



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL
DO TRÓPICO ÚMIDO

Danilo Magalhães Rezegue

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BELÉM-PA:
O território e a complexidade do processo saúde-doença no bairro da Terra Firme

BELÉM/PA

2018

Danilo Magalhães Rezegue

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BELÉM-PA:
O território e a complexidade do processo saúde-doença no bairro da Terra Firme

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Planejamento do Desenvolvimento.

Linha de pesquisa: Sociedade, Urbanização e Estudos Populacionais.

Orientadora: Prof. Dra. Rosa Acevedo Marin

BELÉM/PA

2018

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

R467e

Rezegue, Danilo Magalhães

Estratégia Saúde da Família no município de Belém-PA: O território e a complexidade do processo saúde-doença no bairro da Terra Firme / Danilo Magalhães Rezegue — 2018.

101 f. : il. color.

Orientadora: Profª. Dra. Rosa Elizabeth Acevedo Marin

Dissertação(Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.

1. Território. 2. Saúde. 3. Políticas Públicas. I. Título.

CDD 616.024

Danilo Magalhães Rezegue

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BELÉM-PA:

O território e a complexidade do processo saúde-doença no bairro da Terra Firme

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Planejamento do Desenvolvimento.

Linha de pesquisa: Sociedade, Urbanização e Estudos Populacionais.

Orientadora: Prof. Dra. Rosa Acevedo Marin

Data de aprovação: 20/09/2018

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Rosa Acevedo Marin (Orientadora) – NAEA/ UFPA

Prof. Dr. Saint-Clair Cordeiro da Trindade Junior (Examinador) – NAEA/ UFPA

Prof^a. Dr^a. Jurandir Santos de Novaes (Examinador) - ICSA/ UFPA

Prof^a. Dr^a. Rosa Carmina de Sena Couto (Examinador) – ICS/UFPA

BELÉM/PA

2018

Aos trabalhadores da área da saúde que insistem, persistem e resistem na defesa do Sistema Único de Saúde como parte de um processo emancipatório de sociedade.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, este agradecimento é uma demonstração de afeto e uma manifestação de minha admiração à orientadora desta dissertação. Professora Rosa Elizabeth Acevedo Marin, obrigado por acreditar que este trabalho seria possível e por insistir na concretização desta pesquisa, mesmo diante de tantos hiatos, deslizos e obstáculos criados por este autor. Seus exemplos de capacidade técnica, de sensibilidade humana e de rigor acadêmico norteiam (e nortearão) todos os passos de minha vida daqui em diante.

Ao Núcleo de Altos Estudos Amazônicos da UFPA, espaço-lar que acolheu meus devaneios no campo da saúde e me permitiu transformá-los em produção acadêmica interdisciplinar, com foco no desenvolvimento da Amazônia.

Ao professor Saint-Clair Cordeiro da Trindade Junior e a professora Nirvia Ravena, por estarem tão presentes em minha trajetória pelos caminhos que me foram apresentados pelo NAEA.

Às professoras Jurandir Santos de Novaes e Rosa Carmina de Sena Couto por terem participado brilhantemente com rigor e seriedade da banca examinadora desta pesquisa.

Aos jovens Francisco Batista, Ingrid Louzeiro e Adriano Mendes, moradores do bairro da Terra Firme e sujeitos fundamentais para a concretização desta pesquisa, assim como ao ilustríssimo Sr. Daniel, meu guia e parceiro de muitas caminhadas durante as etapas de entrevistas realizadas no bairro.

Ao meu porto seguro, minha fortaleza, minha esposa Rafaely Sarraf Rezegue, com quem compartilhei as boas notícias e os (quase infinitos) momentos de angústia que permearam a produção desta pesquisa. Meu profundo respeito e minha eterna gratidão ao seu companheirismo.

RESUMO

No campo da Saúde Coletiva, o debate em torno das inter-relações entre território e saúde tem como um de seus *vasos comunicantes* a Estratégia Saúde Família, uma política pública pautada pelos princípios da Atenção Primária à Saúde, cuja organização do processo de trabalho segue uma lógica territorial e multiprofissional com a perspectiva de aproximar os serviços dos indivíduos, famílias, comunidades e grupos sociais. Seguindo as diretrizes teóricas da produção social do espaço e da epidemiologia crítica, esta pesquisa adota o território como categoria de análise privilegiada para a compreensão dos fatores relacionados à determinação social do processo saúde-doença, adotando como *locus* o bairro da Terra Firme em Belém – PA, bairro pioneiro durante o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família no município. Adotando como perspectiva metodológica as pistas da cartografia de orientação pós-estruturalista, após um período de imersão no território, o processo de pesquisa compreendeu o registro de 12 entrevistas abertas e semiestruturadas com agentes sociais que vivenciam ou vivenciaram o contexto histórico do bairro a partir de diferentes pontos de vista, como moradores, médico, ex-gestor, liderança afro-religiosa e lideranças populares. Observou-se que a compreensão do processo saúde-doença a partir da abordagem do território exige esforços teórico e metodológico que nos permitam compreender as dinâmicas envolvendo território e saúde para além de uma perspectiva estritamente funcionalista, de cunho administrativo-burocrático e superficialmente operacional. Trata-se de compreender o território a partir de seus aspectos relacionais, de suas simbologias e usos, além de compreendê-lo como dimensão de práticas e saberes que podem re-significar as políticas de saúde e a dinâmica de organização dos serviços a partir de uma perspectiva local.

