‘Posto de Saúde Não Tem Aqui’: uma análise da elaboração de itinerários de cuidado em comunidade amazônica – Belém (PA)

Thaís de Almeida Costa^a
Voyner Ravena-Cañete^b
Aderli Góes Tavares^c

Resumo: Este artigo apresenta uma análise acerca das práticas de saúde de moradores da Comunidade Bom Jesus I (Belém/PA), com o intuito de verificar os itinerários de cuidado utilizados pela população local em busca de atenção à saúde. A comunidade em questão, situada entre dois bairros periféricos na cidade de Belém (PA), passou por um acelerado processo de ocupação, o que conduziu a um desequilíbrio socioambiental – a partir disso, segundo Ravena-Cañete (2006), observa-se grande precariedade das condições de vida da população local em meio a um cenário prejudicial à dignidade humana, que afeta diretamente a qualidade de vida dessas pessoas. O estudo teve caráter etnográfico, por meio do qual foi possível observar que há uma interface entre a busca do sistema oficial de saúde e as redes de ajuda, o que expõe outras práticas e outros saberes utilizados por essas pessoas.

Palavras-chave: Itinerários de cuidado, Saúde, Comunidade, Etnografia.

Este artigo constitui parte da pesquisa de dissertação da primeira autora, e apresenta algumas reflexões acerca das estratégias adotadas

a. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia (PPGSA/ UFPA). Email: thalmeida589@gmail.com.

b. Docente do Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia (PPGSA/ UFPA). Email: ravenacanete@gmail.com.

c. Doutora em Sociologia e Antropologia (UFPA). Servidora do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas (ICSA/UFPA). Email: aderlitavares40@gmail.com.

por moradores da Comunidade Bom Jesus I, situada em bairro periférico da capital do estado do Pará, diante das dificuldades relativas ao acesso a serviços de saúde, revelando diferenciados itinerários de cuidado¹ (Bonet 2014; Scheffer, Fialho & Scholze 2009).

Nos itinerários de cuidado aos quais Helman (2003) se refere como redes terapêuticas, a pessoa, quando apresenta algum problema de saúde, pode buscar o tratamento no sistema público ou por conta própria, mas também pode recorrer ao seu núcleo familiar mais íntimo ou a outras pessoas mais próximas. Portanto, é necessário viabilizar esse olhar sobre a importância da relação entre pessoas de uma mesma família – e também entre amigos, vizinhos, conhecidos. Trata-se de uma relação que, como explicam Gerhardt, Pinheiro e Ruiz (2016), vai além do caráter biológico dos cuidados com o corpo doente, mas também se estende às relações sociais.

O *locus* da pesquisa, a Comunidade Bom Jesus I, localizada entre os bairros da Pratinha II e do Tapanã, região metropolitana de Belém (PA), apresenta condições precárias de saneamento. Mesmo após décadas de ocupação do igarapé Mata Fome, corpo hídrico em torno do qual se formou a comunidade, o poder público não estabeleceu um serviço satisfatório de abastecimento de água e de tratamento do esgoto. Essas tarefas são realizadas principalmente por meio de estratégias precárias dos moradores, o que finda por criar um quadro ambiental de severa degradação, além de favorecer o aparecimento de doenças endêmicas e mesmo epidêmicas (Silva 2000).

Um ambiente marcado por vários tipos de precariedade acaba influenciando nos determinantes sociais de saúde (DSS) de seus moradores, o que favorece o surgimento das iniquidades em saúde que, conforme Buss & Pellegrini Filho (2007), são evitáveis e desnecessárias. Há igualmente as desigualdades de renda que influenciam nas condições de bem-estar, em decorrência da precariedade de recursos e de infraestrutura (educação, saneamento, serviços de saúde etc.); os fatores psicossociais e os psicobiológicos, ligados às experiências pessoais em cenários de exclusão, o que pode levar a situações de estresse.

De acordo com a Fiocruz (s/d), os determinantes sociais não podem ser analisados unicamente pelas morbidades que podem ser causadas, pois elas influenciam diversos aspectos do processo de saúde das populações, tanto do ponto de vista individual quanto coletivo.

Durante as entrevistas, realizadas com doze interlocutores entre os anos de 2017 e 2018, alguns dos moradores relatam dificuldades em conseguir atendimento em unidades municipais de saúde ou pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (em Belém, ainda é chamada por algumas pessoas pela denominação municipal de 'Programa Família Saudável', implementado na capital paraense em 1997). Essa situação decorre da grande demanda e, no caso da ESF, também da dificuldade quanto ao registro do cadastro, que solicita a indicação do bairro onde o usuário reside (a comunidade se situa entre dois bairros). Tal quadro expressa diversas deficiências, particularmente em aspectos voltados à territorialização da Atenção Básica, uma vez que não há delimitação de áreas nas quais o serviço deveria atuar em razão de a comunidade ter passado por um rápido crescimento demográfico em curto intervalo de tempo, o que pode dificultar a adscrição (mapeamento) dessa clientela; tampouco há uma análise apropriada do ambiente, bem como das necessidades mais urgentes da comunidade.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), e os participantes assinaram um termo de consentimento informado. Os nomes usados aqui são fictícios, a fim de preservar o anonimato dos interlocutores. Assim, para o artigo, foram utilizadas entrevistas com cinco moradores da comunidade. Cinco destes interlocutores, ao relatarem seus percalços em busca de atendimento médico, também descreveram seus cuidados de saúde, e acabam por expressar um trânsito de conhecimentos que perpassam tanto o modelo biomédico quanto os saberes cotidianos, sendo que uma forma de tratamento complementa a outra. Isso mostra que o processo saúde-doença é multifacetado, haja vista que também se deve considerar a formação de redes de ajuda que se mostram muito importantes nesse processo.

A primeira seção aborda aspectos gerais da Comunidade Bom Jesus I e de que modo ocorreu seu processo de ocupação. A segunda seção analisa como o acelerado crescimento populacional, no entorno e nas proximidades do igarapé Mata Fome, sem qualquer planejamento, afeta a qualidade de vida dessas pessoas, haja vista que, em decorrência de um severo quadro de contaminação, o referido corpo hídrico, outrora fonte de alimento e lazer, passa a atentar contra a saúde dessa população, tanto pelo quadro de desequilíbrio ambiental quanto pelo de exclusão social, de uma cidade ‘à margem’ – o que dificulta o acesso dos moradores a serviços essenciais, como os de saúde. A terceira seção visa discutir algumas das estratégias utilizadas pelos moradores em busca de cuidados de saúde. Considerações finais constituem a última seção do artigo.

