílio no âmbito religioso, se ele vai além do caráter espiritual, ou se presta algum tipo de auxílio assistencial.

Wawzyniak (2011) afirma que a trajetória realizada pela pessoa, assim como de seus familiares em busca da cura, acontece após a manifestação dos primeiros sintomas. O autor, fazendo referência à Langdon (2003) explica que a percepção da enfermidade ocorre a partir dos primeiros sinais corporais e que consiste em um importante momento do itinerário. No decorrer de seu percurso, há a procura por tratamento e, dependendo de sua situação, este pode retornar às suas atividades ou recorrer a diferentes alternativas, combinando-se nesse processo variados saberes e procedimentos terapêuticos.

Dentre os entrevistados, outras formas de tratamento de seus problemas de saúde eram utilizadas, conjuntamente. Algumas dessas pessoas recorrem à receitas caseiras recomendadas por vizinhos, familiares, conhecidos; outros recorrem à religião em um momento de dificuldade; há quem procurasse o auxílio de benzedores em busca da cura para uma enfermidade. Mas o que se percebe na fala dessas pessoas é que a memória também constitui-se de uma forma de **resolutividade** para atender suas necessidades no que diz respeito aos seus cuidados de saúde. Ela se mostra como um instrumento que permite a elaboração desse repertório de práticas apreendidas no decorrer da vida, seja no meio familiar, ou entre amigos e conhecidos, o que contribui para a formação de redes de ajuda.

Assim, este capítulo está dividido em sete diferentes seções, pois o intuito é de analisar o discurso de oito interlocutores acerca de seus cuidados de saúde e como estes são elaborados conforme o contexto em que estão inseridos. Suas falas, no decorrer desta dissertação, expressam suas vivências na Comunidade Bom Jesus I, os motivos que alguns destes expressam e que o conduziram à sua mudança para capital paraense, e como traçam seus itinerários terapêuticos em busca de cuidados de saúde.

4.1 “Olha, de primeiro não era assim, era assim!”: Quais as diferenças nos cuidados em saúde do ambiente rural para a urbe?

Quando conversei com Mariana, 73 anos, em abril de 2017, as atividades do Projeto já haviam se encerrado há uma semana. Imaginei que seria um pouco mais complicado conseguir marcar um dia para falar com ela, mas sempre solícita, ela concordou em participar da pesquisa. Sua casa era uma das que sempre visitávamos às quintas feiras, pois aos sábados, ela, como adventista praticante, frequenta a igreja, então, quando passamos a ir à comunidade somente aos sábados, pouquíssimas vezes a via. Quando no café da manhã de encerramento das atividades lhe expliquei os objetivos da pesquisa.

No primeiro capítulo, mostrei os motivos explicados por Mariana que a levaram a se mudar para Belém com a família há aproximadamente 20 anos⁷⁴. Estes relacionavam-se às melhores condições de vida (trabalho, acesso a serviços de saúde). Mariana tem seis filhos, e com exceção de dois, os demais residem na comunidade em ruas diferentes. Como outras pessoas que vieram posteriormente a fixar residência no local, a família é fator determinante para a permanência do indivíduo, neste caso, na cidade grande.

No segundo capítulo, trouxe sua explicação sobre como ocorre seu atendimento médico na ESF, sendo que a consulta, conforme ela relata, é frequentemente muito rápida, além da preocupação com a possível interrupção da distribuição de medicamento para seu tratamento de diabetes.

Quanto ao acesso a serviços de saúde ainda em seu local de origem⁷⁵, (localizado na Ilha do Marajó), ela explica que atendimento médico ocorria em um município mais próximo, Breves, que possui mais recursos: “Já tinha hospital. Quando num davam conta lá da doença, eles mandavam pra Breves, que lá é mais avançado, Breves. Quando lá num tinham recurso, eles mandavam pra Belém. Era assim” (Mariana, 73 anos).

⁷⁴ Ver páginas 42 e 43.

⁷⁵ Mariana é originária do Arquipélago do Marajó. Nesse sentido, vale lembrar que, ao entrar em contato com populações amazônicas, notadamente por meio do SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), um programa de saneamento voltado ao expurgo de casas e edifícios contra o mosquito da malária, tendo como Breves o “centro” para “controle”, Wagley (1957) verificou nesses locais índices elevados de leishmaniose, elefantíase, tuberculose, parasitas intestinais, dentre outras doenças tropicais, e destacou que a saúde desses locais só poderia ser alcançada com um melhor regime alimentar, maior acesso à educação e recursos médicos e tecnológicos.

Mariana também contou um pouco sobre como a igreja prestava auxílio no que diz respeito à assistência médica no local:

Lá tinha Igreja e o pastor sempre passava lá, de três em três meses, porque eles trabalhavam nessas lancha que anda pro Amazonas. Eles paravam cinco, dez dias lá, pra consultar o pessoal, espalhar remédio, arrancar dente, tudo eles faziam, ainda fazem, ainda passam lá (Mariana, 73 anos).

Scherer (2004) explica que comunidades ribeirinhas muitas vezes se encontram em posição de vulnerabilidade social; comumente encontram-se desassistidas de políticas públicas voltadas à saúde, educação e saneamento. Como afirma a autora, quando essas são criadas, não são considerados aspectos socioculturais, e o fato de que essas populações possuem um *modus vivendi* estreitamente ligado à natureza.

Assim, no caso da comunidade em que Mariana vivia, por meio de ações da igreja local é que ocorriam atendimentos médicos, distribuição de medicamentos, atendimento odontológico, o que ainda ocorre, já que como lembra Scherer (2004), essas populações ainda se encontram pouco referenciadas nas esferas municipais/estaduais.

Mariana me relatou que a igreja que frequenta realiza, pelo menos duas vezes ao ano, um serviço assistencial aos moradores da comunidade Bom Jesus I. Consiste em atendimento médico e distribuição de medicação. Membros da igreja se mobilizam e levam médicos para a realização de consultas: “Sempre eles trazem negócio de médico praí, trazem remédio pra espalhar pro pessoal. Eles dão a consulta, eles consultam, aí eles vão dando remédio de graça. É isso”.

Mariana explica que na sua igreja, há uma espécie de “caixa de oração”, que é quando a pessoa, visando alcançar um objetivo em sua vida, escreve em um pequeno pedaço de papel o que almeja, deposita na caixa e no momento do culto, há uma oração sobre esta:

Lá na igreja, eles fizeram uma caixa bem bonitinha. Ali aquela caixa tá escrito: “Caixa de oração”. Aí por exemplo, se tu quer um pedido, se tu quer conseguir alguma coisa. Ai eles dão os papelzinhos, quando a gente vai entrando na Igreja, eles vão dando os papelzinho. Aí pega aquele papelzinho e escreve o que tu quer: tu quer passar no teu estudo, tu pede pra Deus e põe ali. Quer receber alguma coisa pra tua família, tu põe ali. Aí

na hora tu vai pôr na caixa e eles oram por tudo aquilo lá na frente. É assim que nós faz.⁷⁶ (Mariana, 73 anos).

Dentre os vários aspectos da vida, depositados e recebidos pela caixa de oração, pode estar a saúde. Nesse sentido, de acordo com Valla (2005) a escassez do “acesso aos serviços” é apenas uma das principais questões que os mais pobres enfrentam com relação à saúde. Se o tratamento não é apenas uma questão biológica, mas algo ligado à relação corpo-mente, é possível que a busca das camadas populares pelas igrejas expresse uma busca de solução para esses problemas.

Quando lhe questionei sobre outras formas de tratamento de doenças além a igreja, ela explica que também recorria à medicamentos naturais que cultivavam para o tratamento de algumas enfermidades. Assim, o repertório terapêutico foi apreendido ainda no ambiente familiar, elaborados por sua mãe:

Eu plantava muito, porque eu logo criança pequena, desde a mamãe que eu me acostumei, que a mamãe plantava muito esses remédio caseiro, negócio de hortelãozinho⁷⁷, cidreira⁷⁸, limão e aquela outra meu Deus, uma que chamavam palmeirinha, que era bom pra dor na barriga. Pra criança, pra gente grande, negócio de dor que dá, a gente faz e dá pra criança. Às vez a gente põe um pinguinho dum remédio que seja bom pra dor, como aquele, agora a gente não ouve falar, aquele elixir paregórico⁷⁹, né? Aquilo era muito bom. Tu te lembra? (Mariana, 73 anos).

Quando ela me perguntou se eu conhecia o elixir paregórico, respondi que sim, que me era familiar e mesmo que seja um medicamento mais antigo, ainda é vendido nas farmácias e amplamente utilizado; talvez por isso ela tenha achado que eu desconhecia ou que tivesse uma vaga lembrança, haja vista que, com as várias opções existentes no mercado, acredito eu, talvez ela tivesse imaginado, quem ainda utilizaria tal remédio? Nesse sentido, seguimos a conversa:

⁷⁶ Parker (1996) afirma que as classes populares elaboram suas práticas religiosas, sendo que essas se mostram de formas diferenciadas, de acordo com sua inserção na sociedade. Essas representações e práticas frequentemente também são estratégias de sobrevivência que utilizam em uma sociedade que lhes recusa os seus direitos mais básicos.

⁷⁷ Conforme Van Den Berg e Silva (1986) as folhas de hortelãozinho (*Mentha puleguim L.*) são utilizadas no tratamento de cólica infantil.

⁷⁸ A cidreira (*Lippia alba N. E. Br*) é utilizada no tratamento de insônia, nervos e problemas estomacais (VAN DEN BERG, SILVA, 1986)

⁷⁹ O elixir paregórico (*Piper callosum Ruiz & Pav.*) é empregado na medicina popular na forma de chás das folhas, na forma de infusão para tratar cólicas menstruais e intestinais, diarreia, dismenorréia, várias formas de dores, especialmente do aparelho digestivo, dor reumática e muscular, hemorragia local, náusea, problemas digestivos, como dor de estômago (VAN DEN BERG, 1993).

Pois é, a gente pingava uns dois pinguinho e dava no chá pra criança. Muito bom. Olha, a minha irmã [mais velha], pensa que negócio de febre, assim, que negócio de dente de criança, gripe, sabe como ela tratava? Ela fazia o coisa, o sebo de Holanda⁸⁰, ela fazia uma “piulinha” daquele sebo de Holanda. Aí ela fazia o chá de hortelãozinho e dava pra criança aquela piulinha e dava o chá. Suava a febre que era uma beleza (...) É muito bom pra suar a febre. Isso que eu falo pras menina agora. Agora se não for a tal de não sei o quê, lá pela farmácia. Eu digo:” Olha, de primeiro não era assim, *era assim!*” (Mariana, 73 anos).

A utilização de uma série de recursos alternativos mostra-se muito importante no cuidado da saúde no contexto rural. Os sujeitos, conforme o meio sociocultural em que vivem, com os recursos de que dispõem, recorrem a variados saberes, não somente à ciência médica. O contrário acontece com a mudança para o ambiente urbano, sendo que se recorre quase que exclusivamente à ciência médica (CARVALHO, 2009).

A interlocutora falou sobre algumas práticas utilizadas em seu local de origem não necessariamente para a cura de uma determinada enfermidade, mas, por exemplo, no cuidado com as crianças, no que diz respeito ao desenvolvimento da dentição:

É, olha, de dente de criança, assim, ela agarrava, tudo era a mamãe que ensinava pra ela, ela agarrava, assava o dente do alho, machucava bem, ficava bolinho, né, assado, no fogo, machucava, machucava e passava na gengiva assim [mostra como era utilizado]. Era o remédio. Não, porque o alho, tu corta ele, quando é no outro dia, tá grande a ponta, né? E a cebola do mesmo jeito, né? Pois no instante, o dente vinha (Mariana, 73 anos).

Outro aspecto observado por Mariana está relacionado ao momento do parto, pois teve todos os seus seis filhos em sua casa, com o auxílio de uma parteira⁸¹, o que era comum, como narrado: “Agora que só pode ter criança se for no hospital, de

⁸⁰“Maior difusão, porém teve a amêndoa do cacau, que já era utilizada pelo mestiço na forma de pomada, que a farmacopéia do velho mundo transformou no famoso sebo de Holanda dos nossos avós, bom para puxar catarro do peito, com mel de abelha, excelente para inchaços” (MONTEIRO, 1988, p. 359).

⁸¹ Fleischer (2007) explica que para as parteiras, o parto é visto como algo natural; além disso, o ambiente da casa é tido como o melhor para dar à luz, por ser considerado acolhedor. Ademais, as parteiras também levam consigo suas próprias experiências de vida. Uma das mais conhecidas parteiras do local onde realizou sua pesquisa, (município de Melgaço, na Ilha do Marajó) e que transitava entre “os endinheirados e empobrecidos” da pequena cidade, várias vezes concordava com suas pacientes, buscava confortar muitas destas, ao contar casos parecidos, além de fazer várias recomendações pós-parto. Assim, por proporcionar um atendimento mais pessoal, mais próximo às chamadas “buchudas”, as parteiras possuem nesses locais, uma ampla aceitação entre variados segmentos sociais.

primeiro, olha, eu nunca tive filho em hospital. Nunca, nunca, nunca... Olha, eu tive seis filho, tudo em casa, era a parteira que ia fazer dentro de casa”.

Na sua fala há uma valorização da figura da parteira, pois o parto é realizado em casa, um ambiente mais pessoal, junto à família. Há também uma maior proximidade na comunicação entre o profissional que realiza o parto e a gestante, sendo que a parteira volta sua atenção especialmente à figura da parturiente.

Ela explica também o papel da parteira, que conseguia identificar o sexo da criança ainda no ventre materno e preparar a grávida para o momento do parto:

Parteira é uma pessoa que fica ali com a gente todo tempo, ela sabe ajeitá a criança dentro da barriga, tudo ali, ela puxa, ela sabe, tudinho. Tem umas que até diz: “É homem” ou então “É mulher”, e olha, só de puxar⁸² a barriga. E eles sabem. E, eu tinha uma avó que ela sabia tudo, a mulher só podia morrer mesmo se fosse um cauro mesmo que Deus quisesse, da mão dela nunca morreu ninguém. (Mariana, 73 anos)

Os médicos populares⁸³, tais como as parteiras, dentre outros (raizeiros, ervateiros, etc) eram considerados pessoas mais aptas a tratar os problemas de saúde da comunidade, já que elaboravam seus meios de cura. Assim, estes cientistas populares, possuíam um grande conhecimento desta cultura popular rural, além do forte compromisso com a mesma (OLIVEIRA, 1985). A parteira trata-se, como afirma Maués (2008), de uma entre várias medicinas populares na Amazônia, além do benzedor ou benzedeira, do farmacêutico, entre outros.

Mariana afirma que só passou de fato a frequentar o médico somente a partir de uma determinada idade, principalmente após manifestar sintomas que posteriormente seriam diagnosticados como sendo diabetes. Uma interessante observação que a entrevistada faz é de que tinha uma “boa saúde” e após passar a

⁸² Segundo Fleischer (2006), a **puxação** realizada pelas parteiras, é bastante difundida, notadamente na Amazônia, ainda que o pré-natal biomédico seja bastante recomendado pelas autoridades sanitárias. A antropóloga acredita que a valorização da puxação (o que pôde observar durante sua pesquisa de campo), é um indicativo de que os serviços das parteiras durante a gestação são muitas vezes mais buscados que os serviços oficiais de saúde.

⁸³ Conforme Oliveira (1985), a medicina popular se mostra presente em nosso cotidiano, por meio de hábitos e tradições. É praticada no âmbito familiar, entre vizinhos, na comunidade em que vivemos. Ela fortalece o vínculo entre as pessoas, pois implica na ajuda, além de ser economicamente acessível. A medicina popular é prática que mostra que o modelo biomédico não consiste na única forma de se fazer ciência. Os métodos tradicionais de cura ainda se fazem presentes é porque seus métodos de cura respondem às necessidades de uma considerável parte da população.

frequentar o sistema oficial de saúde “surgiram” vários problemas, dentre os quais o diabetes:

Olha, eu frequentei hospital depois de meus 50 anos. Eu não tinha negócio de consulta com médico, nada. Eu era boa mesmo de saúde, depois que eu comecei a andar no médico, apareceu tudo o que não presta! Fiquei doente mais. Aí depois que eu cheguei aqui com os anos, apareceu essa imundície dessa diabete, que foi que me acabou. Olha, sem mentira nenhuma minha filha, [...] eu não tinha sustância de andar. Ela me pegou e nós não sabia o que era, né? (Mariana, 73 anos).

Ela também trata da questão do diagnóstico, quanto tempo depois de estar em Belém e como ocorreu: “Foi, foi. Ih, uma porção de tempo já que eu tava aqui. Aí ele me levou ali no Perpétuo Socorro, aí eu fui no médico. Aí, a mulher antes dela me olhar disse: ‘Ah, num carece nem eu consultar ela, eu já sei o que é’” (Mariana, 73 anos).

Ferreira (2006), referenciando Foucault (1980), em “O Nascimento da Clínica”, afirma que a Medicina é uma ciência do olhar. Assim, quando o médico analisa, se utiliza de seus sentidos, pois existe uma particularidade em seu olhar que lhe proporciona um saber diferenciado. Assim, Mariana, durante a conversa, mantém o discurso de que quando passou a ir ao médico, vários “problemas de saúde apareceram”, como se tivesse certa desconfiança; além disso, cita o caso da vizinha: “Às vezes eu converso com os meninos, que depois que eu fui no médico, pronto! A Sônia diz assim, a moça que mora aí atrás: ‘Por isso que eu tenho medo de ir no médico! Eles puxam tanta coisa na gente!’” (Mariana, 73 anos).

Boltanski (2004) também observa que, que há problemas na comunicação entre paciente e médico o que acaba por aumentar a desconfiança do doente em relação ao diagnóstico. Ele também afirma que há uma barreira na comunicação, o que separa o médico do doente das classes populares, já que o uso de um vocabulário especializado por parte do médico aumenta a distância linguística, o que contribui para uma maior assimetria nessa relação.

Perguntei à Mariana se ela ainda utilizava remédios caseiros, como fazia antigamente. Ela explicou que não os empregou mais porque não havia quem pudesse comprar para o seu consumo: “Não, nunca mais eu usei. Quando meu marido ainda era vivo eu usava porque ele ia comprar lá no Ver-o-Peso, olha, como

a pata de vaca⁸⁴, é bom, pra diabete, a insulina⁸⁵, é pra diabete. Ele comprava tudo isso aí pra mim, aí eu tomava o chá, sabe?”

O campo me surpreendeu, pois desconhecia completamente a existência de insulina em planta, para ser consumida sob a forma de chá, para tratar o diabetes. Assim, ela me explicou alguns aspectos da planta medicinal:

Ela é igual um cipózinho, cai dando as folhas. Aí no Ver-o-Peso tem muito. A gente toma por causa da diabete também. E te digo que é melhor do que a gente tomar uma injeção? [...] A injeção vai logo no sangue, né? Mas a insulina [planta] é bom que a gente não se fura (Mariana, 73 anos).

Pelo fato de precisar tomar constantemente injeções de insulina para o controle do diabetes, isso lhe parece causar desconforto e/ou dor, ao contrário que do que ocorre com o uso do chá. A dor, como explica Ferreira (2008), está ligada à ideia de sofrimento, um sentimento de aversão, ainda que seja, como a autora indica, em procedimentos de cura.

Assim, como Alves e Souza (1999) relatam, é necessário entender o significado das ações que constituem os cuidados com a saúde e a busca por tratamento. Estas se fundamentam em diferentes processos de escolha e decisão. Falar de processo de escolha é referir-se a uma consciência de possibilidades que estão ao alcance e são igualmente acessíveis ao indivíduo.

4.2 A elaboração de cuidados de saúde e sua contribuição para a escolha do tratamento

Luiza, 37 anos, mãe de duas filhas (15 e 14 anos) migrou para Belém há 10 anos em decorrência de problemas de saúde sua filha mais nova. Seu marido conseguiu emprego e se estabeleceram na comunidade, nas proximidades do Igarapé Mata Fome. Ela possui 4 irmãos (3 irmãs e 1 irmão), sendo que somente uma irmã mora na capital.

⁸⁴A planta pata de vaca, cujo nome científico é *Bauhinia forficata* possui propriedades diuréticas, analgésicas, hipoglicemiante, utilizada no tratamento de anemia, problemas renais e urinários. Também é empregada no tratamento de problemas na vesícula, fígado, e estômago, diarreia, doenças cardíacas, prisão de ventre, hipertensão arterial e cálculos na bexiga. Também conhecida como “insulina vegetal”, utilizada no tratamento do diabetes. Disponível em: <<https://www.remedio-caseiro.com/pata-de-vaca-beneficios-e-propriedades/>>

⁸⁵*Cissus sicyoides* L, utilizado para tratamento do diabetes (BELTRAME *et al*, 2001).

No local de moradia anterior, quando questionada sobre à quem recorria em caso de doença, Luiza afirmou que era “o posto, né? o posto de saúde”. Todavia, quando questionada se havia outro local e forma de tratamento além do posto de saúde ela relatou: “era difícil, né pra gente ir [ao posto de saúde], porque tinha que ir de igarapé, como é, no rio, né, não dava pra gente ir, nós não tinha coisa, aí a gente fazia mesmo o remédio caseiro [...] pra inflamação, pra baque” (Luiza, 37 anos).

Uma concepção comum que se tem sobre a medicina popular é de que as crenças nas doenças e o modo como tratá-las (por meio de chás, rezas, banhos, garrafadas, etc) são partilhadas somente por populações pobres, com pouca escolaridade e que vivem em áreas rurais. Só que tal concepção acaba mostrando que esta forma de tratamento resiste, pois muitas vezes, não há outro tipo de medicina nesses locais (OLIVEIRA, 1985).

Quanto ao tratamento de quais doenças, ela afirmou: “verônica⁸⁶, me esqueci o nome daquela vagem, me esqueci o nome, tá ali perto da porta [pede para a filha pegar uma sacola], jucá⁸⁷” (Luiza, 37 anos).

Quando questionei a finalidade da utilização da jucá, ela em explicou: “estômago [inflamação] pra gastrite serve também”. Além do jucá, ela também tinha cariri, erva que ela afirmou usar para anemia.

Quanto à forma de preparo de ambos, Luiza explicou: “Esse aqui eu boto na água e tomo [jucá], esse aqui a gente ferve, [...] faz, ferve ele, fica igual um sangue [cariri] [...] a gente fica tomando, que nem água”.

É possível perceber também a existência de uma rede de ajuda mútua em relação aos entrevistados. Quando a família de Luiza veio para Belém, ficaram tomando conta de uma casa. Quando a filha mais nova do casal se recuperou e se preparavam para ir embora, um parente de seu marido disse para que permanecessem em Belém e ajudou na compra da casa em que vivem atualmente.

Luiza trabalhava, mas precisou parar, porque adoecia, tinha problemas alérgicos e sinusite. Quanto à realização de tratamento para tais problemas de saúde, ela respondeu: “Não, não fiz ainda. Só faço de outras coisas, né, eu vô no posto, agora ali, aqui do Tapanã”

⁸⁶Conforme Van den Berg (1993), é utilizada no tratamento de vários tipos de inflamação e bronquites.