Palavras-chave: Território. Saúde. Políticas públicas.

ABSTRACT

In the field of Collective Health, the debate about the interrelations between territory and health has as one of its communicating vessels the Family Health Strategy, a public policy based on the principles of Primary Health Care, whose organization of the work process follows a territorial and multiprofessional logic with the perspective of bringing the services of individuals, families, communities and social groups closer together. Following the theoretical guidelines of the social production of space and critical epidemiology, this research adopts the territory as a category of privileged analysis for the understanding of the factors related to the social determination of the health-disease process, adopting as locus the neighborhood of Terra Firme in Belém - PA, a pioneer neighborhood during the process of implementing the Family Health Strategy in the municipality. Taking as a methodological perspective the clues of post-structuralist orientation cartography, after a period of immersion in the territory, the research process comprised the registration of 12 open and semi-structured interviews with social agents who lived or lived the historical context of the neighborhood from different points of view such as residents, doctor, former manager, afro-religious leadership and popular leaderships. It was observed that the understanding of the health-disease process from the territorial approach requires theoretical and methodological efforts that allow us to understand the dynamics surrounding territory and health beyond a strictly functionalist perspective, administrative and bureaucratic and superficially operational. It is a question of understanding the territory based on its relational aspects, its symbologies and uses, as well as understanding it as a dimension of practices and knowledge that can re-signify health policies and the dynamics of the organization of services from a local perspective.

Keywords: Territory. Health. Public policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1 – Mapa do bairro da Terra Firme (Montese)	30
Mapa 2 – Mapa de aglomerados subnormais em Belém – PA	31
Mapa 3 – Área de atuação das Equipes de Saúde da Família nos bairros Terra Firme e Universitário/Belém-PA.	51
Mapa 4 – Mapa das entrevistas realizadas no bairro. Belém, 2017.....	71
Figura 1 - Avenida Perimetral. Bairro da Terra Firme - 2017.....	33
Figura 2 - Rua São Domingos. Bairro da Terra Firme - 2017.....	33
Figura 3 - Avenida Celso Malcher. Bairro da Terra Firme - 2017.....	34
Figura 4 - Praça Olavo Bilac. Bairro da Terra Firme - 2017.....	34
Figura 5 – Feira livre. Avenida Celso Malcher – 2017.	35
Figura 6 – Rio Tucunduba – 2017.....	35
Figura 7 – Canal da Avenida Cipriano Santos. Bairro da Terra Firme - 2017.....	36
Figura 8 – Conjunto habitacional às margens do Tucunduba. Bairro da Terra Firme - 2017..	36
Figura 9 – Área de alagamentos às margens do Tucunduba. Bairro da Terra Firme - 2018....	37
Figura 10 – Acúmulo de lixo às margens do Tucunduba. Bairro da Terra Firme - 2017.	37
Figura 11 – Rua da Olaria. Bairro da Terra Firme – 2017.	38
Figura 12 – Habitações precárias. Avenida Celso Malcher – 2017.....	38
Figura 13 – Unidade de Saúde da Família Parque Amazônia I. Av. Perimetral, 2017.	42
Figura 14 – Unidade de Saúde da Família Parque Amazônia II. Av. Celso Malcher, 2017. ...	42
Figura 15 – Unidade de Saúde da Família Terra Firme. 2017	43
Figura 16 – Unidade Básica de Saúde Terra Firme, 2017.....	43
Figura 17 – Croqui da área de abrangência. Unidade de Saúde da Família Terra Firme, 2017.	46
Figura 18 – Croqui da área de abrangência. Unidade de Saúde da Família Parque Amazônia II, 2017.	47
Figura 19 – Croqui da área de abrangência. Unidade de Saúde da Família Parque Amazônia I, 2017.	47
Figura 20 – Jovens denunciam a precariedade da saúde na Terra Firme, 2012.	78
Figura 21 – Manifestação de moradores da Terra Firme, 2013.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAGUA	Distrito Administrativo Guamá
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICAS	Índice de Contribuição aos Agravantes de Saúde
IDS	Índice de Desigualdade em Saúde
NAEA	Núcleo de Altos Estudos Amazônicos
OAPS	Observatório de Análise Política em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFPA	Universidade Federal do Pará
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	10
2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: HISTÓRICO E CONCEITUAÇÕES	18
2.1 Reforma Sanitária Brasileira e Estratégia Saúde da Família	21
2.2 Território e Políticas de Saúde.....	26
3 O BAIRRO DA TERRA FIRME: TRAJETÓRIAS E REPRESENTAÇÕES	30
3.1 Avanços e retrocessos da ESF no bairro.....	40
4 O PERCURSO METODOLÓGICO E A PERSPECTIVA CARTOGRÁFICA	53
5 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	58
5.1 Território e Biopoder	63
5.2 O Território enquanto dimensão do espaço vivido.....	69
6 TERRITÓRIO, SAÚDE E PODER: REFLEXÕES E APONTAMENTOS.....	85
REFERÊNCIAS	94