O processo de ocupação territorial da Comunidade Bom Jesus I

A formação da Comunidade Bom Jesus I, situada na bacia hidrográfica do igarapé Mata Fome (BHMF), 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 e que chegaram a Belém, e também de outros bairros da capital paraense. Dentre os motivos para a migração, há a busca tanto por emprego quanto por melhores condições de saúde e educação. De acordo com Cardoso, Teixeira & Ravena-Cañete (2013), muitos que vêm unicamente com essas motivações acabam se deslocando especialmente às periferias da capital paraense por não conseguirem se manter no centro da cidade, em decorrência da especulação imobiliária. Assim, o local passou por um processo de crescimento sem qualquer planejamento.

Ravena-Cañete (2006) mostra que, conforme relatos de moradores mais antigos da comunidade, o nome desse curso d’água surgiu em decorrência da abundância de alimentos ali existentes, tanto no rio quanto no seu vale. 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. Trata-se de uma área bastante afetada por processos antrópicos derivados de ocupações habitacionais irregulares em seu entorno, resultando em um quadro de degradação ambiental considerável. Tal cenário, para além da ocupação humana irregular, foi estimulado por intervenções governamentais na região metropolitana de Belém (RMB), tradicionalmente fundamentadas em projetos de drenagem, incluindo 'retificação' e impermeabilização dos canais, dos igarapés e dos rios, transformando-os assim em 'canais-esgoto' a céu aberto.

Assim, o processo de ocupação da bacia do Mata Fome, em Belém, teve início na década de 1980, quando o governo 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, ocupações espontâneas surgem nas proximidades desses conjuntos, o que ocorre, conforme Rolnik (2009), porque segmentos mais empobrecidos, devido à inviabilidade financeira, acabam por buscar habitats economicamente mais viáveis, muitas vezes precários e inseguros. O resultado, com frequência, são crises ambientais em decorrência do desmatamento e da poluição de corpos hídricos. Desde então essas ocupações se espalharam ao longo da bacia do Mata Fome, atingindo sua várzea (Silva & Luz 2016).

Leão (2017) mostra que fatores econômicos e conflitos rurais ligados à posse da terra levaram parte de uma população rural a migrar para outras cidades da região e, sobretudo a partir da década de 1960, Belém figura como o destino mais buscado pela 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. Sem opções quanto à localização e à forma de moradia, finda por buscar meios mais viáveis de habitação, e comumente isso ocorre em locais desprovidos de infraestrutura urbana.

Mariana, 75 anos, mãe de seis filhos, explica que se mudou para Belém com a família há aproximadamente 20 anos, em busca de me-

lhores condições de vida (trabalho, acesso a serviços de saúde etc.). Como outras pessoas que vieram posteriormente a fixar residência na região, o aspecto familiar é um dos principais determinantes que contribui para que esses migrantes consigam se estabelecer na cidade. Assim, a interlocutora explica as motivações que trouxeram sua família a Belém:

Nós viemos *pra* cá porque lá não tinha trabalho assim, sabe? Não tinha trabalho *pros* meus filhos, *pro* meu marido. Aí eu vim primeiro com os meninos. 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. Depois, com um mês e pouco, ele veio atrás. Nós não fomos mais *pra* lá. Nós ficamos aqui. (Mariana, 75 anos).

Por questões familiares, Mariana e sua família saíram de Marituba (município integrante da RMB) e se mudaram para uma cidade da Ilha do Marajó, onde viveram por dois anos. De lá, retornaram para Belém em razão das escassas oportunidades de trabalho, porque a renda que um de seus filhos conseguia com o trabalho em olaria, o qual oferecia risco de acidentes, era muito baixa. Sobre isso, Mariana relata: “Ele trabalhava em olaria, de tijolo. Eu tinha medo porque é arriscado, né? Aí os meninos, os outros dois, disseram: ‘olha mamãe, nós vamos embora daqui, aqui não dá *pra* nós’”.

Muitos optam pela metrópole 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. Dessa maneira, a adaptação à vida cidadina significa defrontar-se com um *modus vivendi* bastante diferente (Trindade Jr. 2016).

Pedro, 23 anos, morador da comunidade há mais de 15 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, que grande parte dos terrenos era alagada ou alagadiça e que passara por um processo de

aterramento, sobretudo nas principais vias, o que permitiu que 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 *nê*, 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 etc. (Pedro, 23 anos).

Figura 1: Trecho do igarapé Mata Fome. Foto: Thaís Costa (2017).

O processo de ocupação do local teve início na década de 1980 e intensificou-se na década de 1990. O aterramento de ruas ocorreu somente em meados dos anos 2000. Pedro também chama atenção

para aspectos relacionados à saúde dos moradores, uma vez que antes de passar pelo processo de aterramento, se encontravam bastante expostos a 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. 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. Em algumas delas, os moradores ainda dependem de pontes para circular, como observado na Figura 1.

Essas pontes são vistas com frequência, tratando-se muitas vezes de construções irregulares que oferecem risco de quedas. É possível observar o desnivelamento das casas. A foto (Figura 1) foi tirada em dezembro de 2017, quando já se iniciava o período de chuvas, mas é perceptível o ponto alto em que as moradias precisam ser edificadas em decorrência do nível das águas, especialmente quando o índice pluviométrico é maior.

No que diz respeito à ocupação de áreas alagadas/alagáveis em Belém, o tipo mais comum de assentamento precário é a chamada *baixada*, que é marcada por uma maior densidade populacional e 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 cidade informal, que está à margem, formada a partir da ocupação de terras desvalorizadas pelo mercado formal (Rodrigues *et al* 2014).

A próxima seção mostra como o acelerado processo de ocupação urbano, principalmente às margens do igarapé Mata Fome, promoveu um quadro de desequilíbrio ambiental e socioeconômico que acabou por violar a integridade humana, visto que fere o estabelecimento de direitos sociais elementares, como a saúde, ao passo que o recurso hídrico, antes tido como um espaço vital para a manutenção da subsistência e promoção do lazer, agora traz, em meio aos resíduos sólidos, orgânicos e inorgânicos, microrganismos que atentam contra a saúde humana.

Como o acelerado processo de ocupação influencia na qualidade de vida da comunidade?

De acordo com Ravena-Cañete (2006), 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. O povoamento 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, com frequência, conduz a grandes mudanças no ambiente, causando deterioração. O atual quadro do igarapé é corroborado pelo relato de Luiza, 37 anos, que mora nas proximidades desse corpo d'água: "Às vezes aqueles homens que ajeitam ali o canal, vem ajeitar aqui [...] da Prefeitura, vem *pra* limpar tudinho".