⁸⁷Van den Berg (1993), explica que este é usado sob a forma de chá e banhos, o jucá é utilizado como depurativo do sangue e no tratamento de hemorróidas

Para conseguir consultas na UMS do Tapanã, ela indica algumas dificuldades: “Olha, a gente tem que ir de madrugada daqui pra pegá ficha (...) às vezes vou 05:00 h, aí amanhã não vai dar pra mim ir, que é 04:00h da manhã, disque é pr’eu ir, só que não dá pra mim ir” (Luiza, 37 anos).

Quando havia conversado anteriormente com Luiza, ela relatou que tinha diabetes. Quando perguntei de que modo tratava esse problema, ela explicou o seguinte:

É tomando remédio, só que o remédio agora acabou. Aí tem que ir de novo, fiz tudo de novo, né, os exame, aí atestou de novo [...] não tem remédio no posto, nos postos não tá tendo remédio. Quando a gente vai lá a médica passa o remédio: ‘Ah, não tem esse remédio aqui, tem que comprar’ e como, a gente não tem o dinheiro, né? (Luiza, 37 anos).

Sobre a oferta do medicamento no posto de saúde, Luiza explica que a disponibilidade muitas vezes é falha. Frequentemente, ela afirma que é necessário comprar a medicação, o que se torna difícil, pela impossibilidade de arcar com gastos. Essa questão da distribuição de medicamentos é uma preocupação, pois muitas vezes estes são caros e torna-se mais difícil para o paciente seguir o tratamento indicado pelo médico:

Eles dão, mas quando num tem, a gente tem que comprar, aí eu não tenho dinheiro pra comprar, entendeu? [...] já tá com um ano que não tem remédio [na UMS do Tapanã [...] antes pegava e tomava, agora tem uns que tá difícil chegá aí no posto (Luiza, 37 anos).

Como mostram Ferreira e Espírito Santo (2012), a incapacidade de pagar por tratamentos e exames não cobertos pelo SUS, pode levar ao agravamento do estado de saúde da pessoa. Esses fatores mostram que, quanto piores são as condições econômicas, maior a dificuldade de acesso a serviços de saúde.

Segundo Canesqui (2015), o processo que vai além das condições precárias de vida ou mesmo a carência de recursos financeiros na aquisição de medicamentos envolve uma série de fatores, o que pode inviabilizar a adoção de uma forma de tratamento. Conforme a autora, quando se observa contextos de pobreza, por exemplo, pesquisas indicam que essas precariedades podem tornar inacessível o uso de remédios, o que é agravado por ações de políticas de assistência farmacêutica, que também podem impedir ou dificultar a oferta de medicamentos.

Luiza explicou que os medicamentos para o tratamento da diabetes são caros, então questioneei se utilizava outra alternativa para controlar a doença: “O que eu tomo, remédio não, é a carambola, que eu como e faço suco, pra esse negócio que eu tenho [...] a minha sogra diz que é bom, porque alivia mais”. Além disso, ela afirmou fazer uso da verônica, unha-de-gato, que utiliza para inflamações do útero e do intestino.

De acordo com Loyola (1978), Quando uma pessoa não segue uma determinada prescrição médica, não se trata somente da falta de recursos financeiros que o leva a esse comportamento, mas também uma crença popular, uma concepção de mundo, muitas vezes incompatível com a medicina científica.

Gerhardt (2006) observa que se recorre primeiramente à automedicação em casos de problemas de saúde menos graves. Em casos tidos como graves, as famílias costumam buscar atendimento médico no serviço público de saúde. Assim, é possível observar que as informações trazidas pela família (também adquiridas por meio de vizinhos, conhecidos), juntamente com os conhecimentos biomédicos e populares de saúde, vão influenciar na avaliação do quadro de doença. As estratégias elaboradas pelos indivíduos nesses casos são criadas com base em relações sociais, sendo que cada contexto possui suas especificidades.

Quando se observa o caso de Luiza, é possível notar que ela se utiliza de uma forma de tratamento paliativo, aconselhado por alguém da família e por ser economicamente acessível, além de atender às suas necessidades. Todavia, como ela possui uma doença que requer maior atenção, buscou o serviço público de saúde, mas como a referida UMS não oferecia o medicamento para o tratamento de diabetes há bastante tempo, além do valor do mesmo ser alto, acabou recorrendo à uma outra forma de controlar sua doença.

É também preciso observar que o acesso à saúde sofre a influência de questões de ordem social, econômica, geográfica, entre outras, enfrentadas especialmente por populações de baixa renda. Como apontam Castro e Farmer (2003), as desigualdades sociais aumentam a probabilidade de agravamento de quadros de doença, devido à inviabilidade de receber os tratamentos adequados e a longo prazo. O acesso mais fácil ou mais difícil à serviços de saúde, dessa forma, acaba aumentando o problema.

4.3 “Se eu não tiver Deus na minha vida, eu vou clamar por quem?”: Religião e sua relação com cuidados de saúde

Nas atividades do projeto, uma das integrantes me falou sobre Estela, 46 anos, e sua trajetória. Todavia, havia uma preocupação de minha parte em não conseguir entrevistá-la, em decorrência de outras ocupações que ela tinha e também pela disponibilidade da pessoa que me levou até sua casa, que fica em uma rua que não costumávamos circular e que não havia muita movimentação durante o dia. Porém, Estela foi bastante solícita e concordou em participar da pesquisa.

Ainda no primeiro capítulo, que aborda alguns aspectos gerais da comunidade, mencionei como Estela explicou que as razões que levaram à mudança para Belém estavam ligadas à educação dos filhos⁸⁸. No local no qual viviam anteriormente, o índice de criminalidade e as poucas opções aos jovens motivaram a migração para a capital.

Ela afirmava que quando ainda vivia em um municio da Ilha do Marajó, sua família vivia principalmente da lavoura e também da pesca: “Lavrador de roça, açai, mandioca, matapí pra pegar camarão, até hoje né, ainda vivem [lá] de pesca, chega lá tem aqueles viveiros, cheios de camarão [...]” (Estela, 46 anos).

Durante nossa conversa, evidenciei querer saber um pouco a respeito de seus cuidados de saúde e se deteve muito ao momento em que sua filha de 19 anos (mãe de uma criança de dois anos) havia passado, um complicado trabalho de parto há alguns dias e sempre ressaltava como a religião (Estela é evangélica, da Assembleia de Deus), suas crenças, assumiram um papel fundamental nesse momento:

[...] nós, sem Deus, não somos nada, viu? Com Deus nós somos tudo, né?
[...] Se eu não tiver Deus na minha vida, eu vou clamar por quem? Ninguém vai me ajudar. Vizinho? Negativo, né? Eu digo isso lembrando esses momentos que eu passei na Santa Casa com a minha filha. Eu clamava toda hora, olhava pro céu e falava pra Deus: ‘Deus, entrega minhas filhas nas tuas mãos, tu é o melhor médico, Tu que tá no controle da situação. Eu num posso fazer nada, mas Tu pode, aonde eu não posso alcançar, mas Tu pode’, né? E Deus usava o médico, Deus usava a enfermeira, Deus usava até as pessoas que tavam do lado dela: ‘Não se preocupe, mãezinha, vai dar tudo certo, Deus tá no controle!’ (Estela, 46 anos).

⁸⁸ Ver página 41.

O caso de Estela remete ao que nos ensina Oliveira (1985), pois para a autora, as religiões, notadamente as Pentecostais, buscam oferecer auxílio e conforto a diferentes formas de aflição, tais como: a) saúde; b) manipulação do sistema (aspectos burocráticos, questões referentes a dívidas, não pagamento de salário, etc.); c) problemas interpessoais tais como questões afetivas, familiares, relacionamentos entre vizinhos, amigos.

Durante o trabalho de parto de sua filha, Estela tinha preocupações de que ocorresse algum tipo de complicação durante o processo e como as orações tiveram um papel fundamental no momento:

E foi rápido, olha! Entrou quinta, sexta, sábado 'Vamo logo tirar o bebê, porque o bebê já tá sem líquido, vamo tirar o bebê'. Tava perdendo líquido, muita água. Mas não se preocupe, vai dar tudo certo, fique só fazendo suas orações, né? E eu ficava lá, orando... E minha filha, nós duas só. Então vemos que nesse momento que a gente vê que a gente tem uma pessoa do nosso lado que é Todo Poderoso, que nós podemos clamar e Ele tá ali com as mãos estendidas pra te socorrer, né? E Deus assim, em nenhum momento me deixou [...] (Estela, 46 anos).

Iluminando essa fala, Minayo (1998) destaca que muitas vezes recorre-se à religião em situações limites e de incertezas, e a mesma assume um importante papel em momentos decisivos da vida. Logo, o recorrer à sua ajuda se mostra como uma alternativa ao cuidado biomédico. A autora também mostra que a religião faz parte da cultura popular e se mostra na superação de dificuldades do cotidiano e visa um resultado definitivo, trazendo para perto o milagre e o torna como solução, às vezes única, para os problemas do dia-a-dia.

Ainda quando morava em sua cidade natal, Estela explica de que forma buscava cuidados de saúde quando alguém em sua família adoecia, fazendo algumas comparações com o serviço público disponível na área:

Lá onde nós morava, porque a gente não morava na cidade, a gente morava no interior, lá tem posto de saúde, é muito bom, é enfermeira, não é médico [...] e eu achei muito legal ali o atendimento, tem muito remédio, né, tem curativo, muito bem estruturado. É melhor que aqui. Eu achei. Aquele posto de saúde a gente vai, né? [...] O do Tapanã. Eu não uso Pratinha. Nós mora na Pratinha e não usa Pratinha. Engraçado, eu só uso aqui [UBS do Tapanã] e aqui [UMS da Pratinha] diz que é tão bom, né? Nunca fui aqui. Eu já me acostumei aqui. Eu me dou lá, até com as enfermeiras eu já me dou (Estela, 46 anos).

O fato de ela haver se acostumado com a forma de atendimento em um local de “se dar com as enfermeiras” se mostra como um fator para que ela não recorra à uma outra Unidade de Saúde, ainda que não se mostre completamente satisfeita com o local. Nesse sentido, vale relembrar a ideia acerca do “usuário” como aquele que ocupa o lugar da privação, “o pobre”, concepção que permeia toda a sociedade. Logo, muitas vezes acha-se que estão fazendo um “favor” para a população. (SARTI, 1998). Como explica a autora, ainda persiste tal noção, com base na suposta “ignorância” do usuário e no não-reconhecimento dos usuários como sujeito de direitos, o que a fala de Estela nos diz.

4.4 A construção de redes de ajuda e sua importância nas escolhas terapêuticas

Artur, de 57 anos é natural de Belém, sendo que mudou-se para a comunidade com o intuito de ter seu imóvel próprio. Residente na área há quase duas décadas, ele mostra seus pontos de vista sobre as diferenças entre os serviços de saúde na Comunidade Bom Jesus I e o local de moradia anterior:

Isso é falha dos nossos governantes de não olhar pra periferia, fica difícil, fica diferente, ele olha só pro lado do centro da cidade, às vezes ele não olha pra lado nenhum, aí fica complicada a situação. [...] Era bem complicado também. Por mais que a gente tivesse no centro da cidade era complicado também. Ou a gente procurava o posto de saúde... vou lhe dar só um pequeno exemplo: Eu quanto tinha 9 anos de idade, eu bati a costa numa prateleira que tinha em casa [...], oito dias depois tava me dando muita febre. Pra mim procurar um posto de saúde eu passei quase quinze dias, quando eu fui procurar, já não era mais pneumonia, era uma tuberculose, naquele tempo era chamado de “*chumbra no pulmão*”. Sabe onde foi meu tratamento? Lá no centro 1, lá na Batista Campos. Pra você ver, a diferença, a localidade que nós temos. E aqui não, nós temos, apesar que “seje” ruim, que tem que tá forçando as coisas, mas nós temos um excelente posto, o Posto da Pratinha aqui, tem a Casa da Família também, né, também me dou demais com os pessoal de lá, nós temos o Pronto-Socorro de Icoaraci, o Abelardo Santos [...] (Artur, 57 anos).

Como abordado nos capítulos anteriores, parte considerável da população da Comunidade Bom Jesus I encontra dificuldades de acessar equipamentos de saúde, seja pela distância em que estes se encontram, seja pela dificuldade na realização de inscrição nas Unidades Municipais de saúde, ou mesmo pela ausência de ACS na área. Artur cita as opções UMS da Pratinha I, tais como a Casa Família

Saudável⁸⁹ da Pratinha I, sendo que sobre esta, ele afirma: “me dou demais com o pessoal de lá”, pois trata-se, de certa forma, de um facilitador na marcação de consultas para as pessoas que o procuram.

Quando questionado se utilizava uma das UMS de que dispõe a área, Artur explica: “Não. Eu já usei, quando me deu o AVC [acidente vascular cerebral], em 2007, eu tive que usar, a primeira coisa que a menina me levou foi pra lá, eu fiquei internado 4 horas lá.”

Ele também justifica o fato de não ter utilizado mais a mesma:

Não, não usei. Por que fica muito contramão. A não ser quando a pessoa passa mal, a gente tem que levar lá, porque lá é 24 horas, entendeu, a gente leva lá. Mas geralmente aqui, quando meus amigos tá doente, e que eu tenho condições de pagar táxi, essas coisas, [...], pego e levo em Icoaraci, porque é mais certo, mais aconselhável, porque aí quase não tem atendimento, os médicos falham muito (Artur, 57 anos).

Como tratado no primeiro capítulo, a ocupação desordenada de espaços urbanos, em direção às áreas periféricas exerce grande influência na forma como os serviços urbanos são ofertados à população, isso inclui a forma como os serviços de saúde são ofertados. Desse modo, como mostra Silva (2003), os segmentos mais empobrecidos da população, além de sofrerem maior exposição a doenças, recebem menos cuidados preventivos, o que intensifica as chances do adoecimento. Ao adoecerem, por sua maior vulnerabilidade, os mais pobres, além de viverem uma série de situações e experiências de maior risco, frequentemente enfrentam mais barreiras no acesso a atenção à saúde de maior qualidade.

Então lhe perguntei como via o atendimento que recebia em comparação com o que a comunidade recebe, o que ele achava, recebendo a resposta: “Antigamente era bom em tudo quanto era lugar, o atendimento, mas de uns tempos pra cá, vamos supor, 16 anos pra cá, vamos supor isso. O que acontece é o seguinte: os nossos governantes cortou um bocado de coisa, em benefício próprio deles.” Essa fala em particular chamou minha atenção, pois coincide com o período em que outra interlocutora, Helena, explicava, no capítulo anterior que, até então, havia por exemplo, visitas de ACS à área, o que deixou de ocorrer nos últimos anos. Esse poderia ser um dos cortes aos quais Artur se refere.

⁸⁹ Ainda recebe a denominação de “Família Saudável”.

Uma dos aspectos que Artur relembra é a preparação de remédios caseiros elaborados por sua mãe⁹⁰, no tratamento de diferentes doenças: “Era doméstica. Mamãe nunca sentou num banco de escola, mas a mamãe fazia qualquer um tipo de remédio. Fazia remédio até pra mandar pra fora”. Portanto, ainda que sua mãe não tivesse recebido um conhecimento formal, sua gama de saberes foi construída com suas experiências, no âmbito familiar e também no grupo social em que estava inserida.

Assim, a capacidade desses agentes de cura reside principalmente em suas experiências, mais do que propriamente no seu grau de instrução, como por exemplo, uma pessoa que possui uma longa experiência no uso de um medicamento, ou que tem, ou teve alguma doença (HELMAN, 2009).

Quanto ao tipo de remédio preparado por sua mãe, ele explica: “Fazia remédio medicinal. Um farmacêutico lá perto de casa, que tinha lá, que era até ‘cumpadre’ dela, todo remédio era feito pela mamãe” (Artur, 57 anos)

Ele também busca relatar a finalidade de um dos remédios preparados por sua mãe:

Antigamente tinha um negócio de mãe-do-corpo, essas coisas tudinho e o pessoal diz que é problema de câncer de útero, antes, era mãe do corpo⁹¹. Mas não é câncer, é uma inflamação no útero, quando a pessoa não consegue conceber, né? Aí tá com o útero fraco, aí se chama “mãe do corpo tá baixa”, então... “a bexiga tá baixa” ... aí ela fazia remédio pra asma, fazia remédio pra...um bocado de tipo de remédio. (Artur, 57 anos)

Fazendo uso de Lévi-Strauss (1976) para compreender o relato de Artur, vale frisar que o autor estabelece a diferença entre o pensamento selvagem (concreto) e o pensamento cultivado (científico). O pensamento primitivo é expresso na figura do *bricoleur*, que trabalha unindo vários elementos para a elaboração de um determinado produto, por exemplo. Assim, a forma de trabalhar do profissional de saúde popular pode ser tida como análoga ao do *bricoleur*, pelos recursos que utiliza, buscando, assim, chegar à conclusão sobre qual a melhor forma de

⁹⁰Segundo Campos-Navarro (1997), algumas mulheres são curadoras no âmbito familiar (é o que o autor denomina de *curandeirismo doméstico*), mas, de forma gradual, exercem tal prática em núcleos sociais externos ao ambiente familiar (o que viria acontecer posteriormente com a mãe de Artur: ela viria a produzir remédios para uma farmácia local próxima à sua casa).

⁹¹Motta-Maués (2008) em pesquisa realizada em Itapuá, verificou que “mãe do corpo”, “dona do corpo”, “madre”, é um órgão que só a mulher possui, localizado em seu ventre, próximo à região umbilical e é responsável por comandar o funcionamento do organismo feminino.

tratamento para um problema específico para um determinado indivíduo, o que foi o caso de Artur e o tratamento elaborado por sua mãe.

Artur relata que se enfermou de tuberculose ainda na infância. Ele explica o tratamento que lhe foi elaborado na época:

Pro pulmão, olha o meu tratamento que eu fazia: é que naquele tempo não tinha cura. A tuberculose com a idade de 9 anos não tinha cura. O que eu ia fazer, 50 anos, mais ou menos? 5h da manhã eu levantava, tomava o banho, eu tomava um copo de mastruz com leite⁹², ela fazia... gostoso que só até, eu tomava tudinho, um copo. Aí eu ficava por ali e tal, dava uma volta e tal, aí vinha e tomava meu café. Meu café era ovo cozido, café e leite, abacate, um pedacinho, tudo misturado assim, tipo feito uma salada. Eu comia aquilo ali... era ovo, salada, salada de fruta, sem leite, só as fruta mesmo e o ovo, pra completar. Aí eu comia aquilo, tomava aquele copo de café com leite. Aí quando dava 9h, eu tomava outro banho, aí eu sentava na mesa e ela me dava uma cuia de... você já viu miolo de boi? [...] Ela aferventava ele com todo o sangue, sem sal, aí eu tomava uma cuia de caldo aferventado. Eu almoçava, a nossa comida, a minha comida era com bastante verdura, bastante legume e fruta. Aí, eu almoçava com aquela salada todinha, era pepino, agrião, era...quando era de tarde, eu tomava um copo de suco de agrião com leite, 4h da tarde, eu tomava uma cuia de caldo de mocotó. Então no outro dia eu começava com caldo de mocotó, aí quando dava 7h da manhã eu tomava uma cuia de caldo de mocotó, quando dava 10h, eu tomava uma cuia de caldo de miolo, ferventado mesmo, aí quando dava 12h eu comia miolo com ovo [...] Era praticamente todo dia. Eu não tinha comida fraca, era só comida forte⁹³. Aí eu comia mocotó, miolo, era carne de cabeça, minha alimentação foi toda... (Artur, 57 anos).

Quando questionei quem lhe havia recomendado essa forma de tratamento, ele afirmou que havia sido sua mãe, que foi uma “doutora” para ele, já que havia elaborado seu tratamento para a tuberculose:

Não, foi por ela mesmo, ela que foi a minha doutora. Tinha a doutora no centro, eu tomava, trazia meus remédio tudinho, que era umas “píula graúda” e umas “píulinha miúda”, eu tomava três e tomava uma... na época se chamava estreptomycin (Artur, 57 anos).

O interlocutor explica que o uso de remédios naturais sempre ocorreu no ambiente familiar: “A gente usava pra tudo lá em casa [...] Fui criado praticamente

⁹²As folhas de mastruz (*Chenopodium ambrosioides*) com leite são muito utilizadas no tratamento de doenças no trato respiratório, pela união dos efeitos revigorantes e expectorantes destas substâncias (MORAIS et al, 2005)

⁹³ Conforme Motta-Maués e Maués (1980), o fato de um alimento ser classificado como “forte”, está relacionado ao valor alimentício do mesmo e assim, todo alimento “gordo” é considerado mais forte que o sem gordura, já que esta é tida como fonte de propriedades nutritivas. Quando refere-se à um alimento de origem animal, o tipo de alimentação, além do tamanho deste, são fatores que contribuem para avaliar sua “fortidão” .

até os meus 32 anos, antes dela falecer, fui criado tudo com remédio caseiro” (Artur, 57 anos).

Assim, como explica Boltanski (2004), a prática médica oficial, que ocorre pela recorrência ao médico e pela observação de suas prescrições, e as práticas que ocorrem no âmbito familiar podem ocorrer simultaneamente e se complementam. Seria como se esta medicina familiar fosse aplicada dentro de limites preestabelecidos e também seguisse normas que definiriam os meios terapêuticos que possui o direito de utilizar. Conforme o autor, os conhecimentos médicos populares antigos, eram saberes ditos “comuns” a todos, sendo constituído pelo o que ele denomina de duplo repertório: repertório de doenças e repertório de remédios.

Quando questionei se ainda utilizava algum medicamento natural do qual antes fazia uso, acredito que possa ter ocorrido: 1) uma falta de uma melhor formulação da pergunta de minha parte; 2) uma certa confusão por parte do interlocutor acerca do que seria o remédio popular de que ainda fazia uso, o que partia de suas próprias experiências familiares já que sua mãe elaborava diversos tipos de remédios para variadas enfermidades. Artur deu a seguinte resposta:

Geralmente esses remédio natural é passado pelos próprios médicos hoje em dia. Que se chama fórmula, né? Então pra diabete eles geralmente passam fórmula, homeopático⁹⁴, remédio homeopático, que se chama, fórmula também, mas é feito do seguinte ponto, no ponto seguinte: mas tudo é passado pelo médico e a gente não tem nada a ver (Artur, 57 anos).

Dantas (1998) explica que a terapêutica homeopática analisa o ser humano em sua totalidade, biopsicossocial, sendo que o medicamento homeopático age de forma similar aos sintomas do paciente (*simillimum*), o que estimulará as defesas do organismo doente, conforme as particularidades de cada indivíduo. Segundo a homeopatia, cada pessoa tem uma forma particular de reagir ao processo de adoecimento, logo, ao tratar de uma doença crônica, o homeopata deve reunir dados que mostrem o que causa a doença e as formas que o paciente manifesta os seus sintomas (psicologicamente, somaticamente), visando obter uma visão holística sobre a situação do doente. É importante ressaltar que há pessoas que pensam que estão fazendo um tratamento com um medicamento homeopático, mas na realidade

⁹⁴ Por meio do relato de Artur, não foi possível constatar com precisão se este se tratava outro tipo de medicamento de manipulação, um medicamento popular ou de fato, um homeopático.

só estão empregando “medicamento voltados a uso homeopático”, sendo que não estão se cuidando homeopaticamente, haja vista que o princípio da semelhança não é seguido. O médico homeopata não receita somente com base no diagnóstico, mas também considera os sintomas particulares daquele paciente e seu modo de adoecer.