1 APRESENTAÇÃO

Nesta pesquisa realizo uma incursão teórica e prática que entendo ser limitada entre os profissionais de medicina, qual seja refletir criticamente sobre o campo da saúde e suas interfaces com aspectos da cultura, religião, política, economia, dentre outros. Nesse sentido, proponho-me aqui dois deslocamentos: o primeiro para dialogar com agentes sociais do bairro da Terra Firme em Belém, sejam aqueles inseridos em políticas governamentais de saúde, como também os moradores que vivenciam o cotidiano do bairro em suas diversas dimensões; e o segundo deslocamento, proponho a partir de uma imersão em distintos campos de conhecimento, isto é, saindo das referências do paradigma biomédico para produzir estudos interdisciplinares em saúde, o que faço tanto por inserir minha formação no Núcleo de Altos Estudos Amazônicos - NAEA, que adota essa perspectiva de construção e propagação do saber científico, como por entender que as respostas às questões de saúde pública correspondem a diálogos das ciências sociais e ciências biomédicas, afirmando novas perspectivas e possibilidades de práticas e saberes no campo da Saúde Coletiva.

Durante minha trajetória profissional como médico, a maior parte de meu campo de atuação compreendeu as ações nos serviços de atenção primária à saúde - APS, particularmente na Estratégia Saúde da Família – ESF em distintos contextos, seja no âmbito urbano seja em outros cenários, como comunidades rurais, ou ainda com populações carcerárias e centros de atenção psicossocial a indivíduos em situações de sofrimento mental decorrentes de dependência química. Ainda que sejam cenários distintos, e cada um com suas particularidades, minha prática médica, fortemente moldada pelo paradigma biomédico, muitas vezes se deparou com limitações técnicas, éticas e epistemológicas diante da complexidade do processo saúde-doença, uma vez que o saber estritamente biologicista demonstrou não ser o suficiente para oferecer um campo de alternativas de análise e intervenção em meio às múltiplas dimensões e contextos em que ocorre o processo de adoecimento de indivíduos e coletividades.

O contexto histórico e político que permeia essa pesquisa leva-nos à constante reflexão sobre os rumos das políticas públicas no Brasil, especialmente em relação ao futuro do Sistema Único de Saúde e suas políticas setoriais. Particularmente, destaco dois elementos da conjuntura nacional que me desafiam a afirmar a importância estratégica da presente pesquisa: a promulgação, no dia 15 de dezembro de 2016, da Emenda Constitucional 95/2016 (BRASIL, 2016) que, seguindo os ditames de austeridade fiscal do Governo Federal, limita durante 20 anos os gastos públicos; e a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica -

PNAB, aprovada em setembro de 2017 (BRASIL, 2017), em meio ao cenário de cortes em investimentos sociais, crise econômica e instabilidade política.

Em relação à Emenda Constitucional 95/2016, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO e a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde emitiram críticas ao conteúdo da mesma em função dos cortes ameaçarem ainda mais o já esquelético orçamento do Sistema Único de Saúde e colocarem em risco a aplicabilidade de seus princípios constitucionais com impactos diretos sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde.

No que diz respeito às modificações da Política Nacional de Atenção Básica, a 13ª edição do boletim informativo do Observatório de Análise Política em Saúde – OAPS, vinculado ao Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil 2003-2017, apoiado pelo CNPq e Ministério da Saúde, enumera diversas críticas à nova proposta, como a possibilidade de flexibilização da Estratégia Saúde da Família, colocando em risco a participação dos Agentes Comunitários de Saúde na composição das equipes multiprofissionais, atribui à equipe de saúde bucal um caráter opcional e estabelece um leque reducionista de ações e serviços como atribuições da atenção básica (UFBA, 2017).

Ou seja, em meio ao cenário de retração dos investimentos públicos em áreas sociais que ameaça a universalidade, a integralidade e a equidade do sistema público de saúde, a Estratégia Saúde da Família não escapa desse contexto, tendo seu futuro colocado em risco pelas possibilidades de desmonte impostas pela nova PNAB.

Em meio a esta conjuntura nacional, temos o contexto local na qual se desenvolve o presente trabalho. A cidade de Belém, capital do Estado do Pará, já foi citada pelo Ministério da Saúde como uma das mais exitosas experiências de implantação da Estratégia Saúde da Família no país (BRASIL, 2001).

Porém, de acordo com as estatísticas do Departamento de Atenção Básica – DAB do Ministério da Saúde, Belém é atualmente a pior capital do país em termos de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família, com apenas 24% da população sendo atendida pela ESF.

Se levarmos em consideração que o indicador cobertura populacional não engloba aspectos mais amplos relacionados ao processo saúde-doença, como satisfação dos usuários, qualidade da assistência e resolubilidade dos serviços, torna-se válido sugerir que a problemática envolvendo a atenção primária à saúde em Belém é ainda mais complexa.

Esta pesquisa circunscreve-se ao bairro da Terra Firme como unidade social de referência, que expressa, portanto, laços e vínculos de identidade coletiva construídos nas relações sociais que engendram um território, em consonância com a delimitação do objeto de

estudo. Vale destacar a importância histórica da formação socioespacial do bairro, cujas dinâmicas de luta e práticas dos agentes sociais ajudam a moldar memórias e identidades vinculadas ao território.