Luiza é mãe de duas meninas (15 e 14 anos), e migrou para Belém há 10 anos em decorrência de problemas de saúde da filha mais nova. Seu marido conseguiu emprego e a família se estabeleceu na comunidade, nas proximidades do igarapé Mata Fome. Antes de se fixar em Belém, residiu em outras cidades do interior do Pará. Luiza explica que há demora na realização do serviço. Todavia, no momento da entrevista, foi possível observar alguns trabalhadores fazendo a limpeza nas margens do igarapé, recolhendo o lixo que é despejado naquele local:

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

Como observam Carmona *et al* (2010), o processo de povoamento sem qualquer organização na área do igarapé Mata Fome e o acelerado crescimento populacional levaram a um grande impacto ambiental na região, em decorrência da retirada da vegetação de várzea e da construção de palafitas em seu lugar. A madeira utilizada para a edificação das habitações era extraída da própria mata, no entorno do

igarapé. Isso trouxe muitos prejuízos à qualidade do ambiente, uma vez que dejetos e matérias orgânicas e inorgânicas eram e são jogados diretamente nesse corpo hídrico.

Na Figura 2, 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. Pode-se observar a aglomeração irregular nas adjacências e também a presença da vegetação de várzea, ainda que escassa:

Figura 2. Lançamento de esgoto no igarapé Mata Fome, na Comunidade Bom Jesus I. Foto: Thaís Costa (2017).

Maricato (2000) afirma que regiões ambientalmente frágeis, tais como rios, igarapés e áreas alagáveis, são os locais que restam a essa

população excluída da cidade. Há várias consequências desse processo, como a poluição de cursos d'água, enchentes, epidemias etc. As pessoas fixadas nesses locais moram em residências muitas vezes inapropriadas, além de, conforme a autora, serem tidas como inimigas da qualidade de vida e da natureza. Tais aspectos podem ser vistos na Comunidade Bom Jesus I.

Pedro recorda-se do igarapé como espaço de sociabilidade, no qual famílias que moravam na comunidade se reuniam, constituindo-se um local de lazer, o que deixou de ocorrer conforme o curso da contaminação das águas acontecia em razão da acelerada ocupação em suas proximidades. A pesca era prática comum, mas em decorrência do grau de poluição em que se encontra, tal atividade foi reduzida drasticamente:

Uma tarde como hoje, sábado, iam famílias *pra* lá, assar seu churrasco, às 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, 50 anos, mãe de Pedro, lembra-se da pesca no local, mas não conseguia identificar se os 'ribeirinhos' eram, de fato, moradores, uma vez que ela não sabia se eram da comunidade ou da região das ilhas. Na verdade, há pessoas que ainda realizam tal prática. 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 estava cheia... A gente só ia *pra* lá quando a maré estava cheia, *né*, filho? Alguém ia ver se a maré estava cheia, [...] aí diziam: "a maré *tá* cheia", a gente ia, e os ribeirinhos sempre tiram muito açaí daí, *né*, peixe, eles pescam à noite [...] ribeirinho, assim, na realidade não sei nem *te* dizer se é ribeirinho mesmo, mas os ribeirinhos que vendem açaí, são. Agora os que vendem peixe, eu não sei se são daí mesmo, mas os ribeirinhos, eles vêm de outro lado, porque o açaí não tem... (Helena, 50 anos).

Os ribeirinhos aos quais Helena se refere são moradores da comunidade que realizam a pesca. Eles saem por um trecho do igarapé que

desemboca na baía do Guajará (Figura 3), local onde se pratica a pesca. O trecho da Figura 3 se localiza do outro lado da Rodovia Arthur Bernardes (paralela ao local da figura anterior). Chama ainda mais atenção pelo fato de haver um constante fluxo de canoas, indo para e vindo da região das ilhas próximas a Belém. Aqui, a interlocutora se refere a uma época em que havia se mudado há pouco tempo para a área (aproximadamente 15 anos atrás), quando existia lazer nesse corpo hídrico. 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 rica em vida, aquilo que poderia ser utilizado como fonte de alimento encontra-se agora impróprio para consumo.

Figura 3. Trecho do igarapé Mata Fome que faz ligação com a baía do Guajará.
Foto: Thaís Costa (2017).

Pedro explica que o igarapé, antes tido como fonte de vida, alimento e lazer, local de sociabilidades, tornou-se reduto de preocupações, haja vista que se encontra em avançado estado de contaminação e, quando há o aumento do nível de suas águas (o que ocorre no período do inverno amazônico), existe o receio da proximidade da água com as pessoas, tornando-se esta um vetor 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 a função de subsistência, hoje em dia, não. Hoje em dia, a chegada da água traz consigo doenças. É assim que o morador enxerga atualmente. (Pedro, 23 anos).

Desse modo, o igarapé Mata Fome, dado seu severo grau de contaminação, em meio a esse processo, teve a sua função social do passado, de provedor de alimento e de ambiente de lazer, praticamente anulada, pois, como pode ser constatado pela percepção dos moradores, este se apresenta inapropriado para uso. Como indica Maricato (2000), podem ser observados no local a dificuldade de obtenção de serviços e de infraestrutura urbana (transporte precário, saneamento deficiente, obstáculos para ingressar nos serviços de saúde, educação e creches etc.), menos oportunidades de emprego (especialmente emprego formal), maior exposição à violência, além de difícil acesso ao lazer. Ademais, quanto ao rápido processo de ocupação nessas áreas, a autora explica que é em locais desprezados pelas políticas públicas 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.

A dificuldade de acesso a serviços de saúde foi um dos principais aspectos relatados por moradores da comunidade, como, por exemplo, a distância em relação a um posto de saúde ou o fato de a ambulância do SAMU não adentrar o local em caso de emergência – este último talvez devido ao grau de insegurança presente

no local e também às precárias condições das ruas (esburacadas ou enlameadas em período de chuvas). Algumas reclamações dos moradores são:

- “Ambulância do SAMU não entra” (C., 23 anos).
- “Posto de saúde não tem aqui” (E. 41 anos).
- “O posto de saúde do Tapanã é longe” (S., 22 anos).
- “Não tem hospital próximo, nem feira, e tem 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).

O processo de exclusão, marcado pela ocupação desordenada de terras urbanas, é comumente desprezado. É como se os que se vivessem nesses locais não existissem, estão invisibilizados. Destarte, produz-se, como afirma Rolnik (2009), a cidade ‘fora da cidade’, desassistida de infraestrutura e de serviços essenciais. Tais aspectos levam a refletir sobre a saúde no ambiente da cidade, 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 e o desemprego, o que afeta a qualidade de vida dos cidadãos, sendo que os segmentos mais empobrecidos são os mais atingidos, pois, muitas vezes, vivem em locais mais instáveis, com infraestrutura precária (saneamento, educação, transporte, segurança, moradia etc.).

A próxima seção aborda estratégias adotadas por alguns dos moradores da referida comunidade em busca de cuidados de saúde, que podem transitar entre a rede oficial de saúde e outras formas de tratamento. Propõe-se compreender alguns dos caminhos percorridos em busca da solução para os problemas de saúde dos moradores e a adesão a determinado tipo de tratamento diante de uma variada rede de possibilidades.