Perguntei-lhe se ainda utilizava, mas Artur afirmou ter tido alguns problemas com o uso medicamento homeopático, havendo a necessidade de substituição: “Eu já usei, passado pelo médico, mas não me dei bem. Eu piorei mais da diabete. Aí voltei no médico e falei pra ele e ele passou outro remédio”.

Outro aspecto que Artur explica é a existência de uma espécie de rede de ajuda, sendo que ele auxilia pessoas da comunidade ou parentes desses moradores na marcação de consultas: “[...] dentro das Unidades de Saúde [...] vejo o que a pessoa precisa [...]. Aí por isso é que eu digo, que isso é obra de Deus [...] eu não faço por interesse pra mim^{95 96}” (Artur, 57 anos).

A rede de saúde consiste em um sistema interligado no qual há constante circulação de pessoas e informações. Engloba vários atores sociais que a procuram, em busca de tratamento ou para a realização de uma determinada função. Cada um destes atores, tais como os profissionais dos hospitais e unidades básicas de saúde, usuários dos serviços, entre outros, possui um importante papel nessa rede de relações (GUIMARÃES, 2001). Isto é observado na seguinte fala de Artur:

Não, isso aí eu vou marcando conforme o grupo vai precisando e conforme também as pessoas precisam, entendeu? Aí é isso que eu faço, eu faço com determinação [...]. Tudo o que é feito é determinado por Deus [...]. (Artur, 57 anos).

Portugal (2007) observa que os laços sociais possuem grande influência nas decisões (no caso do interlocutor, permite que por meio de seus contatos, as pessoas recebem a ajuda de que precisam, seja uma consulta médica ou a

⁹⁵ De acordo com Frúgoli Júnior (2007), conforme a abordagem simmeliana, as variadas formas de sociabilidade fazem alusão à ideia de **reciprocidade**, por meio da qual se fundamenta o próprio ser humano; todavia, diferentemente de Mauss que utiliza a noção de reciprocidade como o ato de oferecer, receber e retribuir algo, para Simmel, quanto menor for a dádiva (enquanto objeto de troca), mais forte será o vínculo social entre os sujeitos. No caso de Artur, o fato de não cobrar qualquer tipo de compensação financeira de certa forma contribuía para a ampliação do número de pessoas que o buscam, pela confiabilidade que transmite.

⁹⁶ Conforme Portugal (2007), a “verdadeira” dádiva não visa conformar-se como uma convenção social ou uma regra, mas sim exprimir o laço com o outro.

expedição de algum documento) e também fortalecem, como lembra a autora o sentimento de identidade e reconhecimento, além de conferir apoio emocional.

O interlocutor também fala sobre o grupo de oração da igreja que frequenta, no qual as pessoas se reúnem em busca de casas para realizar orações (conforme o pedido do dono da moradia), e isso ocorre muitas vezes em situação de doença. O grupo se encontra e se dirigem à residência do indivíduo que solicitou e então realizam orações, preces, visando confortar tanto o doente quanto sua família:

É grupo de oração da Igreja. Olha, porque sempre a minha família foi católica, né? Então, tem bem poucos de outra legenda, de outra, como é que se diz? De outro patamar. Eu não gosto de falar a palavra “crente”. Crente todo mundo crê, né? [...] Como a gente faz parte ali da [igreja], aí o pessoal de lá da comunidade: “Tá na hora de procurar casa pra fazer oração, um grupo de orações e tal”, aí, como eu fazia parte desse grupo de orações, aí eu trago todo mundo. [...], na outra casa mais lá na frente, naquela casa que eu vejo que são católico, eu vou e levo, pra gente fazer uma oração, dá paz pra família, tudo isso, entendeu? (Artur, 57 anos).

Como havia mencionado anteriormente, em decorrência da duração da pesquisa de campo, acabei por não aprofundar o aspecto religioso. As reuniões do grupo ocorriam por volta das 20:00h e não tinham um dia fixo para ocorrer. Quando todos em um determinado lar eram católicos, o grupo se reunia e assim visavam proporcionar algum conforto emocional e espiritual, como no caso de uma senhora, que já estava muito doente e estava recebendo cuidados em casa. Em decorrência da idade (78 anos) e outros problemas de saúde (problemas respiratórios, nas articulações) os médicos acharam arriscado realizar um procedimento cirúrgico e não havia muito o que ser feito.

Todavia, sua numerosa família buscava lhe proporcionar a melhor qualidade de vida possível. Sua situação, que, aliás, considero diferente da dos demais idosos os quais tínhamos contato, pois sua família podia arcar com as despesas de um plano de saúde, mas, sobretudo o suporte familiar (a companhia, a atenção, cuidados com sua alimentação) foi muito importante. Em seu caso, em particular, foi possível perceber um cuidado como um todo, tanto sob o aspecto médico quanto emocional e espiritual.

Nota-se aqui que o grupo de oração também proporciona uma forma de suporte. Muitas pessoas buscam não somente a solução para suas enfermidades, mas também conforto espiritual. O rápido crescimento da cidade, e com este, o

aumento das demandas por serviços públicos (o que comumente não é atendido), e a diminuição de direitos básicos, faz com que diferentes formas de ajuda mútua existentes chamem a atenção de variados segmentos sociais, notadamente aqueles que se encontram mais desassistidos.

Havia casos de idosos, que, por exemplo, moravam sozinhos e não tinham um suporte⁹⁷ familiar, como esta idosa recebia. Trata-se de uma queixa que alguns apresentavam. Diversos idosos precisavam contar com o auxílio de algum vizinho, que se dispunha a realizar uma faxina na casa, ou acompanhar ao posto de saúde, preparar uma refeição, ou fazer companhia. Era possível observar essas realidades tão diferentes na mesma rua.

Desse modo, as redes de ajuda são de grande importância para essas pessoas, pois se mostram como elemento facilitador no acesso a equipamentos de saúde, o que também contribui para que haja um maior número de possibilidades quanto às formas de tratamento que podem acessar em situações de doença, além de proporcionar, como no caso dos grupos de oração, apoio emocional.

4.5 “Antigamente era bom. Vocês não conhecem esse tempo, não sabe”: Memória em cuidados de saúde

Tive o primeiro contato com Laura durante as atividades do projeto, que ocorriam aos sábados. Ela era uma das pessoas com quem eu mais tinha contato, perguntava como havia sido sua semana, como estava de saúde, entre outras questões, pois sempre se mostrava bastante comunicativa, mas também sempre havia certa insatisfação em sua fala, pois sempre afirmava não gostar de morar na comunidade.

Laura, 80 anos, teve sete filhos, cuja a idade, conforme a interlocutora, “de nenhum eu não eu não gravo”, e migrou para Belém (de uma pequena comunidade próxima à Igarapé-Miri) quando ainda tinha por volta de 16 anos de idade, em busca de emprego. Uma das coisas que ela sempre nos diz quando a visitávamos

⁹⁷ Conforme Berkman (1984), apoio social pode ser visto como a ajuda emocional, instrumental e financeira, gerando efeitos positivos. O apoio é geralmente considerado como uma troca entre pessoas. A autora explica que, por exemplo, não deve-se pressupor que pelo fato de um filho ou filha viver em proximidade com uma pessoa idosa, essa pessoa receberá apoio adequado. O apoio pode vir de um amigo ou alguém mais próximo, dependendo do tipo de suporte necessário.

(principalmente aos sábados, quando a encontrávamos em casa), é o quanto ela deseja se mudar da comunidade, e que gostaria de se mudar para um lugar mais tranquilo, um sítio, onde pudesse viver em paz, ter uma plantação própria. Ela disse que sua filha tinha um terreno no município de Vigia e lhe perguntou se ela não gostaria de se mudar para lá, mas ela disse que queria um lugar ainda mais sossegado.

Como abordado no primeiro capítulo, a insegurança é uma grande fonte de preocupação e estresse para muitos moradores da comunidade. Com Laura, não é diferente. Muitas vezes ela se mostrava triste e apreensiva, em decorrência de alguns acontecimentos à sua volta e era notável que isso a afetava bastante. Desse modo, um ambiente de precariedades leva a episódios de estresse, o que afeta de maneira significativa a saúde dessas pessoas.

Na cidade, como visto no tópico anterior, pode ocorrer a formação de novas redes de sociabilidade e solidariedade, mas como afirma Oliveira (1985), a vida, para muitas pessoas, pode ser uma experiência difícil. Há uma presença marcante do individualismo e a negação da solidariedade pode dificultar a existência de uma vida em comunidade, sendo que mesmo no ambiente rural essa característica é cada vez menos presente.

Simmel (2009) analisa a relação entre o indivíduo e o desenvolvimento das cidades e como estas acabam influenciando no comportamento daqueles. No indivíduo rural ainda estão presentes os antigos costumes e um estilo de vida mais tranquilo; já no urbano, predomina a impessoalidade, muitas vezes uma certa frieza, além de um comportamento mais individualista, tornando as relações sociais empobrecidas, frias.

Nas cidades, com frequência, há a perda ou enfraquecimento de vínculos sociais, muitas vezes uma menor prática de solidariedade entre a família, amigos e vizinhos, sendo que tais fatores também contribuem para o surgimento de problemas de saúde característicos do meio urbano.

Ela lembra como viviam seus pais na época e afirma que era uma vida tranquila, sendo que, no entanto, posteriormente viriam a se separar. Aqui, ela se voltou à questão do histórico de hipertensão, que atingiu seus pais, filho, irmã, fazendo tal relação com fatores hereditários:

Eles trabalhavam na roça, mas viviam bem. Depois foi, foi, tiveram uma certa idade, cada qual se separou. Meu pai se separou de um lado, minha mãe ficou, depois minha mãe morreu. Primeiro meu pai pegou esse AVC, que isso é hereditário, isso é uma praga, essa doença da pressão alta e ele morreu, depois ela pegou de novo, morreu, depois meu filho novamente, morreu, a minha irmã morreu disso, e eu sofro essa tal de [...] (Laura, 80 anos).

Nota-se no relato de Laura sua representação quanto à “*pressão alta*” é sempre cercada de preocupações e sofrimento, pois várias pessoas de sua família morreram em decorrência da doença, associando-a à uma “*praga*”, que destrói, gerando perdas. Segundo Canesqui (2015), a “*pressão*” expressa muitos sofrimentos físicos e psicológicos, que, com frequência, se fazem presentes na vida de uma pessoa sofredora, o que pode afetar a circulação sanguínea e os nervos, juntamente com outros problemas físicos, tais como dores (Laura sempre queixava-se de dores estomacais, seguidas muitas vezes de náuseas, não conseguia se alimentar direito), que acabam debilitando o organismo. O problema de pressão também expressa variadas perturbações que o indivíduo sofre no decorrer de sua vida tais como: perda de um ente querido estresse de se viver em um local que considera inseguro, questões familiares, o que leva a adoecimentos.

Semelhantemente a outras interlocutoras, a família de Laura vivia de atividades de pesca e coleta de açaí. De acordo com Laura, ambas garantiam a subsistência de sua família:

Não, não, tinha muito peixe, muito camarão. Açaí, minha filha, esse tempo lá, o açaí amargava, porque num tinha esse negócio de palmito. Hoje em dia só tem coleta em açazal porque *era* palmito pra vender, antigamente não tinha isso. Era bom, era bom os interiores. Hoje em dia está difícil... (Laura, 80 anos).

Laura explica que atualmente a vida no interior está difícil, em decorrência da escassez de recursos, aspectos semelhantes aos quais Mariana relata em seu local de origem, ainda no primeiro capítulo: desemprego, limitadas opções de trabalho, e conseqüentemente o baixo poder aquisitivo dos moradores, fatores que contribuem para o êxodo rural.

Quanto às práticas religiosas, Laura explica que era adepta do catolicismo e que, com o passar dos anos esse aspecto passou por grandes transformações em seu local de origem:

Era católica. Não tinha evangélica. Agora pra lá não tem nem Catolicismo, o negócio dos santos, já não sei o que fizeram, *não usam mais*. Tem evangélica muito lá e tem também as festas que eles fazem também, mas num tão negócio de santo, também...fazia festa né, faz aquelas comunidades, lá é comunidades. [...] Fica na beira do rio, sim. Lá é muitos rios (Laura, 80 anos).

Refletindo a fala de Laura, de acordo com Maués (2008), com o crescimento do Pentecostalismo na Amazônia, há a inserção de muitas igrejas evangélicas voltadas especialmente à cura de doenças. Como explica Rabello (2008), em igrejas onde há a prática da cura, tais como a Igreja Universal do Reino de Deus (frequentada atualmente por Laura), a sessão de cura trata-se um importante momento do ritual, para o qual se voltam todas as atenções.

Também lhe perguntei a quem recorriam ou o que faziam quando tinham algum problema de saúde, sendo que ela inicialmente me respondeu: “la pra Igarapé-Miri ou pra Cametá, pra lá que iam os doentes. É hospital, posto médico, em Igarapé-Miri tem hospital, posto médico” (Laura, 80 anos).

Além de buscar o atendimento médico, sua família recorria ao uso de chás, medicamentos naturais para o tratamento de doenças: Tinha muito remédio natural, o remédio melhor que tem é o natural, das folhas, dos matos que a gente ferve, faz e agora a gente compra esse remédio que não dá nem gosto de tomar, né, mas a gente nem procura mais [...] é só médico (Laura, 80 anos).

Minayo (1988) afirma que o sistema biomédico, para todas as classes é o padrão dominante. Ele cria seus mecanismos de aproximação, e de imposição. Ele é o modelo dominante em nossa sociedade, e atinge praticamente todos os grupos sociais, mas configura-se para cada um deles de forma específica. Como Capra (1982) explica, o modelo biomédico é amplamente legitimado, sendo que seus princípios estão tão enraizados na nossa cultura que ele se tornou até o modelo popular predominante.

No momento da entrevista, Laura não se aprofundou muito sobre a questão de como eram as consultas. Mas afirmou que era matriculada na UMS da Pratinha e que se consultava mensalmente. Em seu relato, ela trata sobretudo das memórias de seu local de origem e como ocorriam em seu grupo social os cuidados de saúde. Todavia, ela afirmou não encontrar dificuldades na marcação de consultas no referido local: “A gente tem pressão alta e eles já marcam o dia pra gente ir e a

gente vai no dia certo marcado, não vamo precisar a gente pegar ficha mais” (Laura, 80 anos).

No decorrer da conversa, ela consegue lembrar mais alguns medicamentos naturais de que faz uso, ainda que com pouca frequência, mas que aprendeu no ambiente familiar. Como mostram Berger e Luckmann (1998), apenas uma pequena parte das experiências humanas permanece na consciência. As experiências que permanecem são consolidadas na lembrança. Caso isso não ocorresse, o indivíduo não poderia dar sentido à sua biografia. Retomando o caso de Laura:

Malva rosa⁹⁸, é uma folha bonita... é arruda, é uma planta muito procurada, malva rosa é muito procurada e é muito caro, a malva rosa...é aquelas palma que dá, bonita e vende muito. Pra tudo quanto é doença. Arruda também é bom, arruda, sabe pra quê é bom? pra quando a gente pega essa doença, assim do tempo, aí põe no álcool e passa assim [no corpo]. Cipó-alho⁹⁹ é pra fazer banho. Agora... eu esqueço também! Tem muitas, mais eu esqueço. Essa cidreira, é muito bom pra ferver o chá pra gente tomar. Eu até tenho plantado aí... tem muitas que eu esqueço, muitas coisas que eu esqueço. Desde que eu peguei AVC, num me lembro muitas coisas, me esqueço. [...] A aguardente alemã¹⁰⁰, é pra derrame. Até ainda tenho uma garrafa aí, mas eu vou tomar, ando me sentindo meio ruim... (Laura, 80 anos)

Segundo Halbwachs (2006), a lembrança é, sobretudo, uma reconstrução do passado com o auxílio de aspectos do presente, tendo o auxílio de relatos depoimentos e mesmo confidências de outras pessoas, o que permite revisitá-lo. À medida em que se volta ao passado, algumas impressões são esquecidas e outras ainda são bastante vivas, conforme o ponto de vista que a encaramos. No caso de Dona Laura, ela explica que muitos fatos foram esquecidos, que ela dizia ser “da idade” ou decorrência do AVC que a havia acometido alguns anos atrás:

Pra num fazer mal, a gente toma no sereno ela, porque ela é fina, aí se a gente toma ela dentro de casa, a gente não poderia sair de manhã cedo, eu que levando 4h, 3h, agora faz vez que eu não toma ela...mas eu tenho ela aí. Colocava num copo, um pouco de água e ia tomar no sereno [...]O

⁹⁸ A malva-rosa (*Alcea rosea*) é uma planta medicinal utilizada para o tratamento de várias doenças, dentre elas, inflamações do aparelho digestivo, problemas respiratórios, tosse, asma e inflamação de mucosas. Possui propriedades antiinflamatórias, analgésicas, antibacterianas e estimulantes. Normalmente são usadas suas folhas, flores e raízes para a produção de remédios naturais. Disponível em: < <http://www.plantasmedicinaisfitoterapia.com/malva-rosa-alcea-rosea/>>

⁹⁹ *Adenocalymna alliaceam*, utilizada no tratamento de gripes, sendo utilizadas as folhas para chá (VAN DEN BERG; SILVA, 1986)

¹⁰⁰ Conforme Fonteles et al (2008), a Aguardente Alemã, preparada a partir das raízes de *Operculina macrocarpa* L. *Urban* e *Convolvulus scammonia*, conhecida também como "jalapa composta", é indicada como laxativo, mas é empregada no tratamento de várias doenças, entre elas a hipertensão arterial e o diabetes.

peessoa que toma, me disseram que é pra derrame. Coisa pra derrame a senhora já viu como é, né? (Laura, 80 anos).

Nesse caso, nota-se que ela busca seguir à risca algumas recomendações que lhe foram feitas acerca do consumo da aguardente alemã, sendo que, aqui, o remédio consumido no sereno potencializaria seu poder de cura e também para não “fazer mal”.

Assim, conforme Oliveira (1985), a medicina popular é bastante particular, pois mostra que não há uma forma ideal ou única, a ser utilizada por todas as pessoas para elaborar seus cuidados de saúde. Tal característica revela que há uma variedade nos modos de se buscar a cura e de criar alternativas para o tratamento de doenças. Dessa forma, as práticas populares em busca da saúde devem ser analisadas sob esse olhar.

Quando questionada sobre com quem obteve tais conhecimentos sobre usos de remédios naturais, Laura afirma que aprendeu com os curadores¹⁰¹ de seu local de origem:

Com os curadores que tem lá, da terra. É que eles fazem, eles benzem a gente e agora eles passam remédio, né? E a gente faz.[...] passavam um remédio, faz isso, isso, isso, a gente ia procurar. Nesse tempo tinha muito; hoje em dia não tem muita planta. Sabe onde tem muitas plantas? Lá na Vigia, pra cá não tem mais [...] (Laura, 80 anos).

O fato de ela afirmar que “hoje em dia não tem muita planta” possivelmente ocorre em decorrência de uma menor facilidade em ter acesso a plantas medicinais às quais Laura se refere. Pode-se notar na fala dos interlocutores que eles explicam que em seu local de origem, costumavam cultivar essa farmacopeia natural e elaboravam seus próprios remédios em casa. Hoje, morando em outro local, em que há geralmente falta de espaço, pois muitos vivem em um terreno pequeno, em que frequentemente mal dispõem de um quintal (além de mudanças no modo de vida), não há como manter tal prática.

Assim, muitas vezes para ter acesso a essa forma de tratamento, precisam comprar ou pedir para alguém comprar. Laura contou-me que tem utiliza-se de

¹⁰¹ Campos-Navarro (1997) explica que o curandeirismo, enquanto prática social curativa tradicional, equivalente a um modelo médico alternativo subordinado, significa um conjunto de saberes, práticas e ideologias empregadas por membros de classes sociais subalternizadas, na qual se combinam elementos tidos como tradicionais (transmitido por meio de sucessivas gerações) com outros atuais, provenientes de outras práticas, especialmente a científica, na qual se combinam tratamentos com base na empiria, com o uso de poderes mágico-religiosos, sendo o curandeiro o especialista nesse campo.

medicamentos naturais, pois costuma encomendar de uma senhora que compra esses produtos no Ver-o-Peso, sendo que também não há feira nas proximidades da comunidade. A propósito, tentei entrar em contato, mas Laura afirmou que ela passava o dia trabalhando e seria difícil encontrá-la.

Outro interessante aspecto é que Laura explica que seu próprio pai era um benzedor e que este repassava seus conhecimentos para outras pessoas:

O papai. Papai benzia, ele era bom benzedor. Um dia o... falou "Ah, eu passei ruim, com uma dor, uma dor, uma dor, nas pernas". Já tava dois dias, passava tudo quanto era remédio e não dava certo, aí a [...]" Vai mandar buscar o Miguel", "Não vou mandar buscar nada, o Miguel não sabe nada", "Ah, vai buscar ele". Aí, foram buscar o papai. O papai benzeu, ensinou remédio, ele falou: "Olha, o Miguel não sabe nada, mas isso foi duma flechada". Ensinou os remédio, tudo, "Olha, tu toma esse banho e passa na tua perna. Eu duvido que o Miguel vai passar vergonha". Ele passou o remédio, dormiu, no outro dia amanheceu bonzinho. Ele falou: "Eu sei que o Miguel sabe". O papai sabia era benzer só. Benzer e ensinar os remédios, e a pessoa fazia e se dava bem. O pessoal gostava dele (Laura, 80 anos).

Nobre (2009), ao utilizar-se do significado atribuído por Lévi-Strauss (1976), explica que a partir do "dom", os profissionais de saúde buscam obter mais conhecimento que, ainda que não seja adquirido formalmente, não de mostra menos eficaz (ainda que se mostre desigual em relação à ciência em seus resultados teóricos e práticos); além disso ele é cultivado e aperfeiçoado, por meio das práticas.

Percebe-se na fala de Laura que próprio no meio em que vivia, havia certa desconfiança quanto à eficácia do tratamento aplicado por seu pai, um benzedor, afirmando que ele "não sabe nada", "vai passar vergonha", sendo que no dia seguinte seu paciente já estava recuperado. Percebe-se também que o tratamento, além da benzeção no local afetado, Miguel também ensinava remédios para sua clientela, o que fazia com que, conforme a interlocutora, o paciente se "desse bem". Assim, conforme seu pai realizava curas e repassava seus ensinamentos à população local que o buscava, passou a conquistar a confiança de sua comunidade.