A Lei nº 6.973, publicada em 1975 no Diário Oficial do Município, estabelece como ordenamento administrativo a modificação do nome do bairro para Montese, como referência à batalha de Montese ocorrida durante a II Guerra Mundial, em 1945. Porém, os próprios usos e práticas dos moradores rechaçam esta denominação oficial, e vinculam sua identidade à denominação de bairro da Terra Firme, como referência ao próprio processo local de ocupação de áreas de terra mais altas em relação às áreas inundáveis próximas ao rio Tucunduba, a partir do final dos anos 1960.

O bairro da Terra Firme é um dos mais populosos de Belém, com aproximadamente 61.000 habitantes (IBGE, 2010), e seus limites administrativos são estabelecidos principalmente pelo trajeto do rio Tucunduba que intersecciona as áreas dos bairros Terra Firme, Guamá e Canudos, dentro dos limites normativos do Distrito Administrativo do Guamá, que engloba ainda os bairros Universitário, Condor, Jurunas e Cremação, se constituindo como o distrito administrativo mais populoso de Belém

Em meio ao processo de implantação da ESF no município de Belém, o bairro da Terra Firme foi um dos pioneiros, em meados dos anos 2000, na adoção do modelo de atenção primária à saúde orientado pelo Programa Família Saudável, denominação utilizada em Belém para o Programa Saúde da Família à época, com a incorporação dos agentes comunitários aos serviços de saúde e atividades balizadas pela lógica territorial de organização dos serviços, como as visitas domiciliares e adscrição de usuários.

Portanto, o bairro da Terra Firme carrega consigo uma história viva de experiências, de lutas, de narrativas, de práticas e saberes, que se expressam em múltiplas relações no território, onde os agentes sociais criam seus vínculos, estabelecem suas identidades e vivenciam a realidade da vida cotidiana do bairro. Esta dinâmica de construção de vínculos identitários presente no bairro, assim como suas experiências históricas em relação à Estratégia Saúde da Família, levou-nos a escolha do bairro da Terra Firme como *locus* desta pesquisa.

É neste contexto de inter-relações do território com o campo da saúde, tomando como foco central de análise a Estratégia Saúde da Família, que se delimita o objeto de pesquisa desta investigação. Trata-se, portanto, de investigar quais as compreensões do processo saúde-doença a partir da complexidade do território, ou seja, dos agentes sociais que vivenciam, ou vivenciaram, o processo histórico da ESF no bairro.

Esta tarefa central impõe-nos o desafio de identificar quais os agentes sociais que constroem, ou construíram vínculos com o território a partir da perspectiva da ESF sob os mais diversos ângulos e contextos sociais, assim como vivenciar a dinâmica do território pela ótica dos agentes sociais que o constroem cotidianamente, a saber, os próprios moradores do bairro.

Para delinear esta investigação e balizar o processo de pesquisa, este trabalho adota como referencial os princípios teóricos da epidemiologia crítica e seus aportes subsidiários de enfoque epistemológico à abordagem da determinação social do processo saúde-doença, com grande ênfase à contribuição de intelectuais latino-americanos no campo da Saúde Coletiva desde os anos 1970.

Vale destacar as contribuições de Donnangelo, 1976; Laurell, 1982; Breilh, 2010, assim como os autores brasileiros como Mendes, 1993; Paim, 1997, dentre outros aqui referenciados.

Ao adotar o território como categoria de análise, é importante destacar as contribuições do campo da Geografia Humana e suas vertentes da *episteme* crítica, que subsidiam as formulações teóricas sobre o território no contexto da inter e transdisciplinaridade, onde se estabelecem “vasos comunicantes” com a abordagem da determinação social do processo saúde-doença, compreendendo desde as teorias da produção social do espaço até as íntimas relações do território com outros campos do saber científico, no caso, o campo da Saúde Coletiva.

Destacam-se as contribuições de Santos, 1979; Harvey, 1980; Lefebvre, 2000, assim como abordagens territoriais de Haesbaert, 2004; Saquet, 2009, dentre outros aqui referenciados.

Com a influência do movimento da Reforma Sanitária brasileira e as conquistas constitucionais expressas nos princípios do Sistema Único de Saúde, o território ganha grande importância para a formulação das políticas de saúde no Brasil, tendo como principal expoente a Estratégia Saúde da Família.

No âmbito técnico-operacional ou jurídico-normativo, o território desponta como elemento estratégico para a organização das redes de atenção à saúde, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica e outros dispositivos como a Rede de Atenção Psicossocial e os Centros de Referência em Assistência Social.

O foco, no campo da saúde, é a iniciativa de *des-hospitalizar* o cuidado à saúde, intervindo junto aos indivíduos no âmbito das famílias, dos grupos sociais e das comunidades,

levando em consideração o contexto territorial como a dimensão em que interagem os diversos fatores que influenciam a determinação social do processo saúde-doença.

A perspectiva desta pesquisa, porém, busca valorizar a dimensão do território que vai além dos aspectos da geografia física e/ou aspectos do âmbito normativo-operacional. Busca-se ressaltar a dimensão do *espaço vivido*, tal qual proposto por Lefebvre (2000), como o território vivo, os territórios das relações sociais, políticas e culturais. O território do cotidiano, das simbologias, das crenças. A importância do *lugar* onde as pessoas constroem suas representações, seus laços e seus vínculos. É a partir dessa dimensão que se busca compreender e interpretar os riscos, os processos de adoecimento dos indivíduos e das coletividades, assim como as relações destes processos com os serviços de saúde.