Itinerários de cuidado entre os moradores da comunidade: interface entre o (difícil) acesso a serviços de saúde e as redes de ajuda

Como exposto brevemente na introdução e ao final da seção anterior, a dificuldade de acesso a serviços de saúde é recorrente entre os moradores da Comunidade Bom Jesus I (como é também para parte considerável dos moradores de Belém). Como indica Cohen (2004), a instituição de um espaço adequado para o ambiente propício à saúde precisaria do acompanhamento de como as mudanças no meio ambiente exercem influência sobre a saúde e as conquistas de melhores condições de vida na habitação, no trabalho, na educação, na cidade e no lazer. Isso ocorreria por meio da elaboração de políticas públicas capazes de atender às necessidades da população e à própria dinâmica urbana, pensando em buscar caminhos para a melhoria dos níveis de qualidade de vida. Entretanto, a situação da comunidade se mostra completamente oposta, em decorrência de fatores tais como serviços urbanos insuficientes, violência, e carência de escolas e de postos de saúde, o que reduz substancialmente a qualidade de vida dessas pessoas.

Esta seção aborda que, além das dificuldades que alguns dos interlocutores enfrentam para conseguir atendimento médico em diferentes equipamentos de saúde, algumas dessas pessoas também elaboram as próprias estratégias no enfrentamento a quadros de doença. Os conhecimentos adquiridos por meio de suas experiências cotidianas e de relações familiares, com vizinhos e conhecidos, constituem-se, desse modo, de um repertório de cuidados que vai além do modelo biomédico e que também reflete suas experiências de vida: seus itinerários de cuidado.

Para conseguir consultas na rede pública de saúde (no caso, em uma UMS localizada no bairro do Tapanã), Luiza indicou algumas dificuldades: “Olha, a gente tem que ir de madrugada daqui *pra* pegar ficha [...] às vezes vou cinco da manhã, aí amanhã não vai dar *pra* ir, que é quatro da manhã. Dizem que é *pra* eu ir, só que não dá *pra* ir”. A UMS do bairro do Tapanã localiza-se relativamente distante da co-

munidade. Em conversas com moradores, foi possível constatar que alguns deles precisam se deslocar de moto-táxi. Além disso, a UMS atende moradores do referido bairro, bem como parte da população do Pratinha II e de localidades vizinhas.

Sobre a oferta do medicamento na unidade, Luiza explica que a disponibilidade muitas vezes ainda é insuficiente. Ela afirma que com frequência é necessário comprar a medicação, o que se torna custoso em razão da impossibilidade de arcar com os gastos. A distribuição de medicamentos é uma preocupação, pois muitas vezes os remédios são caros, o que faz com que o paciente não consiga seguir o tratamento indicado pelo médico:

Eles dão, mas quando não 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 chegar aí no posto. (Luiza, 37 anos).

Luiza, durante a entrevista, relatou que é portadora de diabetes. Quando questionada sobre a forma de tratamento da doença, ela explicou:

É tomando remédio, só que o remédio agora acabou. Aí tem que ir de novo, fiz tudo de novo, né? Os exames, 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).

Também é 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 em longo prazo. A dificuldade de obtenção de serviços de saúde, assim, acaba ampliando o problema.

Segundo Canesqui (2015), o processo que vai além das condições precárias de vida ou mesmo a carência de recursos financeiros na aqui-

sição de medicamentos envolve uma série de fatores, o que pode inviabilizar a adoção de uma forma de cuidado. 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.

No caso de Luiza, como ela é portadora de uma doença que requer cuidados especiais, acabou recorrendo ao serviço público de saúde. No entanto, como a referida UMS não oferecia o medicamento para o tratamento de diabetes há bastante tempo e a moradora não tem condições financeiras de adquirir a medicação por conta própria, a entrevistada se encontrou impossibilitada de dar continuidade a seu tratamento.

Já Artur, 57 anos, natural de Belém, mudou-se para a comunidade com o intuito de ter um imóvel próprio. Residente na comunidade 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; eles olham só *pro* lado do centro da cidade, às vezes não olham *pra* lado nenhum, aí fica complicada a situação”.

Quando questionado se utilizava a UMS do Tapanã, 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 quatro horas lá”. Ele também justifica o fato de não ter utilizado mais o serviço:

Não, não usei. Porque 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 [distrito de Belém], porque é mais certo, mais aconselhável, porque aí quase não tem atendimento, os médicos falham muito. (Artur, 57 anos).

A ocupação desordenada de espaços urbanos em direção às áreas periféricas exerce grande influência no modo como os serviços urba-

nos são ofertados à população, incluindo os de saúde. Assim, como mostra Silva (2000), os segmentos mais empobrecidos da população, além de sofrerem maior exposição a doenças, recebem menos cuidados preventivos, o que intensifica as chances de uma enfermidade. Ao adoecerem, por sua maior vulnerabilidade, os mais pobres, além de viverem uma série de situações e experiências de maior risco, com frequência enfrentam mais barreiras no acesso à atenção à saúde de maior qualidade.

Ademais, parte considerável da população da Comunidade Bom Jesus I encontra obstáculos para se beneficiar de equipamentos de saúde, seja pela distância em que se encontram, seja pela dificuldade na realização de inscrição nas UMS, ou mesmo pela ausência de agentes comunitários de saúde (ACS) na área. Artur cita como opções a UMS do bairro da Pratinha I, e o Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF), da Pratinha I, sobre o qual afirma: “me dou demais com o pessoal de lá”, pois se trata, de certa maneira, de um elemento facilitador no cadastro e no agendamento de consultas para as pessoas que o procuram.

O PSF foi implementado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS). Trata-se de um programa de Atenção Básica 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. 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 (Comissão Nacional... 2008; Couto & Marin 2009).

Já em Belém, 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-sanitária do município. Assim, o PFS tinha como objetivo a organização de toda a atenção primária (básica) na

capital. (Vieira, Oliveira & Ferla 2010). No entanto o que se observa é que o número de habitantes da comunidade cresceu consideravelmente nos últimos anos, mas não houve a expansão necessária do programa para a localidade.

Posteriormente, com a ampliação da Atenção Básica em território nacional, por meio da criação de serviços de apoio e da concepção de que esta consiste em uma ação que deveria estruturar o Sistema Único de Saúde (SUS) na condição de elemento organizador dentro da rede, escolheu-se denominar tal ação como Estratégia Saúde da Família (ESF) (Franco 2014). A atual ESF, todavia, recebe ainda a denominação de Programa (ou Casa) Família Saudável por alguns moradores da comunidade.

O relato de Artur mostra que a rede de saúde, ainda que com dificuldades de acesso, consiste, em concordância com Guimarães (2001), 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 determinada função. Cada um deles, tais como os profissionais de hospitais e de unidades básicas de saúde, usuários dos serviços (como é o caso do entrevistado), entre outros, tem um importante papel nessa rede de relações.