Wawzyniak (2009) em sua pesquisa com agentes comunitários de saúde no Rio Tocantins também trata de especialistas locais que possuem o "dom para trabalhar com saúde". Tratam-se de homens e mulheres reconhecidos pelo poder de curar, podendo ser: pajés, curadores, benzedores, puxadores e parteiras. Eles detêm conhecimentos e habilidades que lhes permitem tratar diferentes "qualidades"

de doenças, seja recorrendo aos procedimentos terapêuticos tradicionais, seja transitando entre distintas modalidades terapêuticas simultânea ou alternativamente.

De acordo com Loyola (1984), alguns pesquisadores diferenciam os **curandeiros** dos **rezadores** ou **benzedores**, estabelecendo uma espécie de hierarquia. O **curandeiro** seria aquele que adentra o mundo do sobrenatural. Ele também realiza a benzeção, pois trata-se de um estágio pelo qual ele passou, mas se encontraria acima do benzedor, por ter contato com o superior. Pode utilizar-se de trajes especiais, de orações e objetos tais como cálice, garrafadas com infusões, velas, rosários, santos, e outras formas de aparatos. Já o papel do **benzedor** se limitaria a promover a reza sobre a cabeça do doente, além de não receitar remédios. Não se faz necessário que o doente vá até sua casa para que ele o benza; executa sua benzedura na própria casa do enfermo ou em peças de roupas.

Quanto ao aspecto religioso, ela explica que como passou a frequentar uma igreja evangélica, sendo que posteriormente, houve uma mudança de congregação depois de ter se mudado para a comunidade (passou a ir à uma Igreja Universal do Reino de Deus próxima à sua casa):

Primeiro eu frequentei lá no interior, a Assembleia. Quando eu vim de lá eu fui...me esqueci...não é muito longe daqui...aí, pra lá que eu morava, o Telégrafo. Quando eu vi de lá, eu fiquei aqui... numa igreja que tem bem ali, esqueci o nome da igreja..., aí eu passava aí e falava "Pra lá, pr'ali pra onde eu vou, é longe, mas eu vou ficar aqui nesta igreja". [...]. Eu passei a frequentar essa Igreja, sem ninguém me convidar. E já faz 14 anos que eu entrei aí... (Laura, 80 anos)

Uma das formas pelas quais as medicinas populares são recriadas na cidade ocorre por meio das agências religiosas. Para muitas pessoas, elas representam a renovação da fé, uma forma urbana desta medicina popular, antes rural e católica. Representam um modo de resistência cultural vivenciada por segmentos subalternizados, por meio de práticas religiosas. Assim, não há uma busca com exclusividade à estes locais, mas também por outros espaços religiosos e de cura. Busca-se, recorrendo a esses locais, resolver ou amenizar questões tais como as necessidades, as injustiças e as desigualdades sociais em que se encontram as classes subalternizadas, desassistidas (OLIVEIRA, 1985).

Corten (1996) destaca que nos cultos pentecostais, há uma ênfase à emoção, sendo que a pessoa é consolada pela prece sob a forma de queixa ou lamentação.

O indivíduo recebe durante o culto uma espécie de “sensação imediata”, como se fosse uma catarse, um alívio momentâneo para o seu sofrimento. Conforme o autor, a emoção o alimenta religiosamente; é como se fosse uma espécie de refúgio. Trata-se de um sentimento experimentado por poucos instantes, fazendo-se esse modo, necessária a assiduidade para obtê-la.

Assim, como abordado anteriormente, muitas pessoas buscam na igreja uma espécie de conforto espiritual, por vários motivos, seja por questões familiares, problemas de saúde, amenizar o sentimento de desamparo e solidão (na igreja, vê-se a possibilidade de se conhecer novas pessoas e criar laços sociais) ou diferentes razões ao mesmo tempo. A vida na cidade grande, para Laura, se mostra extremamente estressante e desgastante; desse modo, a igreja se mostra também como um ambiente que lhe confere uma espécie de suporte para uma vida na cidade que parece ser tão estafante.

4.6 “Olha, tal coisa é bom ... é os vizinhos que vão passando de um pro outro”: ajuda mútua em cuidados de saúde

No capítulo anterior, Helena e seu filho Pedro relataram algumas dificuldades no acesso aos serviços de saúde na comunidade. Além disso, no tratamento de doenças, também utilizam-se da automedicação, e empregam receitas que aprendem com vizinhos e familiares, e que repassam uns aos outros. O conhecimento popular ainda se faz presente e que a troca de conhecimentos ainda é parte importante no tratamento de alguns problemas de saúde:

A gente acabava se automedicando, pra dor de cabeça, febre, diarreia, essas coisas mais simples. A gente tratava casos mais sérios, tipo dengue, esses casos assim, mais, né, a gente ia ao posto, às vezes a gente não tinha um atendimento legal, né, mas era o que a gente tinha, né? [...] Aqui também tem muito essa questão do uso medicinal de chás, a mamãe sempre faz um chá ou outro que aprendeu com a mãe, aprendeu com a vizinha [...] (Pedro, 23 anos).

Logo também se recorre à automedicação, pois ao sentirem que o remédio prescrito lhes causa diferentes reações, buscam utilizá-los com outros. Assim, o ato de se automedicar, de acordo com Oliveira (1998), mostra que o enfermo acaba por definir o que considera mais adequado tomar ou fazer em algumas circunstâncias.

Helena explica que a finalidade do uso da medicina popular em sua família se voltava para problemas de saúde que considera como mais corriqueiros e que poderiam ser tratados, conforme a interlocutora, com remédios caseiros:

[...] pra dor de cabeça, dor de garganta, febre, diarreia, pra algum problema de estômago, eu tenho umas plantinha, né? Que é bom pra tal coisa... vou lá e faço chá, o suco da tal planta. Quando tem uma gastrite, uma infecção urinária “Olha, tal coisa é bom [...]” é os vizinhos que vão passando de um pro outro (Helena, 50 anos)

Aqui, as redes de solidariedade¹⁰² se "muito importantes, pois em caso de doença, nota-se que há uma relação de ajuda mútua. Segundo Valla (2000), o apoio social é um aspecto que contribui para a saúde dos sujeitos, também no sentido de permitir que as pessoas possam superar a possibilidade de adoecer como consequência de acontecimentos traumáticos, como, por exemplo, a morte de um ente querido, ou a perda das capacidades laborais.

Ela também trata de alguns medicamentos caseiros que aprendeu com vizinhos no tratamento de problemas tidos como menos graves, como inflamação de garganta:

Lambedor pega a erva que eu tinha falado, o anador¹⁰³, ferve com um pouco de açúcar, ferve, ferve ela, que ela tem uma casquinha (...), aí ferve, faz um lambedor, a pessoa toma um melzinho de colheradinha. Essa questão que ele tá falando aí é o mel de abelha com andiroba¹⁰⁴, que eu sempre curo a garganta deles, sempre curei [...] melhora, com certeza, alivia [...] e tem uns remédios assim, pirarucu¹⁰⁵, suco de pirarucu, pra bater, tomar com leite moça, mastruz¹⁰⁶, pra essas coisas, pra chá tem essas coisas que vão com o anador em planta e a gente vai fazendo essas besteiradas, às vezes dá certo, né? (Helena, 50 anos).

¹⁰² Os laços sociais podem proporcionar a Integração social ou senso de pertencimento, pois a partilha de experiência, informação por meio dos quais os sujeitos compartilham preocupações por situações semelhantes ou objetivos é outra função das redes. Amigos, colegas e vizinhos na maioria das vezes, fornecem essa sensação de integração (BERKMAN, 1984).

¹⁰³ O anador (*Justicia pectoralis Jacq.*) é utilizado no tratamento de doenças do trato respiratório, tais como a tosse, bronquite e asma (LEAL, SILVA e VIANA, 2017)

¹⁰⁴ O óleo de andiroba (*Carapa guianensis Aublet*) usado como antiinflamatório e cicatrizante, deixa de ir para o lixo e se transforma no principal componente da vela de andiroba, cujo odor exalado é eficaz para repelir os mosquitos, inclusive o *Aedes aegypti*, transmissor da dengue e da febre amarela (HOMMA, 2003)

¹⁰⁵ A folha-de-pirarucu (*Bryophyllum pinnatum* (Lam.) Kurz), é usada como anti-diurético, no tratamento de úlceras, doenças cutâneas de origem fúngica e problemas respiratórios (BRAZ, OLIVEIRA e VIANA, 2013)

¹⁰⁶ As folhas de mastruz (*Chenopodium ambrosioides*) com leite são muito utilizadas no tratamento de doenças no trato respiratório, pela união dos efeitos revigorantes e expectorantes destas substâncias (MORAIS et al, 2005)

Nesta fala, a interlocutora explica o seu repertório terapêutico, que aprendeu com vizinhos, parentes, conhecidos¹⁰⁷ e também aqueles que ela mesma elabora, a partir de suas próprias vivências. Como Helena afirma, “às vezes dá certo”, o que, por vezes, comprova a eficácia daquilo que foi apreendido no seu meio social.

Segundo Helman (2009), o autocuidado tem como base conhecimentos leigos sobre as funções corporais, além da origem do problema de saúde e abrange variadas substâncias, tais como remédios populares, remédios comerciais, conselhos de terceiros, bem como mudanças alimentares e comportamentais, sendo que estas podem variar desde a realização de rituais, orações, jejum ou mesmo o repouso. Grande parte dos cuidados ocorre entre pessoas que mantêm entre si laços de parentesco, vizinhança ou amizade, o que mostra que tanto o doente quanto o agente de cura possuem concepções semelhantes sobre saúde e doença.

Assim, como afirma Alves (2015), para realizar uma determinada forma de tratamento é importante que o indivíduo constitua redes, para que possa fazer sua escolha, diante de um campo de possibilidades. As formas de cuidado estão estritamente ligadas às circunstâncias nas quais se encontram o sujeito e os que estão à sua volta. É o que Pedro explica:

Uma outra coisa é que antigamente a gente recorria muito às tabernas pra comprar os nossos medicamentos, pequenos comércios que vendem remédios até de forma ilegal que a gente sabe, né, de forma ao retalho, aos pouquinhos, como a gente diz, por pílulas, que a gente tem um comércio aqui, mas também além desses comércios, recentemente, acho que uns cinco anos, surgiu a farmácia ali no canto, que também a gente encontra uma espécie de apoio, né pra comprar, tem uma variedade maior de medicamentos ali, que antes não tinha [...] Ainda tem bastante a venda dos remédios, né, nas tabernas. Os próprios donos das tabernas, como a Dona Rute é que funciona como uma espécie de farmacêutica da população (Pedro, 23 anos).

As pequenas tabernas, ainda existentes em vários bairros de Belém. Ainda vendem em quantidade conforme “o bolso e as necessidades do freguês”, “a retalho”, o que alcança uma parte considerável de uma comunidade (ao invés de comprar uma cartela inteira de comprimidos para dor de cabeça ou gripe, por

¹⁰⁷Para o caso empírico, no entanto, na ausência de acesso a outras trajetórias, certamente a solução criticada figura como “a solução”. Não se trata aqui afirmar qual solução seria melhor ou não, mas salientar que em muitos casos ela é a única, portanto, nessa condição é a melhor.

exemplo, a pessoa compra somente um ou dois, de acordo com suas urgências) e há a indicação do dono do estabelecimento. Pedro afirma que essa era uma prática comum, até o surgimento de uma pequena farmácia no local, que proporcionou um maior leque de opções à clientela.

Laplantine e Rabeyron (1989) tratam deste uso “popular” de vários medicamentos, muitas vezes aqueles mais comuns (para dor de cabeça, febre, resfriado, por exemplo) e que se pode tratar das práticas alopáticas populares, que também ocorre pela indicação de vizinhos, amigos e também pela automedicação, que com frequência, possuem mecanismos de ação.

Ao interpretar o porquê de uma determinada escolha terapêutica, de acordo com Alves e Souza (1999), é necessário que o sujeito desse processo se apresente como alguém que divide com outras pessoas um conjunto de crenças, sendo que estas foram adquiridas no decorrer de sua vida.

Como afirma Minayo (1988), as concepções sobre o processo saúde-doença constituem aspectos mais amplos acerca da dor, do sofrimento, da vida, da morte e das relações sociais. Não consiste apenas em um recorte de classe, mas há também aspectos ainda mais complexos tais como a concepção de mundo de cada indivíduo.

4.7 Interface entre o sistema oficial de saúde e a medicina popular no processo saúde-doença: a “bricolagem” nos cuidados com o corpo

Durante as atividades de fisioterapia, relatadas ainda na introdução, algumas pessoas sempre falavam a respeito de Dona Olívia, pois se tratava de uma pessoa com muitas histórias para contar. Como evidenciei aos sujeitos da pesquisa que gostaria de conversar com alguém justamente que se sentisse a vontade de compartilhar suas experiências de vida, ela sempre era citada, pelo fato de ser expressiva e comunicativa. No entanto, até então ainda não havia tido contato com ela, apesar de ter por tanto tempo participado das atividades. Dona Olívia se divide entre sua casa na Pratinha II e em outro bairro de Belém. Assim, com dificuldades em encontrá-la, sua filha me levou para que eu pudesse realizar a entrevista, pois assim seria mais fácil conseguir a conversa tão esperada.

Eloísa¹⁰⁸, sua filha, me levou até à Sacramento para que eu pudesse conversar com ela naquele dia. No caminho fui explicando o objetivo da pesquisa, sendo que quando cheguei lá, ainda esperei por um bom tempo por Olívia, que estava em uma consulta médica. Assim, logo quando Olívia chegou, uma das primeiras coisas que Eloísa me chamou atenção foi o estado de saúde de sua mãe nos últimos anos:

A mamãe passou oito meses que a gente pensava que ela não ia resistir... foi ano passado, num foi? De novembro do ano retrasado a abril do ano passado... foram oito meses que nós corremos, ela fez cirurgia, aí piorou mais, de tanto ela “coisa”, ela adquiriu uma hérnia... (Eloísa, 46 anos)

Eloísa explica que o processo de recuperação pelo qual Olívia passou foi extremamente desgastante. A recuperação de Olívia da cirurgia de hérnia de hiato, levou-a a passar um tempo prolongado no hospital. A demora no diagnóstico foi um importante fator no retardo da recuperação de seu estado de saúde:

Mas essa aí, como ela ficou mal, mal mesmo, ela passou sem dormir praticamente, um mês, ficamo eu mais ela, perdi 25 kg, mais eu já recuperei 15. Aí eu pensei que ia perder ela e fomos nós que descobrimos a doença dela... o médico só tratava de problema de estômago e o problema dela era na garganta... ela tava morrendo até que graças a Deus, nós superamos isso (Eloísa, 46 anos).

Outra filha de Olívia, Virgínia¹⁰⁹, explicou-me que acabou recorrendo a medicamentos naturais visando a melhora de seu estado de saúde: “Eu fui pro remédio natural, eu fui lá no Ver-o-Peso, saí perguntando, perguntei praquelas vendedoras, elas me deram, mas olha, ela melhorou bastante, vou voltar pra comprar de novo”.

Ainda no início da conversa, Olívia tratou de alguns fatos que ocorreram em sua vida recentemente, tais como o falecimento de seu marido (o que ocorreu há um pouco mais de dois anos) e mesmo como havia sido sua consulta médica, de onde havia acabado de chegar, em decorrência de um inchaço em sua mão. Alguns de seus problemas de saúde, conforme seu relato, parecem estar ligados às atividades que desempenhava quando mais jovem, o que parece chamar a atenção da médica, o que é expresso na fala da interlocutora:

¹⁰⁸ Nome fictício

¹⁰⁹ Nome fictício

Meu velho adoeceu de repente e foi embora, eu fiquei aqui... eu tô nesse tratamento, um dia tô bem [...] um dia essa minha mão não desinchou mais, não sei qual é esse problema dessa minha mão... eu não sei se foi de tanto trabalhar, porque a doutora perguntou hoje o que era que eu fazia, eu disse “olha, desse lado, eu carregava panela de barro, pra cortá seringa”. Ela disse: “como é que a senhora cortava seringa?”, aí eu disse “Ah, agora pra mim ensinar pra você vai ser difícil.”, eu disse pra ela “olha, eu cortava aqui, pegava a tigela aqui e metia o balde”. Ela disse “ah, Meu Deus do Céu”, e [...] o último serviço que eu fiz da minha vida foi apanhar pimenta do reino. Eu disse: “Olha, eu tirei concha, apanhava açai, lanceava, pescava, [...]”, aí ela disse: “Meu Deus, Isso é serviço de macho”, aí eu disse, “eu cortei lenha de metro, também” cortava junto com meu irmão, minha filha, porque me criei sem pai [...] minha mãe não sabia assinar o nome dela, mas ela soube nos criar (Olívia, 83 anos).

Interessante a médica pedir que ela explique como era o procedimento de corte da seringa, o que Olívia disse não ser possível, pois o ambiente, as condições não possibilitavam que a mesma ensinasse as técnicas empregadas na atividade. Trata-se de algo que não pode ser expresso numa simples conversa, mas envolve uma série de conhecimentos passados entre gerações.

Quando perguntei como tratavam seus problemas de saúde, a quem recorriam, uma das primeiras coisas de que Olívia me falou foi a respeito de sua mãe, da doença que a mesma tinha e que levou algum tempo para ser diagnosticada:

A minha mãe, acho que era câncer que ela tinha, e a gente num sabia... naquele tempo a doença não aparecia quase, né? [...] ela trabalhava, ela teve esse problema, ela tinha uma dor, aliás, era uma hemorragia que a minha mãe tinha [...] então a gente dava aquele remédio caseiro... (Olívia, 83 anos).

Quanto aos remédios caseiros utilizados no tratamento dos sintomas, ela descreve um repertório de medicamentos, alguns que ela nem mesmo no momento da conversa, conseguia lembrar. O diagnóstico do quadro de saúde de mãe ocorreu por meio de um pajé¹¹⁰ que havia ensinado alguns remédios caseiros, que como sugere a fala de Olívia, teriam o papel sobretudo de aliviar os sintomas, apresentados por sua mãe:

¹¹⁰ Em pesquisa realizada em Itapuá, Maués (1995) explica que o pajé, em seu ritual de cura, inicia seu “trabalho” proferindo orações a Deus e aos santos católicos, e pode trajar roupas especiais. Utilizando-se de penas, maracá e cigarro tauari e começa a receber os encantados, que se incorporam nele. O encantado se comunica por intermédio do pajé com o doente e lhe pergunta aspectos sobre a sua doença. Pode empregar penas, cânticos, e chás como medidas curativas. Posteriormente receita ao doente, banhos, defumações, chás, remédios da terra ou mesmo de farmácia.

Remédio caseiro. Fazia aquele chá de mato, faziam, como é, agora não me lembro... de “salva”, a macela é uma planta chamada macela, às vezes eles tiravam aquele pau... ah Meu Deus, eu já nem lembro o nome... a verônica, eles cortavam aquela verônica, que a gente fazia pra ela, aquele chá pra ela, ela se banhava, ela tomava, era um chá de...nem me lembro... aí ela ficava, doutora. Tinha um pajé, do meu marido, ensinou um bocado de mato e disse “olhe, a sua mãe não tem cura”. Ele não disse pra mim, disse pro meu marido, o meu marido não disse pra mim, “porque ela tem câncer”. Eu não sabia disso, que era câncer que ela tinha. Ela ainda sofreu um mês, aí a minha mãe morreu (Olívia, 83 anos).

É possível notar que um momento da conversa, ela se refere à ele como “pajé”; em outro momento como “benzador”, posteriormente como “curador”. Há diferenças entre tais profissionais de saúde popular, como já visto anteriormente. Desse modo, não consegui identificar propriamente a qual profissional Olívia estava se referindo. Conforme a interlocutora, tratava-se de uma pessoa bastante procurada, que “de tudo quanto era doença ele sabia” e que viajaram uma grande distância para que sua mãe recebesse atendimento:

Era o meu cunhado, que era o benzador, era cunhado do meu marido, ele morava aqui pra a Major [rua em Belém] e eu trazia a minha mãe de lá do [rio] Maracapucu¹¹¹, trazia ela, a gente vinha, remava, passava, a gente remava, de lá pra cá, era uma boa légua pra gente trazer pra aí. Então tinha esse curador, ele já até morreu. Olha doutora, ele tratava tudo, vinha gente de tudo lugar. Olha, ia gente de Belém pra se tratar lá, de tudo quanto era doença ele sabia (Olívia, 83 anos).

Em outro momento de nossa conversa, Olívia fez-me lembrar de Mariana, que também havia dito que havia tido seus filhos em casa, com o auxílio de uma parteira¹¹². Todavia, no caso de Olívia, as parteiras acabavam tendo uma participação “menor”, sendo que ela acaba nunca sentia dores durante o trabalho de parto, sempre enfatizando o fato de ter desempenhado tantas atividades quando mais jovem:

Naquele tempo era só com parteira... doutora, eu “teve” meus filho tudo assim, todo em casa e pra inteirar, quando as parteira chegavam, eu já tinha tido as criança. Doutora, eu tinha um parto que eu nunca senti dor, sei lá, por que tem gente que “ah, que dor, ah que dor”, eu não. Olhe, eu apanhei açai, olhe só como é as coisa (Olívia, 83 anos).

¹¹¹ Região das Ilhas de Abaetetuba, Estado do Pará.

¹¹² Ver páginas 97 e 98.

Ela explica que mesmo grávida, ela continuava a seguir sua rotina de afazeres, ainda que contra a opinião de alguns familiares: apanhava açaí, pescava. Interessante essa descrição de sua vida, que durante nossa conversa ela sempre fazia questão de enfatizar o modo de vida em seu local de origem:

Doutora, o meu padrinho queria me dar uma surra, eu com uma enorme barriga, apanhando açaí tinha uma árvore de açaí assim baixinha assim, aí tem aqueles cachos de açaí assim, cada cacho assim, tava “tuíra”. Isso é tempo agora de açaí, né? Eu disse assim: “Agora eu quero tomar um açaí” vai chamá fulano pra apanhá açaí” ... tá! Eu tinha ido botara minha rede, já tinha trazido peixe, já preparado, botado na moura, já tinha os camarão, já tinha fritado... “Poxa, agora vou comer sem açaí”, olhando praqueles cachos de açaí. Mandeí chamar o pequeno pra apanhar açaí, o pequeno não veio. [...] peguei a peconha, peguei a folha de açaí, enrolei, enrolei, fiz a peconha, que quando [...] deu, eu tava na rama de açaí... pegava malmente a parte da minha mão lá... com a barriga desse tamanho (Olívia, 83 anos).

O principal motivo que levou Olívia a se mudar para Belém foi para realizar o tratamento de um problema de saúde que lhe estava limitando a locomoção. Após alguns diagnósticos incorretos, finalmente constatou-se que se tratava de uma apendicite:

Eu vim pra Belém por causa de tratamento.... eu sofria, já tava ficando já quase paralisada das minhas perna e eu não sabia o que era. Aí a Júlia¹¹³ foi, me levou prali, me levou pracolá, me levaram pra bater uma chapa. Me disseram que era apêndice... apendicite... aí me cortaram de novo, que é essa operação aqui. Aí eu fiquei pra cá.[...]. Aí vim de novo, aí foi “brigado” (Olívia, 83 anos).