A principal hipótese desta pesquisa é que a noção operacional de território adotada pelos dispositivos normativos, ainda que represente um avanço do ponto de vista epidemiológico, não compreende a complexidade das relações sociais presentes no território de atuação da Estratégia Saúde da Família.

Portanto, a partir de uma incursão metodológica que possibilita a imersão do pesquisador no território e reconhece a centralidade dos agentes sociais como sujeitos da pesquisa, há uma tentativa de superação das noções totalizantes típicas do paradigma biomédico que hegemoniza práticas e saberes no campo da saúde, reproduzindo conceitos e modelos reducionistas do processo saúde-doença visto que expressam relações de poder no e para o território.

Adota-se, então, como horizonte estratégico a noção de *democracia biopolítica*, tal como proposta por Conno (2012), no sentido de afirmar uma concepção ampliada de saúde centrada nos princípios emancipatórios dos direitos humanos, do direito à vida em sua plenitude e na construção de relações verdadeiramente saudáveis e ecologicamente sustentáveis.

Cabe ressaltar que os dados secundários sócio-epidemiológicos referentes ao bairro da Terra Firme, tais como indicadores de saúde, são restritos aos departamentos específicos da Secretaria Municipal de Saúde – SESMA que alimentam e manuseiam os sistemas de informação em saúde. Para que houvesse o acesso deste pesquisador a tais informações, seria necessário o aval de um Núcleo de Assessoria Técnica da SESMA específico para este fim, mediante a aprovação do projeto de pesquisa por algum comitê de ética em pesquisa vinculado à Plataforma Brasil.

Diante dos obstáculos para o acesso a tais dados, o que inviabilizaria o cronograma desta pesquisa, somado ao fato deste pesquisador ter sido demitido do quadro de pessoal da

Prefeitura de Belém, em setembro de 2017, optou-se por alguns ajustes no percurso metodológico que nos levaram a utilizar dados secundários de acesso livre do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, além de dados provenientes de pesquisas científicas inéditas sobre diversos cenários epidemiológicos ligados ao bairro da Terra Firme e ao município de Belém em geral.

Portanto, as informações epidemiológicas referentes às especificidades de cada unidade de saúde, assim como o acesso do pesquisador aos profissionais das equipes de saúde da família, ficaram prejudicadas, pois durante o trabalho de campo não havia a devida “autorização da SESMA” para o acesso a estes agentes sociais do bairro. Em seção específica deste trabalho, teço críticas a esta postura da SESMA no contexto da biopolítica e do biopoder, que envolvem as relações deste agente público com os profissionais que vivenciam o território da ESF.

Diante dos entraves institucionais impostos pela secretaria municipal de saúde, as visitas às Unidades de Saúde da Família resumiram-se ao contato breve e entrevista informal com o profissional responsável de cada unidade. Os dados, impressões e reflexões nesta etapa foram registrados em diário de campo, assim como foram obtidas as imagens dos croquis da área de atuação de cada unidade, por meio de registro fotográfico.

Durante a etapa de imersão no território, foram realizadas visitas domiciliares orientadas por moradores do bairro. Optou-se, como técnica de registro das informações obtidas durante as visitas, pelas entrevistas semiestruturadas gravadas por dispositivo eletrônico após o consentimento verbal de cada morador. Entrevistas abertas foram utilizadas com outros agentes sociais como ex-gestor municipal, médico, liderança afro-religiosa e liderança popular local. No total, foram realizadas e registradas 12 entrevistas, após as visitas de um total de 16 domicílios.

Ainda em relação ao trabalho de campo, vale destacar a importância da fotografia como valioso instrumento narrativo que possibilitou a captação e a sistematização de representações visuais da realidade socioespacial encontrada pelo pesquisador, permitindo apreender diversos aspectos em relação à realidade do bairro, tais como condições de habitação, saneamento ambiental, espaços públicos, lixo e serviços essenciais.

Ainda que se trate de uma pesquisa em escala local, restrita em certo ponto a um bairro da cidade de Belém, seus apontamentos, a partir de um exercício dialético, devem ser contextualizados a partir da conjuntura local, nacional e até mundial em que vivemos.

O resgate dos debates que influenciaram o movimento da Reforma Sanitária, nos idos de 1970 e 1980, que culminaram nas conquistas expressas na Constituição Federal de 1988

quanto à criação do SUS, devem fazer parte de nossas reflexões e práticas no campo da saúde cotidianamente. Os princípios da APS incorporados às práticas e organização do trabalho da ESF e o contexto de cada território, devem ser analisados pela perspectiva do direito à cidade, da participação popular como estratégia de emancipação, de repensar o modelo assistencial em saúde com vistas ao enfrentamento do paradigma biomédico como modelo hegemônico de práticas e saberes no campo da saúde.

Tomando estas considerações como horizonte estratégico, esta pesquisa adota como orientação metodológica uma perspectiva cartográfica no sentido proposto por Deleuze e Guattari (2011), considerando o caráter processual do objeto de estudo, a saber, as estratégias e práticas de saúde no território.

Ao propor a imersão no território como possibilidade de contato com experiências e subjetividades em conexão com seus contextos sociais, além de considerar os agentes sociais como sujeitos protagonistas da pesquisa, este trabalho dispôs de ferramentas e técnicas durante o trabalho de campo como observação-participante, entrevistas semiestruturadas e entrevistas abertas, para o maior detalhamento possível do objeto de estudo em questão.