O interlocutor ajuda alguns amigos, conhecidos e parentes de amigos a conseguir agendamento de consulta em uma UMS um pouco mais próxima (no bairro Pratinha I), por conhecer alguns dos profissionais que lá trabalham. O fato de não cobrar qualquer tipo de compensação financeira de certo modo contribui para a ampliação do número de pessoas que o buscam: “[...] dentro da Unidade de Saúde [...] vejo o que a pessoa precisa [...], aí eu vou ‘marcando’ conforme o grupo vai precisando e conforme também as pessoas precisam, entendeu?” (Artur, 57 anos).

Portugal (2007) observa que os laços sociais têm grande influência nas decisões (no caso do interlocutor, permite que, por meio de seus contatos, as pessoas recebam a ajuda de que precisam) e também fortalecem o sentimento de identidade e reconhecimento, além de

conferir apoio emocional. Berkman (1984) também destaca que as relações sociais podem proporcionar integração ou senso de pertencimento, pois a partilha de experiência, por meio da qual os sujeitos compartilham preocupações por situações semelhantes ou mesmo seus objetivos, é outra função das redes. Amigos, colegas e vizinhos, na maioria das vezes, fornecem esse senso de integração e fortalecimento de vínculos com o outro, o que se expressa no relato de Artur, que ajuda os que o procuram, seja pedindo uma informação ou mesmo acompanhando para uma consulta.

Artur também fala sobre o grupo de oração da igreja que frequenta (uma Igreja Católica próxima à residência), 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 dirige à casa do indivíduo que fez a solicitação, e então realizam orações e preces, visando confortar tanto o doente quanto a família:

É o 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 fala: “Tá na hora de procurar casa *pra* fazer oração, um grupo de orações” e tal, aí, como eu fazia parte desse grupo de orações, eu trago todo mundo. [...] na outra casa mais lá na frente, naquela casa que eu vejo que são católicos, eu vou e levo, *pra* gente fazer uma oração, dá paz *pra* família, tudo isso, entendeu? (Artur, 57 anos).

Gutierrez & 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, caracterizada pelo saber biomédico, con-

siste 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 e o apoio emocional.

Nota-se aqui que o grupo de oração também proporciona uma forma de suporte. Muitas pessoas buscam não somente solução para suas enfermidades, mas também conforto espiritual. O rápido crescimento da cidade e com isso o aumento das demandas por serviços públicos (o que comumente não é atendido), bem como a diminuição de direitos básicos, faz com que diferentes formas de ajuda mútua existentes sejam percebidas pelos segmentos sociais, notadamente aqueles que se encontram mais desassistidos. 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 apoio emocional.

Mariana, em contrapartida, explicou que busca atendimento médico na 'Casa Família Saudável' do bairro Pratinha I, onde se consulta regularmente. Em seu relato, afirmou que se trata de um atendimento muito rápido, no qual não ocorre um aprofundamento acerca do estado de saúde do usuário. É claro que somente a partir da entrevista não é possível ter uma ampla visão sobre a situação do programa no momento, todavia proporciona um breve olhar sobre o modo como a relação médico-paciente é conduzida:

Ela só passa o remédio, pergunta como eu tô, o que que tô sentindo, essas coisas assim. Aí ela diz: "Vou passar uns exames *pra* ti, *pra* 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, 75 anos).

Como Valla (2005) afirma, a demanda é muito grande, e aspectos como o acesso aos serviços e a resolutividade dos problemas ficam

comprometidos, o que faz com que as consultas tenham uma duração muito curta. Dessa maneira, os profissionais têm condições limitadas de se dedicarem a um problema levado pelas classes populares aos serviços de saúde. Por sua vez, a integralidade² preconizada pelo SUS, como apontam Albuquerque & Stotz (2004), encontra obstáculos para ser efetivada, haja vista que exige transformações na dinâmica de trabalho dos profissionais e na relação médico-paciente no consultório, onde as ações curativas ainda se encontram distantes dos preceitos da promoção da saúde.

A promoção da saúde, por sua vez, como indica Buss (2000), é marcada pelo destaque aos determinantes gerais acerca das condições de saúde. Parte-se da premissa de que a saúde resulta de uma série de aspectos ligados à qualidade de vida, quando o indivíduo tem acesso à boa alimentação, à habitação adequada, ao saneamento, ao trabalho e à 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 das comunidades em tomadas de decisão; aspectos dos quais, no entanto, parte substancial da área encontra-se destituída.

Mariana explica que, além de consultas regulares ao médico, também recorria a plantas medicinais para controle do diabetes, mas que não as emprega mais porque não há quem possa comprar:

Não, nunca mais eu usei. Quando meu marido ainda era vivo eu usava porque ele ia comprar lá no Ver-o-Peso [mercado ao ar livre, situado no bairro do Comércio, em Belém, onde são comercializados alimentos, ervas medicinais, artesanato, entre outros], como a pata-de-vaca [planta medicinal], é bom *pra* diabete, a insulina³ [planta medicinal] é *pra* diabete. Ele comprava tudo isso aí *pra* mim, aí eu tomava o chá, sabe?

Ela também fala de alguns aspectos dessa planta medicinal:

Ela é igual a um *cipozinho*, 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, 75 anos).

Boltanski, Loyola & Machado (2004) também lembram que a prática médica oficial, que ocorre pela recorrência ao médico e pela observação de suas prescrições, e as práticas no âmbito familiar pode acontecer simultaneamente e se complementam. Seria como se a medicina familiar fosse aplicada dentro de limites preestabelecidos e, também, seguisse normas que definiriam os meios terapêuticos que tem o direito de utilizar. Conforme o autor, os antigos conhecimentos médicos populares eram saberes ditos 'comuns' a todos, sendo constituídos pelo que ele denomina de duplo repertório: repertório de doenças e repertório de remédios. No caso de Mariana, são de conhecimentos repassados de geração em geração e que perduram, sobretudo entre os mais velhos. Constituem-se de uma resolutividade para atender suas necessidades no que diz respeito aos seus cuidados de saúde.

Como se observa no caso de Mariana, de acordo com Loyola (1984), quando uma pessoa não segue unicamente a prescrição médica, mas também recorre a outros meios de tratamento, não se trata somente da falta de recursos financeiros, mas também de uma crença popular, uma concepção de mundo. Como afirma Teixeira (2002), é fundamental unir o cotidiano e as experiências pessoais com os cuidados da saúde, pois, ainda que o modelo biomédico seja responsável por grande parte da investigação médica, trata-se de apenas uma parcela, se comparado à arte de curar em sua totalidade. É preciso também, como explica a autora, considerar todas as redes no cuidado da saúde.