Quando perguntei se quando buscava atendimento médico, recorria à unidade básica de saúde, médico particular, se tinha plano de saúde, sua filha responde que ela utilizava o Programa Família Saudável. Todavia, isso ocorria anos atrás e não se trata mais de um serviço ao qual Olívia tem acesso. Tanto ela quanto seu marido eram cadastrados no programa e recebiam visitas de ACS regularmente. Eloísa explica como eram os procedimentos e como seu pai tinha problemas cardíacos, acabavam recorrendo à uma médica particular, com quem mantinham uma **relação de amizade**. Nesse caso, percebe-se novamente que os laços sociais se mostram de certo modo, como um elemento facilitador no momento de ter acesso ao atendimento médico:

¹¹³Nome fictício

Ela aí na Pratinha, tinha o Família Saudável. A Família Saudável lá, eles iam na casa dela, por causa, mais ela, porque ela saía muito, ela era mais “coisa”. Pro meu pai, ele ia lá Ele fazia a consulta, o médico aparecia lá de vez em quando, eles faziam exames, eles colhiam sangue, quando ele tava gripado, ele tomava vacina lá, ele fazia todos os procedimentos lá. Como ele tinha problema no coração, a gente tinha uma médica particular, que a gente não paga plano de saúde, que a gente tem uma amiga a gente chama de amiga, que é uma pessoa que trata da gente assim de muitos anos, que a gente considera uma pessoa amiga. Ela que cuidava deles dois. A Dra. Cecília¹¹⁴. Aí ela era médica particular, ela que cuidava deles. Fazia exame, fazia isso, só que ele tinha o médico do coração¹¹⁵, ele tinha médico... ela não, dela já era mais. O único sofrimento do meu pai foi o coração. Ele se operou e depois (...) sentiu essa coisa. Ela não, o procedimento dela já era maior, por que ela tem esse problema nas perna, esse problema na mão, ela tem problema de pressão alta (Eloísa, 46 anos).

Como abordado no capítulo anterior, os moradores do bairro da Pratinha II recebiam a visita de ACS, que agendavam consulta médica conforme a necessidade do morador, o que ocorria com regularidade. Como seu pai tinha uma doença cardíaca, conforme a filha de Olívia, ele recorria a uma médica particular, com quem a família possuía uma relação próxima. Aqui, nota-se uma crítica de Eloísa à pouca frequência do médico do então PFS (“aparecia lá de vez em quando”) e só quando este se fazia presente é que os procedimentos aos quais ela se refere eram realizados. Desse modo, como o problema de saúde de seu pai exigia cuidados especiais, buscaram um “médico do coração” com quem estabeleceram uma relação de confiança, já que o serviço público se mostrava algumas vezes falho, até mesmo no caso na realização de encaminhamentos para um especialista.

Quando conversei com Olívia, ela havia acabado de voltar de uma consulta e durante nossa conversa, sempre retornava ao diálogo estabelecido com a médica. Sua filha já havia falado a respeito do inchaço que sua mãe apresenta na mão e também nas pernas, mas ela não sabia exatamente do que se tratava, mas pelo exercício de **rememorar** fatos distantes, começou a especular as causas, muito provavelmente em decorrência de quedas:

Hoje ela voltou a me perguntar, porque que a minha mão ta inchada, minhas perna, eu disse “Doutora, eu não sei o que significa isso”, aí depois eu disse assim: “será se foi de tanta queda que eu apanhei?”. Ela disse assim: “Você caiu”. Eu disse: “cai duas vezes de rede” (Olívia, 83 anos)

¹¹⁴ Nome fictício.

¹¹⁵ Refere-se a um cardiologista.

Perguntei há quanto tempo ela havia se acidentado:

[...] já faz muito tempo, da idade do meu neto, 20 anos né! [...] essa queda que eu caí com ele na rede, tava com ele assim, bebê, tava com ele aqui, aí eu me balancei, [...] de repente quebra aquele ferro, né? Aí aquele ferrinho quebrou, eu caí, caí sentada. [...] esta queda até hoje eu ainda sinto. Ele ta com 20 anos. Queda de rede... (Olívia, 83 anos).

Olívia explicou que foi ao médico, e este lhe receitou injeção, o que conforme a interlocutora, não havia surtido efeito. Foi quando seu genro decidiu levá-la em um benzedor, do qual tinha conhecimento: “Aí eu fui ali, tinha um médico ali, me esqueci o nome dele (...), aí ele me passou uma injeção. Aí o meu genro disse: ‘Olha, saber de uma coisa? Vamo levar a ela ali no Seu Antônio’” (Olívia, 83 anos).

Como mostram Alves e Souza (1999), a análise dos cuidados de saúde utilizados não está restrita à identificação da disponibilidade de serviços, bem como a utilização que as pessoas fazem das agências de cura. Esses aspectos ainda não se mostram suficientes para a compreensão do processo de cura. Desse modo, é muito importante considerar que a opção por uma (ou mais) formas de tratamento têm influência do contexto sociocultural em que ocorrem.

A forma como explica o desenrolar da consulta com este profissional é interessante, pois é um diálogo informal, que expressa até mesmo um certo grau de proximidade. Como Boltanski (2004) explica, diferente do médico, o curandeiro (no caso de Olívia, o rezador, mais especificamente), utiliza-se de uma linguagem muitas vezes, mais informal, e com frequência é conhecido da família no círculo de relações. Conforme Loyola (1978), essa comunicação mais acessível ocorre pelo fato de, muitas vezes, compartilharem os mesmos modos de vida.

Olívia explica os procedimentos adotados pelo rezador e nota-se uma informalidade no diálogo; muito mais do que uma espécie de consulta, mais se assemelhava em uma conversa entre dois conhecidos de longa data. Seria essa proximidade no modo de se comunicar um dos fatores que levam muitas pessoas a buscarem os profissionais de saúde popular:

Aí ele botou sentada, assim como eu fui sentada, que eu fui no carro. Aí ele me levou lá, eu não fui andando, eu fui carregada, me arrastaram, me jogaram assim no banco. Aí ele disse: Que que tu tem, pequena? Tu comeste banana com febre?”, ele brincava comigo. “Ah, seu Antônio, eu to toda dura, eu não sei que é que eu tenho, eu caí da rede”. Ele disse: “Queda de rede quando não mata aleija, fica alejado”. Ele disse: “Ei, Fulana,

me dá aquele remédio que ta ali...vem cá, deixa eu ir aqui um instante”. Foi lá pra dentro, não sei o que ele fez, ele veio com uma garrafinhazinha assim. Aí ele veio e disse: Toma isso aí”. Me deu um caldozinho assim, com um bucadinho daquilo, e me deu. Aí doutora, ele disse: “Senta aí”, ele botou a mão assim, aí ele rezou. Eu não vi ele rezar. Só “butô” a mão na minha cabeça, disse: “Eh, tu caíste né? Mas num é nada, eu só dei um jeito na tua espinha, tá bem assim” ele disse. “Tu tá muita machucada, mas tu vai tomar esse remédio”. Sabe o que é esse remédio? É cupim”, ele disse (Olívia, 83 anos).

O rezador além de tratar a doença também lhe ensinou o preparo do remédio que deveria utilizar para amenizar os sintomas. Além disso, ele explicou o que havia acontecido com a coluna de Olívia, ou como o próprio define “o espinhaço” e que teria ocorrido o deslocamento de uma junta:

“Olha isso aqui é cupim¹¹⁶, tu vai “preparar” esse cupim pra ti”. Eu disse: “mas eu não sei preparar”, “mas tu vai aprender, depois eu vou te ensinar, mas tu vai, depois tu volta”. Aí ele disse: O fim do teu espinhaço tá bem assim, olha, esta junta ‘redou’ pra cá assim, por isso que tu não anda, mas tu vai endireitar, não te preocupa que tu vai daqui, já vai andar”. Aí ele tornou a pegar assim na minha cabeça, que ele não puxava, ele só rezava. Aí ele pegou na minha cabeça, segurou assim, pegou assim na minha cabeça, no pulso, e a modo que tem uma mão que passava assim, aquela reza, ele rezava, e a gente não via ele rezar” (Olívia, 83 anos).

Wawzyniak (2009) explica que a utilização de determinados tratamentos podem ser de difícil compreensão para quem observa de fora, mas para quem busca essa (s) forma(s) de cuidado, possui coerência. Quando o indivíduo precisa recorrer à um outro especialista, isto pode indicar a gravidade da situação.

No caso de Olívia, como o tratamento médico não surtiu efeito, recorreu então a outro profissional, neste caso o rezador, do qual seu cunhado tinha conhecimento, o que ocorreu em decorrência da ineficácia dos medicamentos que não surtiram efeito, no caso da interlocutora.

O rezador que possui este “dom” se mostra apto a investigar qual é a doença que atinge o indivíduo e também indicar os “remédios” adequados para o tratamento. O “dom” que este especialista possui, como ressalta Wawzyniak (2009, 2011), implica na obrigatoriedade moral de atuar na área da saúde como retribuição a uma dívida recebida ao ser curado, sob pena de voltar a adoecer. Além disso,

¹¹⁶ Conforme Lenko e Papavero (1996); Costa Neto e Pacheco (2005), o cupim é um poderoso zooterápico, podendo ser utilizado no tratamento de várias doenças: bronquite, feridas, gripes, hemorragias, hérnia, reumatismo, sarampo, sendo utilizado em xaropes e lambedores.

esses especialistas possuem conhecimentos que vão sendo aperfeiçoados no decorrer da vida por meio dos saberes de alguém mais experiente.

Eloísa explica que o rezador media, com um pedaço de punho de rede e rezava. Ao final da reza, Olívia disse não sentir mais os sintomas que tanto lhe incomodavam: “Ele media, o seu dedinho, aqui no fim e amarrava aqui... em cinco minutos você tava boazinha” (Eloísa, 46 anos).

Olívia confirma a forma de tratamento utilizada pelo rezador: “Aí depois ele rezava, com aquele punho de rede, era um punho de rede assim que ele tinha”.

No caso do rezador que cuidou de Olívia, ele utilizou-se de elementos que tinha à disposição (punho de rede), como seu instrumento de trabalho e a partir desse arranjo tão particular que conferiu a um instrumento tão simples uma forma de proporcionar a cura (ou a melhora dos sintomas) daqueles que o procuram.

Quando se observa a figura do *bricoleur*, Lévi-Strauss (1976) explica que este tem como instrumento de trabalho as mãos e em seu ofício reúne o resto de várias coisas, visando assim construir algo. Ele é capaz de fazer diferentes arranjos, ainda que muitas vezes limitado, de diferentes materiais. Ele recolhe diferentes elementos, partindo da noção de que estes, em algum momento, podem ter utilidade. Diferente do cientista, ele não possui um projeto pré-definido. Este se utiliza de conceitos preestabelecidos; já o *bricoleur* faz uso da improvisação para empregar sua restrita quantidade de materiais e seus instrumentos de trabalho o que, conseqüentemente, torna seus produtos com características únicas, que mostram, os fragmentos que antes possuíam outra função, o que remete ao rezador que tratou do problema de saúde de Olívia.

Além disso, segundo Minayo (1988), observações cotidianas, as experiências no tratamento de doenças, as tradições de um determinado grupo proporcionam, conforme a autora, uma relação de causa-efeito que enriquece seu estoque de conhecimentos. As práticas tradicionais são realizadas de modo bastante peculiar na medicina caseira que não é exclusiva das classes populares. Todavia, o modelo biomédico que é vigente, adentra em todos os grupos sociais, e é utilizado por cada um deles de forma particular.

Olívia diz que o rezador já faleceu, e na época em que recorreu à ele, já era um senhor em idade avançada. Ela, então, me explicou melhor do que se tratava o “lambedor de cupim” que o rezador havia lhe receitado e que ele mesmo havia lhe

preparado, o que conforme a interlocutora foi o que lhe curou. Ele pediu que uma das filhas de Olívia lhe conseguisse uma casa de cupim para fazer o remédio:

Já, já morreu, ih, ele era velhinho, aí ele rezava, que quando eu vim de lá eu num vim andando mesmo? Ele disse “tu vai tomar um lambedor de cupim”. Eles chamam “lambedor” do cupim. Não sei como é que ele fazia, vizinha...Aí ele preparou aqueles cupim branco, que tem uns amarelo, né, tem uns branquinho, ele tratava desses branquinho, que ele pegava e disse pra Virgínia: “Se tu achar uma casa de cupim me manda. Na casa da Virgínia tinha um. Era nessa casa aqui, nessa que tinha. Aí ela pegou, mandou não sei quem foi levar. Ele pegava, olha vizinha, ele preparou, até hoje eu ando, não corro, que eu não dou conta, mas eu fiquei boa (Olívia, 83 anos)

Assim, Olívia explicou que o uso do lambedor de cupim, além das rezas, foram responsáveis por sua cura. Para quem ouve seu relato, pode achar tal tratamento inusitado, mas de acordo com Oliveira (1995), a medicina popular é bastante peculiar, já que mostra não há uma forma ideal a ser empregada por todas as pessoas para elaborar seus cuidados de saúde.

Perguntei novamente se recorriam às UMS da Pratinha e/ou do Tapanã. Eloísa relatou alguns contratempos no que diz respeito ao atendimento em uma das unidades de saúde, pela falta de aparelho de aferição de pressão arterial:

Não, da mamãe era Família Saudável, que ia na casa dela. Posto a gente não levava ela. Só se, por exemplo, se desse alguma coisa nela, aí a gente levava na urgência e emergência lá do Tapanã, porque o Pratinha nunca teve...uma vez ela passou muito mal, que a pressão dela aumentou muito, muito alta. Aí eu cheguei lá no Posto da Pratinha, o rapaz disse que não podia me ajudar porque eles não tinham aquele aparelho de verificar pressão. Aí eu disse: “Olha, eu acho bom vocês fecharem aqui, porque o negócio ta pegando”. Aí eu peguei um táxi e vim me embora com ela pra cá pra levar ela na médica dela (Eloísa, 46 anos).

Como analisado nos capítulos anteriores, a dificuldade de acesso a serviços de saúde é bastante recorrente entre os moradores da Comunidade Bom Jesus I (como é também para grande parte dos moradores de Belém). Os precários investimentos em saúde refletem no péssimo atendimento prestado à população. Em áreas periféricas essa situação torna ainda mais crítica, tanto em decorrência dos fatores já abordados no primeiro capítulo (serviços urbanos insuficientes, violência, ausência de escolas), o que reduz substancialmente a qualidade de vida dessas pessoas.

Olívia, ao final de nossa conversa, voltou a relembrar sua vida no interior. A coleta de dados sobre memória não segue uma ordem linear. Bernardo (1998) explica que “é um ir e vir constante”. Tratam-se de percursos complexos e que demandam tempo. Além disso, Bosi (2012) mostra que a narração também é um modo de comunicação. Ela não visa repassar fielmente o ocorrido, mas é construída até tomar certa consistência. A autora explica que os narradores muitas vezes iniciam explicando os fatos que testemunharam. Isso acontece quando se uma situação não vivenciada diretamente por ele.

A função da memória é o resgate e o conhecimento acerca do passado e como ele era organizado, como era a relação deste sujeito com o seu tempo. Quando o passado é descrito dessa forma, trata-se de uma rica fonte para a compreensão do presente (BOSI, 2012).

Como Thompson (1998) afirma, recordar a própria vida é muito importante para o próprio sentimento de identidade e resgatar tais recordações pode mesmo até recuperar a autoconfiança. Isso é expresso na seguinte fala de Olívia, que sempre faz questão de resgatar as lembranças de sua vida em seu local de origem, com diferentes concepções de tempo e de espaço e que são revividas pela interlocutora, como se uma imagem daquele cotidiano lhe cruzasse a memória como um filme, rememorando fatos, pessoas, situações:

Porque este rio em que eu nasci, o Rio Maracapucu era muito farto. Eu num senti muito a falta do meu pai. Eu senti falta da minha mãe, eu convivia muito com ela, a gente trabalhava junto, [...] a gente amanhecia junto pra ir cortar borracha, pra ir cortar lenha, pra fazer isso, fazer aquilo, ela dizia “Bora minha filha, borá fazê tal coisa, borá fazê isso” [...] olha, nós vivemo ali, tinha muito peixe, muito camarão, ali tinha muita coisa, naquele rio pra gente viver. Se você pegasse um igarapézinho e tapasse dali e botasse um [...], porque de primeiro não existia matapi, pegava dali aqui [...] você pescava tinha peixe, camarão, tinha tudo ali. Você pescava tinha peixe, tinha camarão tinha tudo ali. O que era mais difícil lá era a farinha, que não existia, mas o peixe não, tinha muito peixe. Açai! ah, então açai era muito. A gente tinha o açai do inverno e do verão. Vizinha, no inverno, agora assim no inverno, você ia numa área que tinha cada cacho, dava. Não sei como era. Como é a natureza... quando é no verão, não dava açai lá, naquela parte. Só dava as espada, dava muito as espada e quando dava o inverno, tava os cacho de açai ali. Naquela parte daquela área [...] e a gente vivia daquilo. Fazia lenha, cortava borracha, tirava ostra e a gente vivia daquilo. [...]. Eu “teve” cinco filhos, cada um tem a sua propriedade, [...] e assim foi que levei a vida (Olívia, 83 anos).

Halbwachs (2006) explica que nossas lembranças são coletivas e também são resgatadas por outras pessoas, o que ocorre porque nunca estamos sós. Não é preciso que outros estejam presentes, porque os sempre levamos conosco.

Assim, no processo de elaboração das memórias, como explica Thompson (1998), tanto individuais quanto coletivas, consiste em um processo importante, que demandam empenho, aprendizado e também paciência. Assim, as narrativas são empregadas especialmente para caracterizar as comunidades e os indivíduos e para expressar seu *modus vivendi*.

Assim, este capítulo mostra que os cuidados de saúde, tão diversificados entre os interlocutores, tratam-se de práticas elaboradas na família e/ou em seu círculo social. É possível notar que diferentes formas de tratamento são utilizadas simultaneamente, já que frequentemente elas se complementam. Também se recorre à memória para relembrar esses processos. Destarte, os itinerários de cuidado podem ser complexos e seguir variados caminhos que possuem sentido para aqueles que os adotam, conforme suas experiências pessoais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As impressões trazidas nos três capítulos apresentados representam somente uma pequena parte da realidade vivenciada na Comunidade Bom Jesus I. Portanto, não houve a pretensão de afirmar que se trata do cotidiano de **todos** os moradores desse local, até mesmo porque se tratam de milhares de pessoas e desse modo, houve a necessidade de se realizar alguns recortes para que a pesquisa pudesse ser realizada no prazo estabelecido.

Assim, o primeiro capítulo tratou do processo de formação da referida comunidade nas proximidades do Igarapé Mata Fome (assim denominado pois era fonte de alimento aos moradores), mostrando como a rápida ocupação do espaço conduziu a um cenário de desequilíbrio ambiental, em decorrência da ocupação desordenada no entorno do referido corpo hídrico, o que levou a seu severo grau de contaminação.

Por meio da aplicação de questionário socioeconômico em 47 residências e entrevista semiestruturada com oito moradores, foi possível constatar que a oferta de serviços urbanos no local ocorre de maneira bastante precária, o que reflete nas condições de saneamento (não há um sistema apropriado de esgoto), abastecimento de água (a água que chega às moradias é de má qualidade e muitos moradores utilizam-se de poços artesianos); não há escola pública no local (somente uma creche que funciona no centro comunitário local); só há pavimentação em uma via, onde há a circulação de transporte público; não há um sistema de escoamento pluvial, sendo que em períodos de chuvas intensas, as ruas tornam-se completamente alagadas, dificultando a circulação de pedestres e veículos.

Além disso, o local, conforme apontado pelos moradores, apresenta altos índices de violência, motivo de constante apreensão e não há nada que confira segurança aos seus habitantes. Além disso, apresenta uma série de dificuldades para ter acesso à serviços de saúde, o que é influenciado por questões socioeconômicas, além de problemas na localização de tais serviços (a UBS do Tapanã por exemplo, encontra-se relativamente distante da comunidade), somada ao fato de não haver a cobertura de alguns exames pelo SUS, sendo que frequentemente o acesso à rede particular de saúde é inviável, dada a impossibilidade de arcar com os altos custos de tais procedimentos médicos. Tais indicadores mostram que quanto mais desfavoráveis as condições socioeconômicas,

mais difícil pode se tornar o acesso aos profissionais de saúde. Assim, esse cenário de precariedade e privações de várias formas afeta decisivamente a qualidade de vida dessas pessoas, pois estão mais expostas a diversos tipos de doenças.

No segundo capítulo foi realizada uma abordagem sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF), a criação do referido programa e como se encontra a cobertura deste em Belém do Pará. Por meio de dados do DAB (Departamento de Atenção Básica), foi possível analisar, em um período que compreende janeiro de 2012 e outubro de 2017, que a cobertura da ESF ainda se mostra insuficiente e que houve uma queda no número de agentes comunitários de saúde, o que acaba por refletir na fala de alguns moradores que relatam haverem deixado de receber a visita desses profissionais em suas residências, o que representa um retrocesso na atenção básica, haja vista que o crescimento populacional não é acompanhado pelo aumento da oferta deste serviço.

Conforme o relato de alguns moradores, há cerca de aproximadamente 15 anos, havia a visita de ACS nas moradias regularmente e marcação de consultas; todavia, houve uma descontinuidade na oferta deste serviço, sendo que o número de habitantes da comunidade cresceu consideravelmente nesse intervalo de tempo, mas não houve a expansão necessária do programa para a área. A Unidade de Saúde da Família mais próxima é localizada no bairro da Pratinha I e, portanto, não há uma cobertura adequada da ESF (denominado Programa Família Saudável em Belém), sendo que a localização da comunidade, situada entre dois bairros (Pratinha II e Tapanã) também confere alguns obstáculos na adscrição dessa clientela.

Estando localizada entre dois bairros, os moradores da Comunidade Bom Jesus I frequentemente enfrentam dificuldades de se cadastrar na Unidade Saúde da Família, localizada no bairro da Pratinha I. Essa situação decorre da demanda e também da dificuldade quando do registro do cadastro, pois este solicita a indicação do bairro onde o usuário reside. Essa situação expressa diversas deficiências, mas particularmente em aspectos voltados à territorialização da atenção básica, já que não há a delimitação de áreas nas quais o serviço deveria atuar, tampouco há uma análise do ambiente, das necessidades mais urgentes da comunidade e das relações sociais aí existentes, bem como condições apropriadas de trabalho aos profissionais que atuam na ESF.

O terceiro capítulo realizou uma análise sobre as estratégias adotadas por alguns dos moradores da referida comunidade em busca de cuidados de saúde,

sendo que estes podem transitar tanto entre a rede oficial de saúde e o emprego de determinadas formas de tratamento. Esse capítulo descreve particularmente o que é concebido como doença ou não, discorre sobre como essa percepção está diretamente relacionada a estratégias de resolução de problemas: a procura de profissionais de saúde ou de outros agentes de cura, o emprego de terapias naturais, alternativas, automedicação, etc. No que os diferentes grupos sociais apresentam a respeito do conceito de saúde/doença, nota-se que há uma grande diversidade de justificativas, e discursos ligados a saberes tradicionais, sem vínculo com o modelo biomédico.