Os dados da observação participante foram registrados em diário de campo, assim como foram utilizados também os registros fotográficos como forma de representar uma descrição parcial do território. Uma breve análise documental nos fez resgatar documentos jurídicos e matérias jornalísticas que contextualizam determinado período histórico em relação ao objeto de estudo em questão.

Sobre as entrevistas semiestruturadas, realizadas durante visitas domiciliares com moradores do bairro, um roteiro previamente elaborado pelo pesquisador norteou as questões abordadas em relação ao contexto da relação dos mesmos com o território e os serviços de saúde do bairro. Os dados obtidos foram categorizados em núcleos temáticos e discutidos a partir da perspectiva dos referenciais teóricos utilizados como embasamento científico desta pesquisa.

Em relação às entrevistas abertas, as mesmas foram aplicadas com agentes sociais específicos, identificados a partir da realidade vivenciada pela imersão no território e de acordo com o envolvimento de cada um com o objeto de estudo. Foram aplicadas entrevistas abertas, cada uma com uma questão norteadora cuja temática está atrelada ao processo de identificação de cada agente social com o território e o contexto da pesquisa.

Esta pesquisa, de cunho qualitativo com orientação metodológica de perspectiva cartográfica pós-estruturalista, aborda categorias, noções e conceitos como território, saúde e poder, dentro de uma lógica que reconhece a complexidade dos fenômenos correlatos, a

processualidade histórica, cultural e política do objeto de estudo em questão, além de ressaltar o protagonismo dos sujeitos da pesquisa.

Como forma de sistematizar o percurso desta investigação científica, propõe-se didaticamente a subdivisão deste trabalho nos seguintes capítulos:

Neste primeiro capítulo, proposto como Apresentação, contextualiza-se o tema proposto pelo trabalho, delimitando o objeto de estudo em meio ao referencial teórico adotado pela pesquisa, e apresenta aspectos introdutórios do percurso investigativo e metodológico adotado pelo pesquisador.

No segundo capítulo, o enfoque é direcionado aos debates em torno das concepções de Atenção Primária a Saúde e, por conseguinte, um breve histórico e contextualização da Reforma Sanitária brasileira, a criação do Sistema Único de Saúde e a adoção da Estratégia Saúde da Família como estratégia prioritária de reorientação do modelo assistencial em saúde no Brasil.

Já o terceiro capítulo aborda os aspectos socioespaciais do bairro da Terra Firme enquanto *locus* de pesquisa e apresenta um breve histórico da Estratégia Saúde da Família no bairro.

No quarto capítulo, aprofunda-se o detalhamento e as referências teóricas da opção metodológica adotada pelo pesquisador para abordar o objeto de estudo em questão. Apresentam-se conceitos a respeito da perspectiva cartográfica pós-estruturalista, sua importância para o campo da Saúde Coletiva e as nuances metodológicas utilizadas no percurso investigativo, assim como apresenta contextualizações gerais e descritivas em relação ao *locus* de pesquisa.

O quinto capítulo apresenta o *locus* de pesquisa numa perspectiva do território vivo, do espaço vivido, das experiências subjetivas e das representações registradas durante o trabalho de campo.

Por fim, no sexto e último capítulo, o autor propõe debates, reflexões e análises críticas sobre os desdobramentos da pesquisa numa perspectiva histórica sobre território, saúde e poder.

2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: HISTÓRICO E CONCEITUAÇÕES

A Atenção Primária à Saúde, compreendida como o primeiro nível de acesso à rede de serviços de um sistema de saúde, exige uma análise conceitual que ofereça a capacidade técnica e institucional de abordagem da saúde centrada na pessoa, considerando a complexidade de problemas que se apresentam neste nível de atenção.

Para Starfield,

A atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os níveis dos sistemas de saúde. [...] aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. [...] lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. (STARFIELD, 2002)

Porém, ao abordarmos os serviços de saúde a partir da perspectiva dos princípios da APS, além de discutirmos modelos de organização dos serviços, faz-se necessário uma discussão mais criteriosa sobre concepção de saúde.

A Declaração de Alma – Ata, resultado da primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada no Cazaquistão em 1978, representou um marco no âmbito das políticas de saúde. O documento oficial afirma a saúde como direito humano fundamental e aponta claramente a relação entre condições de saúde e às iniquidades decorrentes das contradições do desenvolvimento econômico e social, assim como afirma a atenção primária como estratégia de superação das iniquidades e promoção de justiça social:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automediação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978)

Além da Declaração de Alma-Ata, outro marco histórico no âmbito das políticas de saúde a nível mundial foi a publicação da Carta de Ottawa, no Canadá, em 1986, a partir da qual emanava a ideia de promoção da saúde:

Nossas sociedades são complexas e inter-relacionadas. Assim a saúde não pode estar separada de outras metas e objetivos. As inextricáveis ligações entre a população e seu meio-ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde. O princípio geral orientador para o mundo, as nações, as regiões e até mesmo as comunidades é a necessidade de encorajar a ajuda recíproca – cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio-ambiente natural. A conservação dos recursos naturais do mundo deveria ser enfatizada como uma responsabilidade global. Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável. (CARTA DE OTTAWA, 1986)

Ambos os documentos, *Declaração de Alma-Ata*, em 1978, e *Carta de Ottawa*, em 1986, são alicerces de uma formulação que a Organização Mundial da Saúde – OMS desenvolve como estratégia de desenvolvimento global pautado pela ótica da sustentabilidade e da justiça social, denominada *Saúde Para Todos no ano 2000*, segundo a qual a atenção primária à saúde seria um dos elementos fundamentais para o alcance das metas plurinacionais consensuadas, com destaque para a ampla participação estatal como principal agente indutor das transformações almejadas.