Ainda no que tange ao acesso a serviços de saúde, Pedro, por sua vez, fez importantes observações sobre os equipamentos de saúde na Comunidade Bom Jesus I. Ele estabeleceu algumas comparações entre o bairro em que vivia anteriormente (Jurunas) e a comunidade que merecem destaque:

Eu tinha acesso a serviços de saúde bem melhores lá no [bairro do] Jurunas, do que aqui [...] ali pela [Travessa] 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 Magnas, 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, de 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 certa deficiência, 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 termos de serviços de saúde, mas serviços urbanos de uma forma geral. (Pedro 23, anos).

A fala de Pedro leva a refletir sobre a saúde no ambiente urbano, visto que o acelerado processo de urbanização traz consigo implicações socioeconômicas, causando impactos à saúde, em decorrência de aspectos como a poluição, a crescente violência e o desemprego, o que afeta a qualidade de vida dos cidadãos, sobretudo em áreas periféricas, sendo que os segmentos mais empobrecidos são os mais atingidos, pois, muitas vezes, vivem em locais ambientalmente mais instáveis e com infraestrutura precária.

Como observam Barcellos *et al* (2002), pessoas em locais de pior nível socioeconômico mostram, na maior parte das vezes, piores condições de saúde. Enquanto uma área com maiores níveis de renda geralmente oferece uma melhor oferta de serviços urbanos, como 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.

Helena, 50 anos, mãe de Pedro, explica que, há mais de 10 anos, havia visita regular de uma ACS que realizava o cadastro de famílias e a marcação de consultas, o que não ocorre atualmente, sendo agora necessário enfrentar grandes filas para conseguir atendimento, algumas vezes sem sucesso:

É o [Programa] Família Saudável [atual ESF]. Então eles cadastravam a gente, as famílias, nos bairros. E nós, automaticamente, ela [a ACS] marcava. Por exemplo, eu queria um clínico geral, ela passava todo mês: “Vamos fazer o exame de Pedro, 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 muito bom nesse quesito. Hoje em dia não tem mais. Hoje em dia tu enfrenta uma fila *pra* tu conseguir marcar uma consulta. É muita gente, uma fila enorme. (Helena, 50 anos).

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. Como nos últimos anos a Comunidade Bom Jesus I passou por um rápido processo de crescimento populacional, a crescente demanda não foi acompanhada por uma expansão da oferta de tais serviços. Em vista disso, para que haja a universalização dos serviços de saúde recomendada pelo SUS, é necessária a organização do território, e isso só é possível por meio da análise do ambiente e das necessidades dos moradores. Assim, o conhecimento do local onde ocorrem as ações da ESF é imprescindível, pois permite analisar aspectos socioeconômicos da comunidade sob seus cuidados.

Pedro explica que, com o passar do tempo, por meio de ações como aterramento de ruas, os moradores ficaram um pouco menos expostos a doenças. Todavia, como já mencionado, a comunidade passou por um rápido processo de ocupação e isso ocorreu de maneira desordenada, 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 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 urba-

nização, 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 estava falando há pouco, agente de endemias,⁴ agente comunitário, hoje em dia a gente não tem. (Pedro, 23 anos).

Franco & Merhy (2003) lembram que, quando se considera um local delimitado pela ESF, pode-se falar de uma configuração territorial que tem determinadas características, naturais ou de interferência humana (como é o caso da comunidade), o que causa grande influência no processo saúde-doença de uma população. Como inicialmente havia um número menor de habitantes, era mais viável o controle sobre as visitas às residências e quanto às necessidades de saúde da população, bem como seu mapeamento. Dessa maneira, o rápido crescimento populacional e os investimentos insuficientes que não acompanharam a crescente demanda podem ter interferido decisivamente na oferta desse serviço.

Segundo Barata (2009), tais fatores afetam a saúde dos indivíduos, representando, cada um deles, um conjunto de determinações e mediações cujo resultado 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 que podem ser denominadas de iniquidades. Os precários investimentos nessa área refletem no atendimento prestado à população. Em regiões periféricas, essa situação se torna ainda mais crítica em decorrência de fatores como: serviços urbanos insuficientes, violência, carência de escolas e de espaços de saúde, o que reduz substancialmente a qualidade de vida dessas pessoas.

Essa dificuldade de acesso aos equipamentos de saúde se reflete na fala de Pedro. O interlocutor também relatou que sua família se utiliza algumas vezes da automedicação e emprega receitas aprendidas com vizinhos e familiares, repassando uns aos outros. Assim, o conhecimento popular ainda se faz presente e a troca de conhecimentos 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, a gente ia ao posto. Às vezes a gente não tinha um atendimento legal, 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 vovó, aprendeu com a vizinha [...]. (Pedro, 23 anos).

O ato de automedicar-se pode estar ligado ao fato de sentirem que o remédio prescrito lhes causa diferentes reações, e buscam utilizá-lo com outros. Assim, a automedicação, de acordo com Oliveira (1985), mostra que o enfermo acaba por definir o que considera mais adequado tomar ou fazer em algumas circunstâncias. Para o caso empírico em questão, no entanto, na ausência de acesso a outras trajetórias de cuidado, certamente a solução apontada figura como 'a solução'. Não se trata de julgar o morador sobre qual opção seria a mais adequada, mas salientar que em muitos casos ela é a única.

Segundo Helman (2003), o autocuidado tem como base conhecimentos empíricos sobre as funções corporais, além da origem do problema de saúde, e abrangem variadas substâncias, como remédios populares, remédios comerciais e conselhos de terceiros. Grande parte dos cuidados ocorre entre pessoas que mantêm laços de parentesco, vizinhança ou amizade, o que mostra que tanto o doente quanto o agente de cura têm concepções semelhantes sobre saúde e doença.

Assim, também é possível observar que a opção por determinada forma de tratamento em detrimento de outras está ligada à situação de vida em que o indivíduo ou o grupo se encontra. Logo, uma forma de tratamento (ou a utilização de diferentes formas de tratamento, concomitantemente) pode se mostrar vantajosa para alguns, conforme o contexto em que se está inserido. Dessa maneira, se faz necessário observar o que se encontra ao alcance, assim como a forma de lidar com o quadro de doença, sendo que este pode transitar entre o sistema oficial de saúde e as redes de ajuda e até mesmo o uso da medicina popular.

Laplantine & Rabeyron (1989) afirmam que o uso de diferentes medicamentos, muitas vezes os mais comuns (para dor de cabeça, febre ou resfriado, por exemplo), dizem respeito a práticas alopáticas populares que ocorrem em geral pela indicação de vizinhos e amigos. Assim, como afirma Alves (2015), as redes desempenham um importante papel na tomada de decisão no que se refere à escolha por uma forma de tratamento. Os meios de cuidado estão ligados às circunstâncias nas quais se encontram o sujeito e os que estão à sua volta. É o que Pedro explica:

Outra coisa é que antigamente a gente recorria muito às tabernas *pra* comprar os nossos medicamentos, pequenos comércios que vendem remédios “de forma ao retalho”, aos pouquinhos, como a gente diz, por pílulas. 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 *pra* comprar. Tem uma variedade maior de medicamentos ali que antes não tinha [...] Ainda tem bastante a venda dos remédios nas tabernas. A Dona Rute [nome fictício] é que funciona como uma espécie de farmacêutica da população. (Pedro, 23 anos).