As redes de ajuda mútua se evidenciam como de grande importância para uma população que se mostra destituída de seus direitos mais básicos, haja vista que estas facilitam, por exemplo, o acesso a equipamentos de saúde, pela existência dos conhecidos e dos mais chegados presentes nesses locais, bem como viabilizam a ampliação das opções de tratamento que as pessoas podem acessar em situações de doença.

Esse apoio social também se mostra importante na elaboração dos itinerários de cuidado, por meio de indicações à parentes, amigos, vizinhos sobre determinadas formas de tratamento, grupos de uma igreja que buscam proporcionar conforto espiritual ao realizarem orações nas residências de moradores da comunidade, que assim o solicitam. A alternativa do uso da indicação de algum membro da família a respeito de algum profissional de medicina popular, ou até mesmo a elaboração de um tratamento por alguém do núcleo familiar, acaba ampliando o número de possibilidades de tratamento.

É comum que diferentes formas de tratamento sejam utilizadas ao mesmo tempo, pois uma acaba por atuar como complementar à outra, ou então se utilizam até que uma se adeque às suas necessidades. Desse modo, há pessoas que conciliam o medicamento indicado pelo médico com remédios naturais que aprenderam no ambiente familiar ou com terceiros. Como exposto anteriormente, os itinerários de cuidado podem ser complexos e seguir caminhos que podem ser aparentemente “tortuosos”, mas que possuem sentido para aqueles que os adotam.

Dentre alguns dos entrevistados, os remédios caseiros (especialmente os chás), não apareciam como primeira opção de forma de tratamento de seus problemas de saúde. Foi possível perceber, em alguns casos, que estes eram usados como método paliativo por não se conseguir comprar o medicamento

receitado pelo médico, ou pela não distribuição de determinado remédio na rede pública de saúde ou complementar.

O uso da memória como estratégia na busca de saúde foi identificado principalmente entre os interlocutores mais velhos. Alguns destes relembram as práticas terapêuticas utilizadas em seu local de origem e como elas figuravam de forma resolutiva como cuidados de saúde. Consistem em práticas no decorrer da vida, no ambiente familiar, ou entre seu círculo social mais próximo. As experiências vivenciadas por cada uma dessas pessoas são transformadas e passam por adaptações de acordo com o cotidiano de cada uma e assim, buscam alternativas mais viáveis para os processos de adoecimento.

Esse suporte social, que ocorre por meio da formação das redes de ajuda mútua, é fundamental na compreensão dos itinerários de cuidado dessas pessoas. Em ambientes de precariedade (ambiental e social), desprezados pelas políticas públicas (de habitação e saúde), o apoio recebido pelos interlocutores, tanto no núcleo familiar, quanto por intermédio de amigos, vizinhos e conhecidos, se mostra muito importante para o fortalecimento de laços sociais e no tratamento de enfermidades.

Todavia, alguns dos interlocutores desta pesquisa apenas rememoram os cuidados de saúde que adotavam em seu local de origem, ou em um período anterior de suas vidas. Ao chegar à cidade grande e/ou com a alteração de seu círculo social, há também uma mudança nas formas de se tratar os problemas de saúde, pela maior variedade de opções, formação de redes de ajuda, além de maior acesso ao sistema oficial de saúde, mas que se mostra preponderante, especialmente no ambiente urbano.

Além disso, os relatos de alguns interlocutores mostram que, com o decorrer das gerações, muitos desses conhecimentos não são repassados, pois muitas vezes não há o interesse dos mais jovens sobre tais conhecimentos, ou sobre essas formas de tratamento. O caso de Mariana foi emblemático, dado que explica como algumas pessoas da família recorrem unicamente ao que a interlocutora chama de “remédio da farmácia” no tratamento de problemas de saúde, ao contrário do que ocorria em seu local de origem, onde se tratava com remédios elaborados no ambiente familiar.

As diferentes trajetórias nos cuidados com a saúde não se mostram isoladas, mas sim complementares umas das outras. O modelo biomédico se mostra

como um dentre vários saberes ligados ao processo saúde-doença, além do uso da medicina popular (o uso de chás, a busca por benzedores e pajés), a busca pela religião, e grupos de ajuda mútua, que oferecem algum tipo de suporte.

Destarte, as concepções acerca do processo saúde-doença variam de acordo com o ambiente no qual a pessoa vive, bem como suas crenças e valores que lhes são característicos. Tais noções têm origem nas experiências individuais. Os cuidados com o corpo são provenientes das vivências de cada um e, de acordo com estas, orientam suas formas de tratamento, conforme suas escolhas e possibilidades.

REFERÊNCIAS

ABELÉM, Auriléa Gomes. **Urbanização e remoção: por que e para quem?** Belém: CFCH/NAEA/UFPA, 1989.

AGIER, Michel. **Antropologia da cidade: lugares, situações, movimentos.** São Paulo: Ed. Terceiro Nome. 2011.

ALMEIDA, Alexandre Paz. Uma análise sobre sociabilidade, cotidiano e vizinhança em um bairro popular de João Pessoa- PB. **Ponto Urbe: Revista do Núcleo de Antropologia Urbana da USP.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2011. Disponível em: <<https://pontourbe.revues.org/287>>. Acesso em: 10. jan. 17.

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti; STOTZ, Eduardo Navarro. **A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a06v8n15>>. Acesso em: 18. jun.2016.

ALVES, Paulo César. Itinerário Terapêutico e os nexos de significados da Doença. **Revista de Ciências Sociais**, nº 42, Janeiro/Junho de 2015, p. 29-43. Disponível em:<<http://periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/view/23308>>. Acesso em: 27. set. 2017.

_____. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde.**Tatiana Engel Gerhardt, Roseni Pinheiro, Eliziane Nocolodi Francescato Ruiz ,Aluisio Gomes da Silva Junior (organizadores).- Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016.

ALVES, Paulo César B., SOUZA, Iara Maria A. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. RABELO, M. C. M., ALVES, Paulo Cesar B., SOUZA, Iara Maria A. **Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04>. Acesso em: 23. mai. 2017.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection.

120 p. ISBN 978-85-7541-391-3. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/48z26>>. Acesso em: 10. dez. 2017.

BARCELLOS, Christovam de Castro; SABROZA, Paulo Chagas Telles, ROJAS, Luisa Iñiguez; PEITER, Paulo. Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS (IESUS)**, 2002; 11(3), p. 129 – 138. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/713>>. Acesso em: 15. jun. 2017.

BARROS, Idarleide Costa. **A Importância da estratégia de saúde da Família: contexto histórico**. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. 34p. 2014. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4357.pdf>>. Acesso em: 03. fev. 2018

BAUMAN, Zygmunt. **Comunidade- a busca por segurança no mundo atual**. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

BECKER, Bertha, K. Geopolítica da Amazônia. **Revista Estudos Avançados** 19(53), 2005. p.71-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v19n53/24081.pdf>. Acesso em: 01. set. 2017.

BECKER, Howard. **Segredos e truques da pesquisa**. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 2007.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. **A Construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. 16. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. 247 p.

BERKMAN, Lisa F. Assessing the physical health effects of social networks and social support. **Annual Rev. Public Health**. 1984. v. 5. p. 413-432. Disponível em: <<http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.pu.05.050184.002213>>. Acesso em: 30. jan. 2018.

BERNARDO, Teresinha. **Memória em Branco e Negro: Olhares sobre São Paulo**. São Paulo: EDUC, Editora Unesp, 1998.

BOLTANSKI, Luc. **As Classes sociais e o Corpo** (Regina A. Machado trad; Maria Andrea Loyola e Regina A. Machado org.). 4ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: Entre a Mediação Convencedora e a Transformadora. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Vol.6 nº3. Rio de Janeiro 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19. Out.2017

BONET, Octavio. Itinerâncias e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. **Revista de Sociologia & Antropologia** | rio de janeiro, v.04.02: p. 327-350, outubro, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sant/v4n2/2238-3875-sant-04-02-0327.pdf>>. Acesso em: 03. set. 2017.

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 17. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. 484 p.

BOURDIEU, Pierre. A Ilusão Biográfica. In: **Usos e Abusos da História Oral**. FIGUEIREDO, Janaina P. Amado Baptista de, FERREIRA, Marieta de Moraes (Org.). Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p.183-191.

BRAGA, Pedro Ivo Soares. Subdivisão fitogeográfica, tipos de vegetação, conservação e inventário florístico da floresta amazônica. **Acta Amazônica**, 9(4). p.53-80, 1979. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aa/v9n4s1/1809-4392-aa-9-4-s1-0053.pdf>>. Acesso em: 27.jan.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 620 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde) ISBN 85-334-1223-1. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10001021537.pdf>>. Acesso em: 21. fev. 2017.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 09. dez.2017.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Saúde da Família: uma estratégia para a orientação do modelo assistencial**. Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasil (DF): Ministério da Saúde; 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 21,jun.2017

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 03. jun.16.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Departamento de atenção básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia_pratico_saude_familia>. Acesso em: 26. ago. 2017.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 248 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf>. Acesso em: 03. jan.2018

BRAZ D.C, OLIVEIRA, L.R.S, VIANA, A.F.S.C. Atividade antiulcerogênica do extrato aquoso da Bryophyllum pinnatum (Lam.) Kurz. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**. Nº15(1). p. 86-90. 2013. ISSN: 1516-0572. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/content/doi/15160572/2013/00000015/0000001/art00012>>. Acesso em: 27. dez.2017.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 5, núm. 1, janeiro-março, 2000, p. 163-177. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 24. abr. 2017.

BUSS Paulo Marchiori, PELLEGRINI Filho Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis – Revista de Saúde Coletiva . 2007; 17(1). p. 77-93. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2007.v17n1/77-93/pt>>. Acesso em: 21. dez.2017.

CAMPOS-NAVARRO, Roberto. **Nosotros los curanderos: experiencias de una curandera tradicional en el México de hoy**. P.imprenta: México, DF: Nueva Imagen, 1997.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. **O Espaço Urbano: Novos Escritos sobre a Cidade**. São Paulo: FFLCH, 2007. Disponível em: http://gesp.fflch.usp.br/sites/gesp.fflch.usp.br/files/Espaco_urbano.pdf>. Acesso em: 28. nov. 16.

CARDOSO, Biatriz Araújo; TEIXEIRA, Daniela Costa; RAVENA-CAÑETE, Voyner. **Qualidade de Vida e Nível de Estresse: Um estudo sobre o meio ambiente urbano em duas áreas do município de Belém.** In: Urbanização & Meio Ambiente. Maisa Sales Gama Tobias e Alberto Carlos de Melo Lima (Orgs.). – Belém: Unama, 2013. v. 2. 530 p.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. O Mal-Estar da Ética na Antropologia Prática. In: **Antropologia e Ética: o Debate Atual no Brasil.** ABA. Ed. Universidade Federal Fluminense. Niterói: 2004. p. 21-32. Disponível em: <<http://www.abant.org.br/conteudo/livros/AntropologiaEtica.pdf#page=21>>. Acesso em 14. mai. 2016.

CARMONA, Karen Monteiro; MATTA, Milton Antonio da Silva.; NAZARENO, Itabaraci Nazareno; ASSIS, Jose Fernando Pina; CRISTO, Luiz Carlos Ferreira de; VASCONCELOS, Yuri Bahia de. Ocupação Urbana da Bacia do Mata Fome, Belém-Pa e Sua Relação Com a Qualidade das Águas Superficiais e Subterrâneas. **XVI Congresso Brasileiro de Águas Subterrâneas e XVII Encontro Nacional de Perfuradores de Poços.** p.1-14 Disponível em: <<https://aguassubterraneas.abas.org/asubterraneas/article/viewFile/23124/15239>>. Acesso em: 03. jan. 17.

CANESQUI, Ana Maria. **“Pressão Alta” no Cotidiano: representações e experiências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 306 p. (Coleção Antropologia e Saúde).

CAPRA, Fritjof. **Ponto de Mutação.** 1982. Disponível em: <<https://escrevivencia.files.wordpress.com/2014/04/fritjof-capra-o-ponto-de-mutac3a7c3a30.pdf>>. Acesso em: 13. jan. 2017

CARVALHO, Dina. Cuidar e prevenir. Os saberes familiares, tradicionais e medicinais acerca da saúde e da doença. **Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção.** Atelier: Saúde. 2009. p. 30-43. Disponível em: <http://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR4628f650c5c95_1.pdf>. Acesso em: 15. jul. 2017.

CASTRO, Arachu; FARMER, Paul. Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multirésistante. **Anthropologie et Sociétés**, vol. 27, n° 2, 2003, p. 23-40. Disponível em: <<http://www.erudit.org/revue/as/2003/v27/n2/007444ar.html?vue=resume>>. Acesso em: 16. jan. 17.

CORTEZ, Elaine Antunes; TOCANTINS, Florence Romijn. Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem** 2006 nov-dez; 59(6): 800-4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a15.pdf>>. Acesso em: 15. Mai. 2016

CERTEAU, Maurice de. **A Invenção do Cotidiano. Volume 1: Artes de fazer**. Petrópolis: Editora Vozes. 1994.

CNDSS-Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 04. dez. 2017.

COHEN, Simone Cynamon. **Habitação Saudável como Caminho para a Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Tese de Doutorado. 2004. 167p. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4447>>. Acesso em: 03. jun. 2016.

COHEN, Simone Cynamon; BODSTEIN, Regina; KLIGERMAN, Débora Cynamon; MARCONDES, Willer Baumgarten. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 191-198, mar. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2007.v12n1/191-198/>>. Acesso em: 02.set.2017

COHN, Amélia. O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. LIMA, Trindade Nísia; GERCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho. (Org). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2005.

CORRÊA, Roberto Lobato. **O Espaço Urbano**. São Paulo: Editora Ática, 1989.

COSTA, Thaís de Almeida; CARDOSO, Machado, Denise. Aspectos socioculturais do processo saúde-doença e o papel das Ciências Sociais: uma análise de trabalhos em temas de saúde. **Revista Café com Sociologia**. v. 3. nº 2. p.108-126. Disponível em: <https://revistacafecomsociologia.com/revista/index.php/revista/article/view/247>>. Acesso em: 29.out.2015.

COSTA, Thaís de Almeida; RAVENA-CANETE, Voyner. Esporte, saúde e meio ambiente: a importância da promoção de saúde em uma comunidade em Belém do Pará. In: **Reunião equatorial de antropologia, 5.; Reunião de antropólogos do Norte e Nordeste, 14., 2015. Anais**. Maceió: EDUFAL, 2015. p. 1-19. Disponível em: <http://www.evento.ufal.br/anaisreaabanne/gts_download/Thas%20de%20Almeida%20Costa%20-%201021128%20-%2004396%20-%20corrigido.pdf>. Acesso em: 03. abr.2017.

COSTA NETO, Eraldo Medeiros; PACHECO, Josué Marques. Utilização medicinal de insetos no povoado de Pedra Branca, Santa Terezinha, Bahia, Brasil. **Revista Biotemas**. v. 18. nº1. p.113 - 133, 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/biotemas/article/view/21470>. Acesso em: 19. fev. 2018.

COUTO, Rosa Carmina de Sena; MARIN, Rosa Acevedo. PSF e SUS: Revisitando algumas ideias sobre a Política de Saúde no Brasil. In: **Saúde da Família: atenção Primária na Amazônia**. Rosa Carmina de Sena Couto; Rosa Acevedo Marin (Orgs.). Belém: NAEA; UFPA, 2009.

DA MATTA, Roberto. **A Casa e a Rua. Espaço, Cidadania, Mulher e Morte no Brasil**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Rocco Editora, 1997.

DANTAS, Flavio. **O Que É Homeopatia** - Coleção Primeiros Passos 134. Editora Brasiliense, 1998.

DIAS, Mario Benjamim. **Urbanização e Ambiente Urbano no Distrito Administrativo de Icoaraci, Belém-PA**. Tese (Doutorado). São Paulo, 2007. 314p. Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-03122007-114244/pt-br.php>. Acesso em: 23. jul. 2017.

DURHAM. Eunice R. A Pesquisa Antropológica com Populações Urbanas: Problemas e perspectivas. In: **A Aventura Antropológica**. Ruth Cardoso (Org.). Editora Paz e Terra, 2004.

SCOREL, Sarah. Equidade em saúde. **Dicionário da educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>. 2009. Acesso em 28. nov. 2017.

EVANS-PRITCHARD, Edward Evan. **Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande**. Jorge Zahar Editor. 1978.

FARIA, Rivaldo Mauro. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **H geia: Revista Brasileira de Geografia dica e da Sa de; Uberlândia** Vol. 9, Ed. 16, (Jun 2013). p.121-130. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/dd1b42d4674d26b9daca2af7d0941e5d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2030864>. Acesso em: 25. abr. 2017

FAVORETO, Cezar Augusto Orazem. A Prática Clínica e o Desenvolvimento do Cuidado Integral à Saúde no Contexto da Atenção Primária. **Revista APS**. V.11, n.1, p. 100-108, jan/mar. 2008. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/100-108.pdf>>. Acesso em: 25. mar. 2016.

FERREIRA, Jaqueline. Cuidados do Corpo em Vila de Classe Popular. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. p. 49-56 (Coleção Antropologia e Saúde). Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/yw42p/pdf/duarte-9788575412572.pdf>>. Acesso em: 03. set. 2017.

_____. O Corpo Sígnico. In: **Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico**. Paulo César Alves; Maria Cecília Souza Minayo (Org.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2008. p.101-112.

_____. Semiologia do Corpo. In: **Corpo e Significado: Ensaio de Antropologia Social**. Ondina Fachel Leal (org.) 2ª Ed. Porto Alegre: Editora Universidade/UFRGS, 2001.p.89-104.

FERREIRA, Jaqueline; ESPÍRITO SANTO, Wanda. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, vol. 22, núm. 1, janeiro-março, 2012, p. 179-198. Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838236010>>. Acesso em: 29. jan.2017

FLEISCHER, Soraya. **Parteiras, buchudas e aperreios: Uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará**. Tese [Doutorado em Antropologia Social]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/10246>>. Acesso em: 02. fev.2018.

_____. *Então, minha filha, vamos se afomentar?* Puxação, parteiras e reprodução em Melgaço, Pará. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 13, núm. 3, 2008.p. 889-898. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232008000300011&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 05. fev. 2018.

FONTELES, Marta Maria de F., VENÂNCIO, Edith T., RIOS, Emiliano Ricardo Vasconcelos, BESSA, Brígida Maria B., FRANCELINO, Eudiana V, CARVALHO, Denilla Maria S., COELHO, Helena Lutécia L. Vigilância pós-comercialização da aguardente Alemã® (O. macrocarpa e C. scammonia). **Revista Brasileira de**

Farmacognosia 18: 2008. p. 748-753. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-695X2008000500020&script=sci_arttext&tlng=ES>. Acesso em: 09. jan.2018

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Roberto Machado (trad.) Rio de Janeiro: Editora Forense Universitário, 1977 [1963]

FRANCO, Marcos da Silveira. Os modos Organizativos e Seus Sentidos da Dignidade na Saúde. In: **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os Reflexos dos 20 Anos no Espelho do Futuro**. Maria Fátima de Sousa, Marcos da Silveira Franco, Ana Valéria Machado Mendonça (Org.). Campinas: Saberes Editora, 2014.

FRÚGOLI JUNIOR. Heitor. **Sociabilidade Urbana**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor. 2007.

GASPAR, Márcia Tereza Pantoja; SOUZA, Eliene Lopes de .Avaliação preliminar dos fatores que controlam a qualidade das águas da bacia hidrográfica do Igarapé Mata Fome/Belém (PA). **Revista Águas Subterrâneas**, São Paulo: 2000, p.1-14 Disponível em: <<https://aguassubterraneas.abas.org/asubterraneas/article/view/24128/16157>>. Acesso em: 10. jan. 2018.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários Terapêuticos em Situações de Pobreza: Diversidade e Pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**: Rio de Janeiro. Novembro, 2006. p. 2249- 2463. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2006001100019&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 21. dez. 2016

GERHARDT, Tatiana Engel. PINHEIRO, Roseni; RUIZ, Eliziane Nocolodi Francescato Etnografando dádivas e fazendo aparecer o cuidado em itinerários terapêuticos: anseios e incursões de uma primeira viagem. **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**.Tatiana Engel Gerhardt, Roseni Pinheiro, Eliziane Nocolodi Francescato Ruiz , Aluisio Gomes da Silva Junior (organizadores).- Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016. p.185-201. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>. Acesso em: 15. nov. 2017.

GUIMARÃES, Raul Borges. Saúde urbana: velho tema, novas questões. **Revista Terra Livre**. São Paulo. n. 17 p. 155-170 2º semestre/2001. Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/geoesp/arquivos/artigos/ArtigoAmbienteSaudeUrbana.pdf>>. Acesso em 04. nov.2017.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. LTC. 2008.

_____. **O Saber Local- Novos Ensaios em Antropologia Interpretativa**. 11ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

GROSTEIN, Marta Dora. Metrópole e Expansão urbana- a persistência de processos insustentáveis. **Revista São Paulo em Perspectiva**, 2001.p. 13-19. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v15n1/8585.pdf>>. Acesso em 14. abr.17.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran; MINAYO, Maria Cecília Souza. Produ o de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito familiar. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 1, p. 1497-1508, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/csc/v15s1/062.pdf>. Acesso em: 06. mar. 2018.

HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. Beatriz Sidou (Tradu o). São Paulo: Centauro, 2006.

HELMAN, Cecil. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HILDEBRAND, Stella Maris; SHIMIZU, Helena Eri. Percep o do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 2008 maio-jun; 61(3). p. 319-324. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019606007.pdf>>. Acesso em: 10. nov. 2017.

HOMMA, Alfredo Kingo Oyama. O histórico do sistema extrativo e a extra o de óleo de andiroba cultivado no município de Tomé-Açu, Estado do Pará. Belém: **Embrapa Eastern Amazon**, (Embrapa Eastern Amazon. Documents, 185). 2003. p.1-26 Disponível em: <<https://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/407072/1/OrientalDoc185.PDF>>. Acesso em: 03.fev.2018.

INGOLD, Tim. **The Perception of the Environment. Essays on livelihood, dwelling and skill**. Routledge. London/New York. 2000. Disponível em: <<http://nomadicartsfestival.com/wp-content/uploads/2015/02/the-perception-of-the-environment.pdf>>. Acesso em: 21. nov. 16.

_____. **Being Alive. Essays on Movement, Knowledge and Description**. Routledge. London/New York. 2011. Disponível em:

<<http://www.antropologias.org/files/downloads/2012/02/ingold-being-alive.pdf>>.

Acesso em: 01. dez. 16.

KOWARICK, Lucio. **A Espoliação Urbana**. Editora Paz e Terra. Rio de Janeiro. 1979.

LANGDON, Esther Jean. Cultura e processos de saúde e doença. In: **Anais do 1o Seminário sobre Cultura, Saúde e Doença**; 2003. out 13-16; Londrina, Brasil. Londrina (PR): VIGISUS/FNS/MS; 2003. p.91-107.

LAPLANTINE, François; RABEYRON, Paul-Louis. **Medicinas paralelas**. Tradução Ramon Américo Vasques. São Paulo: Brasiliense, 1989.