Trinta anos após a *Declaração de Alma-Ata*, a OMS, em 2008, divulga o documento denominado *Atenção Primária a Saúde - Agora mais do que nunca*, o qual reafirma a APS como estratégia estruturante ordenadora dos sistemas de saúde, principalmente aqueles com cobertura universal, como o sistema de saúde brasileiro. Destaca, além disto, a importância da participação social e a consolidação da APS como uma *ideia-força* a nível mundial (WHO, 2008).

Ainda que, principalmente após a década de 1980, a OMS tenha publicado diretrizes e documentos destinados à consolidação da APS como política de saúde prioritária para promoção da justiça social, outra agência internacional surge como protagonista no sentido de induzir mudanças estruturais nos sistemas de saúde, principalmente nos ditos países em desenvolvimento: o Banco Mundial.

No contexto de crise econômica, a partir do final da década de 1970, e dos ajustes estruturais macroeconômicos de cunho neoliberais levados a cabo no decorrer da década de 80 e início dos anos 1990, as agências internacionais afirmam-se como organismos sustentados por pactos que expressam relações de poder e estratégias de disputa pela hegemonia dentre os países-membros. É nesse cenário que o Banco Mundial, enquanto agência internacional afirma-se como indutor de mudanças estruturais nas políticas de saúde nos anos 90, enquanto a OMS ganha destaque no âmbito da cooperação técnica dentre os países (MATTOS, 2001).

Nos anos 90, o Banco dedicou-se a financiar pesquisas que propunham a construção de um pacote de intervenções a ser financiado pelos governos dos países em desenvolvimento, seguindo critérios de efetividade em termos de custo. Nesse contexto de ajustes econômicos promovidos nos países latino-americanos principalmente, surgia o Relatório *Investindo em Saúde* (BANCO MUNDIAL, 1993), cuja essência seria estabelecer como prioridade dos investimentos públicos em saúde, ações voltadas às camadas mais pobres das populações de tais países, ao mesmo tempo em que os governos assumiriam o papel de reguladores do mercado de seguros em saúde.

Estabelecia-se, dessa forma, uma concepção seletiva de APS, cuja discussão estaria em torno de quais serviços de saúde seriam de responsabilidade dos entes públicos a partir de critérios de “custo-efetividade”, uma forma de crítica ao acesso universal à saúde, além de acender o debate sobre o redimensionamento da ação governamental, algo que de certa forma chocava-se com a proposta universalista de Alma-Ata. Por meio do relatório *Investindo em Saúde* e graças ao seu impacto na comunidade internacional a respeito das políticas de saúde, o Banco Mundial consolidou seu papel de “disciplinar as políticas dos países em desenvolvimento” (MATTOS, 2001).

É nesse contexto de publicação das diretrizes do Banco Mundial e da seletividade dos cuidados primários em saúde que surge, enquanto política pública, o “Programa Saúde da Família” no Brasil, em 1994, no decorrer dos ajustes econômicos em curso no país durante a década de 90.

Quarenta anos após a publicação da Declaração de Alma – Ata, o debate sobre concepções e modelos de atenção primária à saúde ainda é um percurso em aberto, semeado por críticas e reflexões sobre os rumos das políticas de saúde no século XXI, levando em consideração as particularidades do contexto histórico atual e as experiências acumuladas em contextos anteriores.

É oportuno destacar que as definições de Atenção Primária até aqui descritas são provenientes de construções advindas da produção acadêmica, com destaque ao pioneirismo de Barbara Starfield e de órgãos oficiais, como a Organização Mundial de Saúde e aparatos estatais. Tais definições são permeadas por noções generalizantes (ex. população, comunidade, bem-estar) construídas por um leque restrito de atores sociais que produzem realidades, muitas vezes, parciais em relação à complexidade do campo da saúde.

Este debate sobre os rumos da APS têm sido fomentado por intelectuais latino-americanos ligados ao campo da Saúde Coletiva, na perspectiva de construir agendas futuras e rever concepções históricas do processo saúde-doença.

Para o sanitário argentino Mario Rovere (2012), trinta e cinco anos após a publicação da Declaração de Alma-Ata, o conceito de Atenção Primária à Saúde tornou-se, em meio às transformações conjunturais nesse período, um conceito vago e impreciso, sob o qual se perfilam propostas e experiências contraditórias, tanto progressistas quanto conservadoras. A partir de tais constatações, convida-nos a ressignificar o conceito de APS, o reconhecendo como um campo de forças e identificando os agentes sociais que interagem em distintos contextos, considerando a interculturalidade deste campo e os diálogos voltados à discussão do direito à saúde em busca de novos equilíbrios entre sociedade, estado e meio ambiente.