As pequenas tabernas, ainda existentes em vários bairros de Belém, vendem em quantidade conforme ‘o bolso e as necessidades do freguês’, ‘a retalho’, o que alcança uma parte considerável de uma comunidade (em vez de comprar uma cartela inteira de comprimidos para dor de cabeça ou gripe, por exemplo, a pessoa compra somente um ou dois, de acordo com suas urgências). Pedro afirma que essa era uma prática comum até o surgimento de uma pequena farmácia no local, o que proporcionou um maior leque de opções à clientela.

Como Gerhardt (2006) pontua, é comum que se recorra primeiramente à automedicação em casos de problemas menos graves. Sendo o mal grave, 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 e conhecidos), juntamente com os conhecimentos biomédicos e popu-

lares, vão influenciar na avaliação do quadro de doença. Tendo tais aspectos em vista, as estratégias elaboradas pelos indivíduos, nesses casos, são criadas com base em relações sociais, sendo que cada contexto tem as suas especificidades.

Considerações finais

O artigo abordou a formação da Comunidade Bom Jesus I nas proximidades do igarapé Mata Fome (assim denominado, pois era fonte de alimento para os moradores), mostrando como a rápida e desordenada ocupação do espaço conduziu a um cenário de desequilíbrio ambiental, o que levou a um nível grave de contaminação, além de afetar a qualidade de vida de parte de seus moradores. Por essa razão, o local também apresenta uma série de obstáculos para o acesso a serviços urbanos, dentre eles os de saúde, pois, além de problemas na localização de tais serviços (a UMS do Tapanã, por exemplo, encontra-se relativamente distante da comunidade), o ingresso à rede particular de saúde para muitas dessas pessoas é inviável, dada a impossibilidade de arcar com os altos custos de procedimentos médicos. Tais indicadores evidenciam 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 afeta decisivamente a qualidade de vida dessa população, que está mais exposta a diversos tipos de doenças.

As autoras também realizaram uma análise sobre os itinerários adotados por alguns dos moradores da referida comunidade em busca de cuidados de saúde, sendo que estes podem transitar tanto pela rede oficial de saúde e como pelas práticas populares. Este artigo visou à reflexão 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; a automedicação etc.; e ressaltou as redes de ajuda como um fator de grande importância para uma população que se mostra destituída de seus direitos mais básicos. Estas facilitam, por exemplo, o acesso aos

espaços de saúde em razão da existência de familiares e conhecidos dentro desses 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 a parentes, amigos e vizinhos sobre determinadas formas de tratamento, bem como em grupos de uma igreja que buscam proporcionar conforto espiritual ao realizar orações nas residências de moradores que assim o solicitam. A alternativa do uso da indicação de algum membro da família, ou até mesmo a elaboração de um tratamento por alguém do núcleo familiar, acaba ampliando o número de possibilidades de tratamento.

O artigo também chama atenção para a situação do acesso a serviços de saúde na Atenção Básica, que se encontra em situação de alerta na capital paraense, especialmente em áreas periféricas, devido a variados fatores, entre os quais: verba insuficiente, altos custos com equipamentos, trabalhadores insatisfeitos com os salários, condições de trabalho insalubres, entre outras questões. Esse preocupante quadro pode ser visualizado não somente por meio da mídia, mas principalmente no cotidiano do atendimento do SUS, em que tais aspectos podem ser verificados em longas filas, carência de profissionais, procedimentos burocráticos longos e escassez de leitos, entre outros problemas. Dessa maneira, torna-se primordial a valorização e a defesa da Atenção Básica, sobretudo para as populações em posição de vulnerabilidade social, destituídas de direitos essenciais.

Notas:

¹ Bonet (2014) explica que o termo *itinerização* (referindo-se aos itinerários de cuidado) expressa criatividade, sendo que consiste em um sistema aberto de improvisações criativas, que pode ser empregado tanto pelos pacientes quanto por profissionais. Já Scheffer, Fialho & Scholze (2009), por sua vez, utilizam o termo *itinerários de cura e cuidado*, que abrange, conforme os autores, todos os elementos de cuidado que antecedem um agravo no quadro de saúde ou são consequentes dele.

² A integralidade é concebida como um conjunto integrado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos (Pinheiro 2009).

³ De fato, a planta insulina (*Cissus sicyoides* L.) pode apresentar um potencial no controle do diabetes. Conferir em Beltrame *et al* (2001).

⁴ O agente de combate de endemias (ACE) é um profissional que deve atuar com as equipes de Atenção Básica na ESF, em parceria com o ACS. Examina moradias, terrenos baldios e pontos comerciais para buscar focos de endemias. Também faz a inspeção de caixas d'água e telhados, aplicando larvicidas e inseticidas, além de orientar quanto à prevenção e ao tratamento de doenças infecciosas (Torres 2009).

Referências:

- ABELÉM, Auriléia. 1989. *Urbanização e remoção: por que e para quem?* Belém: CFCH/NAEA/UFPA.
- ALBUQUERQUE, P. & STOTZ, E. 2004. "A educação popular na Atenção Básica à saúde no município: em busca da integralidade". *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 8(15):259-74.
- ALVES, Paulo C. 2015. "Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença". *Revista de Ciências Sociais*, 42:29-43.
- BARATA, Rita B. 2009. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. (<http://books.scielo.org/id/48z26>; acesso em 10/12/2017).
- BARCELLOS, C. *et al.* 2002. "Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde". *Informe Epidemiológico do SUS (IESUS)*, 11(3):129-38.
- BELTRAME, F. *et al.* 2001. "Estudo fitoquímico e avaliação do potencial antidiabético do *Cissus sicyoides* L. (vitaceae)". *Revista Química Nova*, 24(6):783-785.
- BERKMAN, Lisa F. 1984. "Assessing the physical health effects of social networks and social support". *Annual Rev. Public Health*, 5:413-432.
- BOLTANSKI, L., LOYOLA, M. A. & MACHADO, R. A. (eds.). 2004. *As classes sociais e o corpo*. São Paulo: Paz e Terra.
- BONET, Octavio. 2014. "Itinerários e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold". *Rev. de Soc. & Antrop.*, 4(2):327-50.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 2011. *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)*. Brasília: Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], 204:55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