LAPLANTINE, François. **Aprender antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 2012.

LEAL, Luzia Kalyne Almeida Moreira, SILVA, Aline Holanda, VIANA, Glauce Socorro de Barros. Justicia pectoralis, a coumarin medicinal plant have potential for the development of antiasthmatic drugs? **Revista Brasileira de Farmacognosia**. Volume 27, Issue 6, November–December 2017, p. 794-802. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0102695X1730385X>>. Acesso em: 25. fev. 2018.

LEÃO, Monique Bentes M. S. Paisagem ribeirinha nas baixadas de Belém/PA: usos e apropriações na bacia da Estrada Nova. **Anais do XVII Encontro Nacional da Associação Planejamento Urbano**. Sessão temática 6: espaço, identidade e práticas sócio-culturais. p.1-19 São Paulo: 2017. Disponível em: <<http://anpur.org.br/xviienanpur/principal/publicacoes/XVII>>. ENANPUR_Anais/ST_Sesoes_Tematicas/ST%206/ST%206.8/ST%206.8-01.pdf>. Acesso em: 08. ago. 2017

LEITÃO, Fernanda; LEITÃO, Suzana Guimarães; FONSECA-KRUEL, Viviane Stern da; SILVA, Ines Machline; MARTINS, Karine. Medicinal plants traded in the open-air markets in the State of Rio de Janeiro, Brazil: an overview on their botanical diversity and toxicological potential. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. Vol. 24. p. 225 - 247. 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0102695X14000179>>. Acesso em: 07. fev.2018.

LEFEBVRE, Henri. **A Revolução urbana**. Editora UFMG. 2002.

_____. **O Direito à Cidade**. Editora UFMG. 2011.

LENKO, Karol; PAPAVERO, Nelson. **Insetos no Folclore**, 2a ed., Plêiade/FAPESP, 1996. 468 p.

LÉVI-STRAUSS, Claude. A Ciência do Concreto. In: _____. **O Pensamento Selvagem**. São Paulo. Companhia Editora Nacional. 1976.

LOUREIRO, Violeta Refkalefsky. **Amazônia: estado, homem, natureza**. 2. ed. Belém: Edições CEJUP, 2004. (Amazoniana; n.1). ISBN 8533800851

LOYOLA, Maria Andrea. Medicina Popular. In: **Saúde e Medicina no Brasil- Contribuição para um Debate**. Reinaldo Guimarães (org.) Edições Graal: Rio de Janeiro. 1978.

_____. **Médicos e Curandeiros- Conflito Social e Saúde**. DIFEL. Rio de Janeiro: 1984.

MACHADO, Maria das Dores Jesus. **Diferenças Intra-Urbanas da Saúde em Belém, Pará**. 2004.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2006; 12(2). p. 335-341. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2007.v12n2/335-342/pt>>. Acesso em: 21. mar. 2018.

MAGNANI, José Guilherme. Rua, símbolo e suporte da experiência urbana. **Núcleo de Antropologia Urbana da USP**. 2009. Disponível em: <http://nau.fflch.usp.br/sites/nau.fflch.usp.br/files/upload/paginas/rua_simbolo%20e%20suporte%20da%20experiencia%20-%20magnani.pdf>. Acesso em: 03. jan. 17.

_____. De Perto e de Dentro: notas para uma etnografia urbana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol. 17 nº 49. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v17n49/a02v1749>>. Acesso em: 14. set. 16.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia**. 2. Ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Coleção Os Pensadores)

MARICATO, Ermínia. **Metrópole na periferia do capitalismo: ilegalidade, desigualdade e violência**. São Paulo, 1995. 71p. Disponível em: <http://fau.usp.br/deprojeto/labhab/biblioteca/textos/maricato_metrperif.pdf>. Acesso em: 24. jan.2018.

_____. As ideias fora do lugar, e o lugar fora das ideias. In: ARANTES, Otilia Beatriz Fiori; VAINER, Carlos; MARICATO, Ermínia. **A cidade do pensamento único. Desmanchando consensos**. Coleção Zero à esquerda, Petrópolis, Vozes, 2000.

MATTA, Gustavo Corrêa. Universalidade. **Dicionário da educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/uni.html>>. Acesso em: 09. dez. 2017.

MATTOS, Ruben Araújo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Revista **Interface -comunicação, saúde e educação**. [online]. 2009; 13 (supl.1). p. 771-780. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a28v13s1.pdf>>. Acesso em: 26. jan.2018

MAUÉS, Raymundo Heraldo. Medicinas Populares e pajelança cabocllal na Amazônia. In: **Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico**. Paulo César Alves; Maria Cecília Souza Minayo (Org.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2008.

_____. **Padres, pajés, santos e festas: catolicismo popular e controle eclesiástico: um estudo antropológico numa área do interior da Amazônia**. [Belém]: Edições CEJUP, 1995. 517 p. ISBN 853380301X~

MAUSS, Marcel. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: MAUSS, Marcel: **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003. p. 183-294.

McEWEN, Bruce.S. Protective and Damaging Effects of Stress Mediators. **The New England Journal of Medicine**, Vol. 338, Nº. 3, Jan. 15, 1998, p. 171-179. Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/13801246_McEwen_BS_Protective_and_damaging_effects_of_stress_mediators_N_Engl_J_Med_338_171-9>. Acesso em: 04. fev. 2018

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde,

2012. 512 p.: il. ISBN: 978-85-7967-078-7. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 15. fev. 2018.

_____. A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário. In: **A Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário** (E. V. Mendes, org.), Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde 10, p. 7-19, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 1993.

MINAYO, Maria Cecília Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cad. Saúde Pública**. vol.4 n.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 1988. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X1988000400003&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 02. mai.2016.

_____. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, Kathie. [et al.] (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação à distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009, p. 21-42. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_mulher/capacitacao_rede%20modulo_2/205631-conceitos_teorias_tipologias_violencia.pdf>. Acesso em: 21. dez.2017.

_____. Representações da cura no catolicismo popular. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília Souza (Orgs.). **Doença e saúde: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 57-73.

MONTEIRO, Mario Ypiranga. Plantas Medicinais e suas virtudes. **Acta Amazônica**, 18 (1/2). p. 357-366. 1988. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aa/v18s1-2/1809-4392-aa-18-s1-2-0357.pdf>>. Acesso em: 28. dez. 2017

MORAIS, Selene Maia de; DANTAS, Joana D'arc Pereira; SILVA, Ana Raquel Araújo da; MAGALHÃES, Everaldo Farias. Plantas medicinais usadas pelos índios Tapebas do Ceará. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. Nº15, p.169- 177. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfar/v15n2/v15n2a17>>. Acesso em: 01. fev. 2018.

MOTTA-MAUÉS, Maria Angélica; MAUÉS, Raymundo Heraldo. **O Folclore da Alimentação: Tabus Alimentares da Amazônia**. Belém: Falangola: 1980.

MOTTA-MAUÉS, Maria Angélica. —Lugar de Mulher: Representações sobre os Sexos e Práticas Médicas na Amazônia (Itapuá/Pará). In: **Saúde e Doença: Um**

Olhar Antropológico. Paulo César Alves; Maria Cecília Souza Minayo (Org.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2008.

NARVAI, Paulo Capel; SÃO PEDRO, Paulo Frazão. Práticas de saúde pública. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão. (Org.). **Saúde Pública: bases conceituais.** São Paulo: Atheneu, 2008, p. 269-295.

NETO, Francisco Rente; FURTADO, Lourdes Gonçalves. A ribeiridade amazônica: algumas reflexões. **Cadernos de campo**, São Paulo, n. 24, p. 158-182, 2016. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/download/97408/114087>>. Acesso em: 21.jul.2017.

NOBRE, Angélica Homobono. **Atravessando Fronteiras- Rumo à Saúde Tradicional.** Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGCS). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH). Universidade Federal do Pará. Belém, Pará. 2009.195 p. (Mimeo).

OLIVEIRA, Elda Rizzo de. **O Que é Medicina Popular.** São Paulo: Abril Cultural-Brasiliense. 1985. (Coleção Primeiros Passos).

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos.(Re)significando os projetos cuidativos da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. **Revista Brasileira de Enfermagem**.,v.65,n.3.p.401-405, 2012. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/38201>>. Acesso em: 21. fev. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia (org.). **Epidemiologia e Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1993, p. 455-466.

_____. Determinantes Sociais de Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação da Saúde. **Anais: I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.252 p. – (Série D. Reuniões e Conferências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_i_seminario_politica_nacional_promocao_saude.pdf#page=30>. Acesso em: 03. jul.2017

PENTEADO, Antonio Rocha. **Belém do Pará (Estudo de Geografia Urbana).** Belém, Editora da UFPA, 2º Volume, 1968. Coleção Amazônica. Série José Veríssimo.

PEREIRA, Gislene. A natureza (dos) nos fatos urbanos: produção do espaço e degradação ambiental. In: SANTOS, M. R. A. (coord.). **Desenvolvimento e meio ambiente: cidade e ambiente urbano**. Curitiba: UFPR. v. 3. p. 33-51.jan/jun, 2001. Acesso em: 20. nov. 16.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fiocruz: 2009. Disponível em: <<http://www.epsiv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 09. dez. 2017

POLLAK, Michael. **Memória e identidade social**. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, vol. 5, n. 10, 1992, p.200-212. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/1941/1080>>. Acesso em: 23. dez. 2017.

Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 02. fev. 2018.

PORTUGAL, Sílvia. Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica. **Oficina do CES: publicação seriada do Centro de Estudos Sociais**. Coimbra, PT, Universidade de Coimbra, n.271, 2007. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/271/271.pdf>>. Acesso em: 03. dez. 2017.

_____. O que faz mover as redes sociais? Uma análise das normas e dos laços. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, 79, Dezembro 2007. p. 35-56. Disponível em: <https://journals.openedition.org/rccs/723>. Acesso em: 28. dez. 2017

PRANCE, Ghilleen T. A. Terminologia dos tipos de Florestas Amazônicas sujeitas a Inundações. **Acta Amazônica**, Vol.10, nº 3, 1980. p. 495-504. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aa/v10n3/1809-4392-aa-10-3-0499.pdf>>. Acesso em: 12. fev. 2018.

PROST, Antoine. Fronteiras e Espaços do Privado. In: **História da Vida Privada, Volume 5: Da Primeira Guerra aos Nossos Dias**. Antoine Prost; Gérard Vincent (Org.). Denise Bottman (Trad.). São Paulo: Companhia Das Letras, 2006.

Ranking do saneamento- **Relatório Instituto Trata Brasil 2017**. Disponível em: <http://www.diarioonline.com.br/add/pdf/relatorio-completoesgoto-18-08-2017-13-34-00.pdf>. Acesso em: 06. jan.2018.

RAVENA-CAÑETE, Voyner. **A descrição do possível: a experiência de intervenção da Unama no Igarapé Mata-Fome e o levantamento de dados socioeconômicos**. Belém: Editora Unama. 2006. 90 p.

ROCHA, Ana Luiza Carvalho; ECKERT, Cornelia. Etnografia de Rua: Estudo de Antropologia Urbana. **Revista Iluminuras - Publicação Eletrônica do Banco de Imagens e Efeitos Visuais** - NUPECS/LAS/PPGAS/IFCH e ILEA/UFRGS. 2003. p.1 – 22. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/iluminuras/article/view/9160/5258>
Acesso em: 21. dez. 16

_____. Narrar a cidade: Experiências de Etnografia da Duração. In: _____. **Etnografia da Duração: Antropologia das Memórias Coletivas em coleções etnográficas**. Porto Alegre: Marcavizual: 2013.

RODRIGUES, Carmem Izabel. Sociabilidade e construção de identidades em espaço urbano em Belém-Pará. **XII encontro da associação nacional de pós-graduação e pesquisa em planejamento urbano e regional**, Belém, 2007. p. 1-19. Disponível em: <http://www.ufpa.br/xiienanpur/CD/ARQUIVOS/GT6-907-606-20070110205350.pdf>>. Acesso em: 31. mar. 2017

RODRIGUES, Roberta Menezes; TAVARES, Ana Carolina de Miranda; MIRANDA, Thales Barroso. Urbanizar as Baixadas: Experiências de Projetos de Urbanização de assentamentos Precários em áreas de preservação permanente em Belém (PA). **Anais do Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo**. 2016. p. 1-25. Disponível em: <http://www.anparq.org.br/dvd-enanparq-4/SESSAO%2018/S18-04-RODRIGUES,%20R;%20TAVARES,%20A;%20MIRANDA,%20T.pdf>. Acesso em 18. fev. 2017.

RODRIGUES, Roberta Menezes; LIMA, José Júlio Ferreira; PONTE, Juliano Pamplona Ximenes; BARROS, Nayara Sales; LOPES, Rebeca Silva Nunez. Urbanização das baixadas de Belém-PA: transformações do habitat ribeirinho no meio urbano. In: **Anais: XV Encontro da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional**. Recife: ANPUR, 2014. Disponível em: <http://www.anpur.org.br/revista/rbeur/index.php/anais/article/view/4405/4274>>
Acesso em: 16. ago. 2016.

ROLNIK, Raquel. Democracia no fio da navalha. Limites e possibilidades para a implementação de uma agenda de reforma urbana no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**. Vol. 11, nº. 2, novembro, 2009, p. 31-50. Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional. Recife, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/5139/513951692003.pdf>>. Acesso em: 12. fev. 2018.

SARTI, Cynthia A. **A assimetria no atendimento à saúde: quem é o “necessitado”**. XXII Encontro Anual da ANPOCS Caxambu (MG)- 27 a 31 de outubro de 1998. Disponível em: <<http://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/22-encontro-anual-da-anpocs/gt-20/qt11-5/5122-csarti-a-assimetria/file>>. Acesso em: 27. set. 2017.

SCHEFFER, Josiane Cristina; FIALHO Indiara de Mesquita; SCHOLZE Alessandro da Silva. Itinerários de cura e cuidado de idosos com perda auditiva. **Saúde Soc. São Paulo**. 2009;18(3). p. 537-48. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sausoc/v18n3/17.pdf. Acesso em: 23. mar.2018.

SCHERER, Magda Maria dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires de; SORATTO, Jacks. O Trabalho na Estratégia Saúde da Família. In: **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os Reflexos dos 20 Anos no Espelho do Futuro**. Maria Fátima de Sousa, Marcos da Silveira Franco, Ana Valéria Machado Mendonça (Org.). Campinas: Saberes Editora, 2014.

SCHERER, Eliane. Mosaico terra-água: a vulnerabilidade social ribeirinha na Amazônia, Brasil, **VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais**, Coimbra, 16-18 de setembro 2004. p. 1-18 Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/EliseScherer.pdf>. Acesso em: 13. jan. 2018.

SCHOLZE, Alessandro da Silva. **Mapeamento das redes sociais e itinerários de cura e cuidado para a configuração de uma rede de apoio social**. 2005. 202 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2005. Disponível em: <<https://siaiap39.univali.br/repositorio/handle/repositorio/1098?mode=full>>. Acesso em: 20. ago. 2017.

SCHUTZ, Alfred. **Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

Secretaria municipal de saúde. **Regimento interno**. Prefeitura municipal de Florianópolis: 2010. 71p. Disponível em: <http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/22_10_2010_11.24.38.fc717b2df16e3fad159f4f3d33b3b550.pdf>. Acesso em: 19. jan. 2018.

SILVA, Pedro Luiz Barros. **Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década**. São Paulo em Perspectiva. vol.17 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n1/v17n1a07.pdf>>. Acesso em: 13. dez. 16.

SILVA, Luiz Jacintho da. A ocupação do espaço e a ocorrência de endemias. In: **Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais [online]**. BARATA, Rita Barradas; BRICEÑO-LEÓN, Roberto. (orgs) Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 376 p. ISBN: 85-85676-81-7. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/45vyc/pdf/barata-9788575413944-08.pdf>>. Acesso em: 09. dez. 2017.

SILVA, Marcos Jonatas Damasceno da; LUZ, Luziane Mesquita da. Uso do solo e degradação ambiental: Estudo de caso da bacia do Mata Fome em Belém, Pará. **InterEspaço: Revista de Geografia e Interdisciplinaridade**. Grajaú/MA v. 2, n. 7 p. 162-178 set./dez. 2016. Disponível em: <<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/interespaco/article/view/7371/4525>>. Acesso em: 12. dez. 2017

SIMMEL, Georg. **Grandes Cidades e a Vida do Espírito** [1903]. (Artur Morão trad.). Universidade da Beira Interior. Lusosofia Press. Covilhã. 2009. Disponível em: <http://www.lusosofia.net/textos/simmel_georges_grandes_cidades_e_vida_do_esp_rito.pdf>. Acesso em: 20. jun. 2016.

_____. **Questões fundamentais da sociologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.

_____. **O estrangeiro**. RBSE. Vol. 4, nº 12. Dezembro, 2005. ISSN 1676-8965. p. 265-271. Disponível em: <<http://paginas.cchla.ufpb.br/grem/SIMMEL.O%20estrangeiro.Trad.Koury.rbsedez05.pdf>>. Acesso em: 15. mai.2017.

SOUSA, Elivelton dos Santos; BORDALO, Carlos Alexandre Leão. O serviço de abastecimento de água potável: análise da gestão e de conflitos por água em Belém-pa. **Boletim Amazônico de Geografia** (ISSN: 2358-7040 - online), Belém, v. 02, n. 04, p. 74-86. jul./dez. 2015. Disponível em: <<http://ppgeoufpa.net/boletim/index.php/boletim/article/view/43>>. Acesso em: 10. jan. 17.

SOUSA, Maria Fátima de. A Reconstrução da Saúde da Família no Brasil: Diversidade e Incompletude. **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os Reflexos dos 20 Anos no Espelho do Futuro**. Maria Fátima de Sousa, Marcos da Silveira Franco, Ana Valéria Machado Mendonça (Org.). Saberes Editora, 2014.

SOUZA, Cynthia; DOMINGUES, Jeanine Maria. 2006. Uso de plantas medicinais na região de alto paraíso de Goiás, GO, Brasil. *Acta Botanica*. V.20. p. 135-142. Disponível em: <http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/10369/1/ARTIGO_UsoPlantasMedicinas.PDF>. Acesso em: 10. jan. 2018.

THOMPSON, Paul Richard. **A Voz do passado: história oral**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

TOCANTINS, Leandro. **Santa Maria de Belém do Grão Pará: instantes e evocações da cidade**. 3.ed., rev. e aum. Belo Horizonte: Itatiaia, 1987.

TORRES, Raquel. Agentes de combate a endemias. In: **Revista POLI: saúde, educação e trabalho - jornalismo público para o fortalecimento da Educação Profissional em Saúde**. Ano I - Nº 3 - jan./fev. 2009 ISSN 1983-909X. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/revista_poli_-_3.pdf>. Acesso em: 17. fev. 2018.

TRINDADE JUNIOR, Saint-Clair Cordeiro da. **Produção do Espaço e Uso do Solo Urbano em Belém**. UFPA/NAEA/PLADES. Belém: Pará. 1997.

_____. (jan.-jun. 2006). Grandes projetos, urbanização do território e metropolização na Amazônia. **Terra Livre**, São Paulo, v. 26, p. 177-194. Disponível em:< <http://www.ceap.br/material/MAT21092011193332.pdf>>. Acesso em: 16. ago. 17.

_____. **Formação metropolitana de Belém (1960 - 1997)**. Belém, PA: Paka-Tatu, 2016.

TUAN. Yi-Fu. **Espaço e Lugar. A Perspectiva da Experiência**. Livia de Oliveira (Trad.). São Paulo: Difel. 1983.

VALLA, Victor Vincent. Classes Populares, Apoio Social e Emoção: propondo um debate sobre religião e saúde no Brasil. In: **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Maria Cecília de Souza Minayo; Carlos E. A. Coimbra Júnior (orgs.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.p. 77-89. 708 p.

VAN DEN BERG, Maria Elisabeth; SILVA, Milton Hélio Lima da. Plantas medicinais do Amazonas. **Simpósio do Trópico Úmido, Belém**, 1984. Anais. Belém, EMBRAPA-CPATU, 1986. 6v. (EMBRAPA-CPATU. Documentos, 36) p. 127-128.

VAN DEN BERG, Maria Elisabeth. **Plantas medicinais na Amazônia- Contribuição ao seu Conhecimento sistemático**. 2ª Edição: Museu Paraense Emílio Goeldi, 1993.

VELHO, Gilberto. **O Desafio da Cidade: Novas Perspectivas em Antropologia Brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

VIEIRA, Josie; OLIVEIRA, Paulo de Tarso; FERLA, Alcindo. **O Programa Família Saudável em Belém.** Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/131402/000762411.pdf?sequence=1>>. Acesso em 29. nov. 2017.

WAGLEY, Charles. **Uma Comunidade Amazônica: Estudo do Homem nos Trópicos.** Clotilde da Silva Costa (trad.) Companhia Editora Nacional. São Paulo: 1957.

_____. O Estudo das Comunidades Amazônicas. **Atas do Simpósio Sobre Biota Amazônica. Vol. 2 (Antropologia):** p.41-55. 1967. Belém- Pará- Brasil- junho (6 a 11), 1966.

WAGNER, Roy. **A Invenção da Cultura.** Cosac Naify. São Paulo: 2010.

WAWZYNIAK, João Valentin. **Agentes Comunitários de Saúde: Transitando e Atuando entre Diferentes Racionalidades no Rio Tapajós, Pará, Brasil.** Campos 10(2). p.59-81, 2009. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/campos/article/view/20164/13421>. Acesso em: 03. abr.16.

_____. Percepção da internação e do ambiente hospitalar por ribeirinhos do Tapajós, Pará, Brasil. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva,** Brasília, v. 5, nº 2, p. 89-104, 2011. Disponível em: <<http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/966>>. Acesso em 05. jan. 2018.

Links Consultados:

Sobre o Programa Jovens Talentos:
<http://www.capes.gov.br/bolsas/programas-especiais/jovens-talentos-para-a-ciencia>. Acesso em: 21. jul.2016.

Sobre o conceito de Anamnese:
<http://www.saudecomciencia.com/2010/10/anamnese-o-que-e.html>. Acesso em: 22. out.2016.

Definições de UPA e UBS:
<http://www.redehumanizadas.net/84954-upa-e-ubs-sabe-o-que-significam-essas-siglas#sthash.hMaZLYtZ.dpuf>. Acesso em: 05.jan.2017.

Dados sobre a cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil
http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 09.dez.2017.

Papel medicinal da Malva Rosa:

<http://www.plantasmedicinaisfitoterapia.com/malva-rosa-alcea-rosea/>. Acesso em: 20.nov.2016.

Sobre o conceito de Carta Magna:
<https://conceitos.com/carta-magna>. Acesso em: 18. jan.2018.

A Lei nº 8080 de 1990:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 17. ago. 2017.