- BUSS, Paulo M. 2000. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 5, núm. 1, 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, P. & PELLEGRINI, A. 2007. “A saúde e seus determinantes sociais”. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 17(1):77-93.
- CANESQUI, Ana Maria. 2015. ‘Pressão alta’ no cotidiano: representações e experiências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- CARDOSO, B., TEIXEIRA, D. & RAVENA-CAÑETE, V. 2013. “Qualidade de Vida e Nível de Estresse: Um estudo sobre o meio ambiente urbano em duas áreas do município de Belém”. In Tobias, M. & Lima, A. (eds.): *Urbanização & Meio Ambiente*, pp. 199-224. Belém: Unama.
- CARMONA, K. et al. 2010. Ocupação urbana da bacia do mata fome, Belém-PA e sua relação com a qualidade das águas superficiais e subterrâneas. Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Águas Subterrâneas e XVII Encontro Nacional de Perfuradores de Poços. São Luiz- MA.
- CASTRO, A. & FARMER, P. 2003. “Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multirésistante”. *Anthropologie et Sociétés*, 27(2):23-40.
- COHEN, Simone. 2004. *Habitação Saudável como Caminho para a Promoção da Saúde*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- COMISSÃO Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. 2008. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- COUTO, R. & MARIN, R. 2009. “PSF e SUS: revisitando algumas ideias sobre a política de saúde no Brasil”. In COUTO, R. C. & MARIN, R. A. (eds.): *Saúde da Família: atenção primária na Amazônia*, pp. 17-27. Belém: NAEA/ UFPA.
- FIOCRUZ. Determinantes Sociais. (<https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>; acesso em 09/10/2020)
- FRANCO, Marcos. 2014. “Os modos organizativos e seus sentidos da dignidade na saúde”. In: SOUSA, M. F., FRANCO, M. & MENDONÇA, A. (eds.): *Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*, pp. 572-628. Campinas: Saberes Editora.
- FRANCO, T. & MERHY, E. 2003. “PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial”. In MERHY, E. E. et al (ed.): *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*, pp. 55-124. São Paulo: Hucitec.
- GERHARDT, T., PINHEIRO, R. & RUIZ, E. 2016. “Etnografando dádivas e fazendo aparecer o cuidado em itinerários terapêuticos: anseios e incursões de uma primeira viagem”. In GERHARDT, T. E. et al (eds.): *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*, pp. 185-201. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS/ UERJ.
- GERHARDT, Tatiana. 2006. “Itinerários terapêuticos em situações de pobreza”. *Diversidade e Pluralidade, Cadernos de Saúde Pública*, 22(11):2249-463.

- GUIMARÃES, Raul. 2001. "Saúde urbana: velho tema, novas questões". *Revista Terra Livre*, 17:155-170.
- GUTIERREZ, D. & MINAYO, M. C. 2010. "Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito familiar". *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1):1497-508.
- HELMAN, Cecil. 2003. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed.
- LAPLANTINE, F. & RABEYRON, P. 1989. *Medicinas paralelas*. São Paulo: Brasiliense.
- LOYOLA, Maria Andrea. 1984. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. Rio de Janeiro: DIFEL.
- MARICATO, Erminia. 1995. *Metrópole na periferia do capitalismo: ilegalidade, desigualdade e violência*. São Paulo: Editora Hucitec.
- _____. 2000. "As ideias fora do lugar, e o lugar fora das ideias". In ARANTES, O., VAINER, C. & MARICATO, E. (eds.): *A cidade do pensamento único. Desmanchando consensos*, pp. 121-192. Petrópolis: Vozes.
- OLIVEIRA, Elda. 1985. *O Que é Medicina Popular*. São Paulo: Abril Cultural Brasiliense.
- PINHEIRO, Roseni. 2009. *Integralidade em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- PORTUGAL, Silvia. 2007. "O que faz mover as redes sociais? Uma análise das normas e dos laços". *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 79(35-56).
- RAVENA-CAÑETE, Voyner. 2006. *A descrição do possível: a experiência de intervenção da Unama no Igarapé Mata-Fome e o levantamento de dados socioeconômicos*. Belém: Editora Unama.
- RODRIGUES, R. et al. 2014. Urbanização das baixadas de Belém-PA: transformações do habitat ribeirinho no meio urbano. Trabalho apresentado no Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional. Recife-PE.
- ROLNIK, Raquel. 2009. "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*, 11(2):31-50.
- SCHEFFER, J., FIALHO, I. & SCHOLZE, A. 2009. "Itinerários de cura e cuidado de idosos com perda auditiva". *Saúde Soc. São Paulo*, 8(3):537-48.
- SILVA, Luiz. 2000. "A ocupação do espaço e a ocorrência de endemias". In BARATA, R. & BRICEÑO-LEÓN, R. (eds.): *Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais*, pp. 139-150. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- SILVA, M. & LUZ, L. 2016. "Uso do solo e degradação ambiental: Estudo de caso da bacia do Mata Fome em Belém, Pará". *InterEspaço: Revista de Geografia e Interdisciplinaridade*, 2(7):162-178.
- TEIXEIRA, Elizabeth. 2002. "Travessias, redes e nós: complexidade do cuidar cotidiano da saúde entre ribeirinhos". In COUTO, R., CASTRO, E. & MARIN, R. (eds.): *Saúde, trabalho e meio ambiente: políticas públicas na Amazônia*, pp. 269-278. Belém: NAEA.

- TORRES, Raquel. 2009. "Agentes de combate a endemias". *Revista POLI: Saúde, Educação e Trabalho*, 1(3):16-17.
- TRINDADE JR, Saint-Clair. 2016. *Formação metropolitana de Belém (1960-1997)*. Belém: Paka-Tatu.
- VALLA, Vincent. 2005. "Classes populares, apoio social e emoção: propondo um debate sobre religião e saúde no Brasil". In MINAYO, M. C. & COIMBRA JR., C. (eds.): *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*, pp. 77-89. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- VIEIRA, J., OLIVEIRA, P. & FERLA, A. O Programa Família Saudável em Belém. (<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/131402/000762411.pdf?sequence=1>; acesso em 29/11/2017).

**'There Is No Health Clinic Here':
an analysis of the elaboration of itineraries of care in an
Amazonian community - Belém (PA)**

Abstract: This article presents an analysis of health practices of Bom Jesus I community dwellers (Belém / PA), in order to verify the itineraries of care used by the local population in search of healthcare. The community, situated between two districts, in Belém do Pará, underwent an accelerated process of occupation. This process led to a great socio-environmental imbalance, from which, according to Ravena-Cañete (2006), there is a great precarious living conditions of the population living in the area, thus generating a perverse scenario to the human dignity, directly affecting the quality of life of these people. The study had an ethnographic outline and it was noticed that there is an interface between the search of the official health system and the social networks, which exposes other practices and knowledge used by these people.

Keywords: Itineraries of care, Health, Community, Ethnography.

Recebido em abril de 2021.

Aprovado em outubro de 2021.