APÊNDICE A - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Informações Gerais

Nome:

Endereço:

Idade:

Local de nascimento:

Estado Civil:

Nº de filhos: *(informar a idade dos mesmos; se estudam e/ ou trabalham, se estão desempregados, etc.)*

Idade ao nascer o primeiro filho:

Local de moradia ao nascer o primeiro filho:

Você é praticante de alguma religião? Qual? *(perguntar se o indivíduo se envolve com atividades, grupos de oração, de estudo, etc.)*

1. Vida no local de origem

Qual era a ocupação de seu pai?

Qual era a ocupação de sua mãe?

Você teve irmãos (ãs)?

Você poderia descrever um pouco sobre a vida em família?

Você tem lembranças de seus avós? *(Impressões, convívio, etc.)*

Vocês tinham plantação de frutas e legumes?

Vocês faziam criação de animais?

Você tinha alguma atividade de lazer no local em que morava?

Vocês frequentavam algum lugar de culto? Qual a importância da religião nesta fase de sua vida ?

Quando você ou alguém de sua família tinha algum problema de saúde, a quem recorria(m)?

2. Vida Na Comunidade

Por quais motivos mudou-se para esta comunidade?

Qual sua atividade profissional?

Quais são os rendimentos familiares por mês? (*caso não trabalhe, se recebe algum benefício, aposentadoria...*)

Quais os aspectos positivos e negativos de viver de se morar na mesma? (*perguntar também questões relacionadas a acesso à água, energia elétrica, transporte público, escolas, postos de saúde*).

Você tem alguma (s) atividade (s) de lazer aqui?

No momento, você tem algum (ns) problema (s) de saúde? A quem recorre? (*médico, rezadores, curandeiros, benzedeiros, ervateiros, raizeiros, grupos de ajuda, vizinhos, parentes, etc.*)

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE-ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Projeto: Uma Análise Sobre a Relação Entre a Comunidade Bom Jesus I e a Oferta de Serviços de Saúde: Práticas Socioculturais no Entorno do Igarapé Mata Fome, Belém-Pará.

Pesquisadora responsável: Thaís de Almeida Costa.

Orientadora: Voyner Ravena-Cañete

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo. Meu nome é Thaís de Almeida Costa, aluna do Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia (PPGSA) da UFPA. Os dados da pesquisa serão utilizados para a elaboração de minha dissertação de mestrado. Os objetivos da pesquisa são:

- Analisar a percepção da comunidade quanto ao acesso à serviços de saúde;
- Promover um levantamento socioeconômico da área, evidenciando especialmente o processo de deslocamento dessa população, o que expõe outras práticas, saberes e compreensões;
- Compreender os itinerários terapêuticos utilizados pela população local, especialmente relacionados às práticas antigas para a busca da saúde.

As entrevistas semiestruturadas visam compreender os itinerários terapêuticos utilizados pela população da área e como esta encontra formas para superar as dificuldades originadas em decorrência da oferta deficiente dos serviços de saúde.

O questionário socioeconômico a ser realizado na área visa delinear o perfil da população que reside na mesma (sexo, idade, renda mensal, acesso a serviços básicos, tais como água, coleta de lixo, transporte, etc.)

Entrevistas e questionários guardarão a condição anônima do entrevistado e as informações obtidas por meio dessa pesquisa possuem caráter confidencial. Portanto, não existe qualquer possibilidade de divulgação dos dados dos participantes durante a transcrição das entrevistas ou na apresentação dos

resultados. Se houver alguma citação de depoimento, haverá todo o cuidado para manter o sigilo das informações.

Sua participação não é obrigatória. A mesma possui um caráter voluntário (não havendo nenhuma retribuição em dinheiro), sendo que você pode se retirar a qualquer momento do estudo e retirar seu consentimento. O tempo de duração da pesquisa de campo compreenderá um período de seis meses. Você poderá obter quaisquer informações antes, durante ou após a realização da pesquisa.

Considerando que apenas perguntas que guardam a condição de anonimato dos entrevistados serão realizadas, a pesquisa apresenta riscos mínimos.

A pesquisa gerará como benefício a possibilidade de um diagnóstico sobre as condições epidemiológicas da comunidade, além de levantar questões sobre a situação da oferta de serviços de saúde na mesma.

Este termo está de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Belém, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante: _____

(Nome/telefone /RG):

Testemunha: _____

Assinatura da Pesquisadora

Contatos:

Assinatura da Orientadora

ANEXO A – QUESTIONÁRIO SOCIOECONOMICO

Universidade Federal do Pará
Projeto de Pesquisa: Igarapé Mata Fome
Questionário Socioeconômico

DADOS DA RESIDÊNCIA

Nome do entrevistado		Início/hora
Rua/Número	Telefone	Bairro
Situação do Imóvel	P/aluguel	P/venda

P.1. Qual o tamanho aproximado da área, em m² do seu terreno (____ x ____). Há quanto tempo sua família mora nesta casa (**ARREDONDAR MESES**)? _____

P.2. Há quanto tempo sua família mora neste bairro (**ARREDONDAR MESES**)? _____

P.3. Onde sua família morava antes de residir neste bairro? _____

P.4. A residência na qual você morava anteriormente era... (**LEIA AS ALTERNATIVAS AT 4**)

1 Própria (quitado) () 2 Própria (em pagto.) () 3 Alugada () ou 4 Cedida ()? 5 Outras respostas: _____

P.6 Perfil da(s) família(s) residentes(s)

Nº de residentes	Tempo de moradia no local	Zona de Origem da Família	
		() rural	() urbana

P.7- Perfil da família residente.

Nº	Parentesco/Nome	Sexo	Idade	Natural	Estado Civil					
					sol	cas	amig	viu	div	outro
1	()	M F		()						
2	()	M F		()						
3	()	M F		()						
4	()	M F		()						
5	()	M F		()						
6	()	M F		()						
7	()	M F		()						
8	()	M F		()						
9	()	M F		()						
10	()	M F		()						
11	()	M F		()						
12	()	M F		()						

Códigos de preenchimento para graus de parentesco: 1 Conjuge 2 Filho(a) 3 Mãe/pai 4 Neto(a)
 5 Nora/genro 6 Tio(a) 7 Primo(a) 8 Sobrinho(a) 9 Pensionista/agregado 10 Outros parentes
 11 Empregado(a)

P.8 . Perfil escolar

	NÃO ESTUDANTES										ESTUDANTES										TRANSPORTE					BAIRRO da escola		
	S/I	A l f a	C F I E	1º Gr Menor		1º Gr Maior		2º Gr		3º Gr		P ré	1º Gr Me nor		1º Gr Maior		2º Gr		3ºGr		Curso Téc		O	P	VP		VE	B
				C	I	C	I	C	I	C	I		C	I	C	I	C	I	C	I								
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

Possui bolsa família ()sim () não valor: _____

P.9. Perfil do(s) trabalhadores(es) residente(s)

	Trabalhadores									Inativo		Transporte				Bairros	Renda
	FPfe	FPes	FPmu	PRc/car	PRs/car	Aut	Bic	Des	Ap/ Pe	Dep	O nb	Pé	VP	Bi c			
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	

P.10- Aspectos da edificação.

Imóvel	Uso do imóvel	Cômodos	Construção (ME)	Piso (ME)
1.Próprio ()	1.RESIDENCIAL ()	1.SALA ()	1.ALVENARIA ()	1.MADEIRA ()
2.Cedido ()	2.COMERCIAL ()	2.QUARTO ()	2.MADEIRA ()	2.CERÂMICA ()
3.Alugado ()	3.MISTO ()	3.COZINHA ()	3.BARRO ()	3.CIMENTO ()
4.Ocupado ()	4.OUTROS ()	4.BANHEIRO ()	4.PALHA ()	4.TERRA BATIDA ()
R\$	QUAIS?	5.OUTROS	5.OUTROS	5.OUTROS

P.11- Por favor, o sr (a) pode me informar a condição do seu terreno e os serviços existentes em sua comunidade?

P.13.1 Já foram vacinados

Nº	Parentesco/Nome	CRIANÇAS	GESTANTES			IDOSOS
			Hep B			
1	()					
2	()					
3	()					
4	()					
5	()					
6	()					
7	()					
8	()					
9	()					
10	()					
11	()					
12	()					

P.14-O que você acha da atual situação do Igarapé?

() Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima () Não sabe

P.15-Qual a utilidade do Igarapé para Você?

() Jogar Lixo () Banhar () Pescar/Camarão () Nadar/Brincar () Navegar

Outra:

P.16-Você já se banhou no Igarapé Mata Fome?

() Não () Sim Por que:

P.17 - Você tem Horta?

() Sim () Não () Já possuiu () Pretende ter

P.18 - Você tem algum tipo de criação de animais, como galinha, pato etc.?

() Sim () Não () Já possui () Pretende ter

P.19. Me diga por favor qual a principal vantagem de morar nesta Comunidade? (explorar)

P.20. E qual a principal desvantagem de morar nesta Comunidade?(explorar)

Quais as principais queixas quanto à saúde:

Nome do Entrevistador: _____/data ____/____/____

Cód: _____

ANEXO B- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JOÃO DE BARROS BARRETO -
UFPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uma Análise Sobre a Relação Entre a Comunidade Bom Jesus I e a Oferta de Serviços de Saúde: Práticas Socioculturais no Entorno do Igarapé Mata-Fome, Belém-Pará.

Pesquisador: THAÍS DE ALMEIDA COSTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62520616.8.0000.0017

Instituição Proponente: Universidade Federal do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.852.391

Apresentação do Projeto:

Na pesquisa de campo, serão realizadas entrevistas com pessoas de diferentes faixas etárias: entre 20 a 35 anos, de 35 a 50 anos, de 60 a 65 anos e mais de 60 anos, com o intuito de observar quais as estratégias encontradas por uma parcela da população da Comunidade Bom Jesus I em busca de serviços de saúde e qual o papel que práticas tradicionais em busca da cura para variadas doenças assumem, haja vista que mesmo

estando localizada entre duas unidades de saúde, parte considerável da população encontra dificuldades em obter atendimento médico, em decorrência da desproporcionalidade entre oferta de profissionais de saúde para a área e a grande demanda. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco pessoas de cada faixa etária acima citadas, totalizando 20 participantes, sendo que em uma primeira etapa da pesquisa, serão realizadas 10 (dez) entrevistas entre os meses de novembro de 2016 e janeiro de 2017; num segundo momento serão realizadas outras dez entrevistas entre os meses de julho e setembro de 2017. Na entrevista, os participantes serão questionados sobre suas concepções acerca do que é saúde e se também se utilizam de outros métodos de cura, além daqueles empregados pela medicina oficial. O questionário socioeconômico, por sua vez, visa traçar um perfil de uma parcela da população da comunidade e será feita a aplicação de aproximadamente 40 questionários. Os participantes da pesquisa terão

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-000

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JOÃO DE BARROS BARRETO -
UFPA



Continuação do Parecer: 1.852.391

garantidos o anonimato e o sigilo no que diz respeito à sua identidade. A estes, será informado que, ao aceitar participar do estudo, terão que assinar o Termo de Consentimento Livre-Esclarecido (TCLE). Neste, há explicação sobre a garantia de sigilo das informações dadas pelos participantes e a possibilidade de desistência da pesquisa, a qualquer momento, sem conferir aos mesmos qualquer prejuízo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar como a Comunidade Bom Jesus I, no bairro do Tapanã, mesmo estando localizada entre dois postos de saúde, encontra estratégias para superar as adversidades originadas em decorrência da oferta precária dos serviços de saúde.

Objetivo Secundário:

Analisar a percepção da comunidade quanto ao acesso à serviços de saúde; Promover um levantamento socioeconômico da área, evidenciando especialmente o processo de deslocamento dessa população, o que expõe outras práticas, saberes e compreensões; Compreender os itinerários terapêuticos utilizados pela população local, especialmente relacionados às práticas antigas para a busca da saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco de divulgação de informações pessoais dos participantes da pesquisa serão mínimos, pois os dados fornecidos terão caráter sigiloso. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Benefícios:

Repensar de que modo estão estruturados os serviços de saúde na comunidade Bom Jesus I, além como levantar questões como a importância do levantamento de questões e discussões sobre saúde e meio ambiente na referida área, sendo que esta possui saneamento básico precário, especialmente em decorrência da poluição do Igarapé Mata-Fome e de rede de esgoto insuficiente, o que favorece o surgimento de doenças.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa Exequível e eticamente adequada.

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-000

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JOÃO DE BARROS BARRETO -
UFPA



Continuação do Parecer: 1.852.391

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados e de acordo com as Normativas vigentes do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS.

Recomendações:

Retirar dos questionários de coleta de dados os "nomes do participantes e substituir por outra forma de identificação.

Recomendamos a coordenação que mantenha atualizados todos os documentos pertinentes ao projeto.

Deverá também ser informado ao CEP:

Relatório Semestral;

Relatório Final;

Envio de Relatório de Cancelamento;

Envio de Relatório de Suspensão de projeto;

Comunicação de Término do projeto na Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Este Colegiado manifesta-se pela aprovação. Observar as Recomendações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, este Colegiado manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa por estar de acordo com a Resolução nº466/2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Ainda em atendimento a Res. 466/2012 esclarecemos que a responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. Além de apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; de elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Cabe ainda ao pesquisador:

- 1- desenvolver o projeto conforme delineado;
- 2- Em acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa. Os relatórios deverão ser inseridos no Sistema Plataforma Brasil pelo ícone "Inserir Notificação" disponível para projetos aprovados.
- 3- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP, a qualquer momento;

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-000

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JOÃO DE BARROS BARRETO -
UFPA



Continuação do Parecer: 1.852.391

- 4- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 05 anos após o término da pesquisa;
- 5- encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- 6- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_789663.pdf	11/10/2016 20:10:05		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	11/10/2016 20:05:47	THAÍS DE ALMEIDA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/10/2016 19:31:45	THAÍS DE ALMEIDA COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	07/10/2016 19:30:28	THAÍS DE ALMEIDA COSTA	Aceito
Outros	Questionario.pdf	03/10/2016 22:13:45	THAÍS DE ALMEIDA COSTA	Aceito
Outros	ENTREVISTA.pdf	03/10/2016 22:06:57	THAÍS DE ALMEIDA COSTA	Aceito

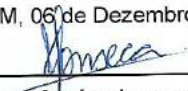
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 06 de Dezembro de 2016


Assinado por:
João Soares Felício
(Coordenador)

Kátia Regina Silva da Fonseca
Coordenador Adjunto de
CEP / NUJBB / UFPA

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-000

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

ANEXO C

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB

Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal

Unidade Geográfica: Município - BELÉM/PA

Competência: Janeiro de 2012 a Outubro de 2017

Ano	Mês	População	Teto (ACS)	Credenciados pelo Ministério da Saúde (ACS)	Cadastrados no Sistema (ACS)	Implantados (ACS)	Estimativa da População coberta (ACS)	Proporção de cobertura populacional estimada (ACS)	Teto (eSF)	Credenciados pelo Ministério da Saúde (eSF)	Cadastradas no Sistema (eSF)	Implantados (eSF)	Estimativa da População coberta (eSF)	Proporção de cobertura populacional estimada (eSF)
2012	1	1.393.399	3.495	2.500	806	754	433.550	31,11	581	117	73	66	227.700	16,34
2012	2	1.393.399	3.495	2.500	806	754	433.550	31,11	581	117	73	66	227.700	16,34
2012	3	1.393.399	3.495	2.500	806	754	433.550	31,11	581	117	73	66	227.700	16,34
2012	4	1.402.056	3.518	2.500	806	754	433.550	30,92	584	117	73	66	227.700	16,24
2012	5	1.402.056	3.518	2.500	806	745	428.375	30,55	584	117	73	65	224.250	15,99
2012	6	1.402.056	3.518	2.500	767	706	405.950	28,95	584	117	73	65	224.250	15,99
2012	7	1.402.056	3.518	2.500	749	706	405.950	28,95	584	117	71	65	224.250	15,99
2012	8	1.402.056	3.518	2.500	749	696	400.200	28,54	584	117	71	64	220.800	15,75
2012	9	1.402.056	3.518	2.500	749	696	400.200	28,54	584	117	71	64	220.800	15,75
2012	10	1.402.056	3.518	2.500	749	696	400.200	28,54	584	117	71	64	220.800	15,75
2012	11	1.402.056	3.518	2.500	749	696	400.200	28,54	584	117	71	64	220.800	15,75
2012	12	1.402.056	3.518	2.500	749	696	400.200	28,54	584	117	71	64	220.800	15,75
2013	1	1.402.056	3.518	2.500	749	700	402.500	28,71	584	117	71	65	224.250	15,99
2013	2	1.402.056	3.518	2.500	749	701	403.075	28,75	584	117	71	64	220.800	15,75
2013	3	1.402.056	3.518	2.500	749	690	396.750	28,3	584	117	71	63	217.350	15,5
2013	4	1.402.056	3.518	2.500	749	692	397.900	28,38	584	117	71	63	217.350	15,5
2013	5	1.402.056	3.518	2.500	719	685	393.875	28,09	584	117	69	65	224.250	15,99
2013	6	1.402.056	3.518	2.500	743	727	418.025	29,82	584	117	73	71	244.950	17,47
2013	7	1.410.430	3.539	2.500	770	761	437.575	31,02	588	117	80	79	272.550	19,32
2013	8	1.410.430	3.539	2.500	829	820	471.500	33,43	588	117	90	89	307.050	21,77
2013	9	1.410.430	3.539	2.500	821	813	467.475	33,14	705	117	89	88	303.600	21,53
2013	10	1.410.430	3.539	2.500	868	860	494.500	35,06	705	117	100	99	341.550	24,22
2013	11	1.410.430	3.539	2.500	868	860	494.500	35,06	705	117	100	99	341.550	24,22
2013	12	1.410.430	3.539	2.500	863	855	491.625	34,86	705	117	99	98	338.100	23,97
2014	1	1.410.430	3.539	2.500	817	797	458.275	32,49	705	117	93	91	313.950	22,26
2014	2	1.410.430	3.539	2.500	821	809	465.175	32,98	705	117	93	92	317.400	22,5

ANEXO C

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB

Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal

Unidade Geográfica: Município - BELÉM/PA

Competência: Janeiro de 2012 a Outubro de 2017

2014	3	1.410.430	3.539	2.500	826	814	468.050	33,18	705	117	94	93	320.850	22,75
2014	4	1.410.430	3.539	2.500	817	805	462.875	32,82	705	117	93	92	317.400	22,5
2014	5	1.410.430	3.539	2.500	827	815	468.625	33,23	705	117	93	92	317.400	22,5
2014	6	1.410.430	3.539	2.500	676	664	381.800	27,07	705	117	86	85	293.250	20,79
2014	7	1.410.430	3.539	2.500	728	716	411.700	29,19	705	117	90	89	307.050	21,77
2014	8	1.410.430	3.539	2.500	621	621	357.075	25,32	705	117	88	88	303.600	21,53
2014	9	1.410.430	3.539	2.500	646	646	371.450	26,34	705	117	91	91	313.950	22,26
2014	10	1.410.430	3.539	2.500	668	668	384.100	27,23	705	117	95	95	327.750	23,24
2014	11	1.410.430	3.539	2.500	610	610	350.750	24,87	705	117	88	88	303.600	21,53
2014	12	1.410.430	3.539	2.500	637	637	366.275	25,97	705	117	92	92	317.400	22,5
2015	1	1.410.430	3.539	2.500	637	637	366.275	25,97	705	117	92	92	317.400	22,5
2015	2	1.410.430	3.539	2.500	588	588	338.100	23,97	705	117	85	72	248.400	17,61
2015	3	1.410.430	3.539	2.500	572	572	328.900	23,32	705	117	84	73	251.850	17,86
2015	4	1.410.430	3.539	2.500	527	527	303.025	21,48	705	117	77	71	244.950	17,37
2015	5	1.410.430	3.539	2.500	641	640	368.000	26,09	705	117	93	92	317.400	22,5
2015	6	1.410.430	3.539	2.500	650	649	373.175	26,46	705	117	94	94	324.300	22,99
2015	7	1.410.430	3.539	2.500	658	650	373.750	26,5	705	117	95	94	324.300	22,99
2015	8	1.410.430	3.539	2.500	713	705	405.375	28,74	705	117	103	102	351.900	24,95
2015	9	1.410.430	3.539	2.500	712	704	404.800	28,7	705	117	103	102	351.900	24,95
2015	10	1.410.430	3.539	2.500	712	704	404.800	28,7	705	117	103	102	351.900	24,95
2015	11	1.410.430	3.539	2.500	641	637	366.275	25,97	705	117	100	98	338.100	23,97
2015	12	1.410.430	3.539	2.500	641	641	368.575	26,13	705	117	100	98	338.100	23,97
2016	1	1.410.430	3.539	2.500	648	648	372.600	26,42	705	117	101	101	348.450	24,71
2016	2	1.410.430	3.539	2.500	640	640	368.000	26,09	705	117	100	100	345.000	24,46
2016	3	1.410.430	3.539	2.500	631	631	362.825	25,72	705	117	99	99	341.550	24,22
2016	4	1.410.430	3.539	2.500	674	674	387.550	27,48	705	117	104	104	358.800	25,44
2016	5	1.410.430	3.539	2.500	638	656	377.200	26,74	705	117	103	102	351.900	24,95
2016	6	1.410.430	3.539	2.500	657	675	388.125	27,52	705	117	105	104	358.800	25,44
2016	7	1.410.430	3.539	2.500	639	632	363.400	25,77	705	117	103	102	351.900	24,95
2016	8	1.410.430	3.539	2.500	612	601	345.575	24,5	705	117	101	89	307.050	21,77
2016	9	1.410.430	3.539	2.500	665	651	374.325	26,54	705	117	108	97	334.650	23,73

ANEXO C

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB

Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal

Unidade Geográfica: Município - BELÉM/PA

Competência: Janeiro de 2012 a Outubro de 2017

2016	10	1.410.430	3.539	2.500	664	641	368.575	26,13	705	117	108	99	341.550	24,22
2016	11	1.410.430	3.539	2.500	593	586	336.950	23,89	705	117	102	93	320.850	22,75
2016	12	1.410.430	3.539	2.500	626	619	355.925	25,24	705	117	107	100	345.000	24,46
2017	1	1.410.430	3.539	2.500	620	613	352.475	24,99	705	117	104	103	355.350	25,19
2017	2	1.410.430	3.539	2.500	633	607	349.025	24,75	705	117	104	98	338.100	23,97
2017	3	1.410.430	3.539	2.500	616	576	331.200	23,48	705	117	102	96	331.200	23,48
2017	4	1.410.430	3.539	2.500	603	550	316.250	22,42	705	117	100	92	317.400	22,5
2017	5	1.410.430	3.539	2.500	610	574	330.050	23,4	705	117	101	95	327.750	23,24
2017	6	1.410.430	3.539	2.500	619	583	335.225	23,77	705	117	102	95	327.750	23,24
2017	7	1.410.430	3.539	2.500	609	585	336.375	23,85	705	117	101	97	334.650	23,73
2017	8	1.410.430	3.539	2.500	615	587	337.525	23,93	705	117	100	96	331.200	23,48
2017	9	1.410.430	3.539	2.500	634	614	353.050	25,03	705	117	105	102	351.900	24,95
2017	10	1.410.430	3.539	2.500	649	612	351.900	24,95	705	117	107	101	348.450	24,71