Estabelecendo um diálogo com as considerações de Rovere, o brasileiro Jairnilson Paim (2012) aponta que, diante da imprecisão do conceito, o termo APS engloba experiências como porta de entrada - ou primeiro nível - de sistemas de saúde, como uma estratégia de reorientação de sistemas e serviços de saúde ou até mesmo como programas focalizados e pacotes de serviços seletivos voltados às populações pobres. No Brasil, segundo o autor, com a marca do Programa Saúde da Família, a APS consolida-se como um pacote seletivo de “intervenções pobres para pobres”. E em meio às contradições, conflitos e incongruências que o termo carrega, Paim descreve criticamente a APS como “uma receita para todas as estações”.

Já o venezuelano Oscar Feo, seguindo a reflexão de Rovere a respeito da necessidade de ressignificação da APS, destaca alguns pontos que, segundo o autor, seriam fundamentais para compreender as limitações do ideário proposto a partir de Alma-Ata, como a necessidade de compreender a determinação social da saúde e a intersectorialidade de suas políticas, de mudanças nos modelos de formação profissional em saúde e, principalmente, a necessidade de participação real das comunidades e organizações sociais nas instâncias decisórias das políticas de saúde. Para Feo (2012), “*participación, redistribución del poder y capacidad de decisión son factores claves para una verdadera participación transformadora*”.

Estas reflexões críticas são necessárias para que se analise a Estratégia Saúde da Família à luz do debate contemporâneo sobre APS e a necessidade de radicalizar a luta pelo direito universal à saúde diante dos desafios do século XXI.

2.1 Reforma Sanitária Brasileira e Estratégia Saúde da Família

Durante a década de 1970, em meio ao processo de consolidação da Saúde Coletiva no Brasil como vertente do pensamento crítico e transdisciplinar no campo da saúde, emergia um movimento heterogêneo de cunho popular e acadêmico que se propunha a construir o debate

crítico a respeito das políticas de saúde no país, em meio ao processo de luta contra ditadura e abertura democrática. Discutiam-se princípios de cidadania e universalidade, como base para a criação de um sistema de saúde público e descentralizado, que ampliasse o seu escopo de ações e serviços no contexto de reforma do Estado brasileiro. Eis o embrião do que se denominaria movimento da Reforma Sanitária Brasileira (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Paim, busca sistematizar do ponto de vista teórico-conceitual o que viria a se configurar como a Reforma Sanitária brasileira em suas múltiplas dimensões:

Portanto, a Reforma Sanitária, enquanto *proposta* foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em *projeto* a partir da 8ª CNS e desenvolveu-se como *processo* desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma *proposta*, um *projeto*, um *movimento* e um *processo*. (PAIM, 2008)

Teixeira (1988, p. 200) afirma que o movimento sanitário expressa uma tríade dialética em suas concepções: saber - ideologia - prática política. No campo da saúde coletiva, as contribuições acadêmicas da determinação social do processo saúde-doença subsidiariam movimentos e agendas que ampliariam o escopo de análise sobre um sistema de saúde que contemplasse dimensões mais amplas do que simplesmente a oferta de serviços e que pudesse responder às demandas prevalentes relacionadas às condições de vida no contexto de produção social da saúde.

A história recente das políticas de saúde no Brasil é marcada por uma realidade que persistiu até as décadas de 1960 e 1970: a duplicidade do sistema de saúde. Ou seja, por um lado havia uma estrutura que mantinha o foco em uma medicina previdenciária, mantida pelos serviços assistenciais dos Institutos de Assistência e Pensão – IAPs, direcionada prioritariamente aos trabalhadores formais urbanos e com grande participação de serviços privados; por outro lado, havia as ações de saúde pública, mantidas pelo Ministério da Saúde e voltadas às populações mais pobres do meio rural, marcadas pelo caráter preventivista e campanhista de tais ações (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Escorel (1999, p.51) destaca que essa característica de dicotomia no sistema de saúde vigente, até então reforçava um panorama mais amplo de mercantilização da saúde, sob o comando do Ministério da Previdência e Assistência Social – criado em 1974, mediante a compra de serviços assistenciais privados, a ênfase nas ações individuais e a lógica hospitalocêntrica de organização da rede de serviços.

A criação de um Sistema Nacional de Saúde, em 1975, sob a égide do Ministério da Saúde, voltado apenas ao escopo das ações de vigilância epidemiológica e controle sanitário no território nacional, consolidou a separação dos campos de atuação da saúde pública e da assistência médica previdenciária, em meio ao enfraquecimento orçamentário e político do Ministério da Saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O início da década de 1980 é marcado pelo aprofundamento da recessão econômica que se instalara desde a segunda metade da década de 1970, culminando com uma crise aguda do sistema de seguridade social no Brasil. Em meio às turbulências do meio econômico, o país vivia um cenário de alargamento das aberturas democráticas e o regime militar perdia legitimidade junto a setores sociais que o haviam apoiado anteriormente. Diante do agravamento das condições de vida de grandes parcelas da população em meio ao quadro de instabilidade político-econômica, ressurgiram movimentos sociais, a sociedade civil reorganizava-se e propostas sociais alternativas emergiam no contexto de abertura democrática. Assim se concretizava a agenda alternativa em relação às políticas de saúde, que vinham sendo gestadas desde a década de 1970 a partir do movimento sanitário brasileiro:

Esse movimento, com membros na burocracia pública, nas universidades, nos partidos políticos e nos movimentos sociais, viria a ser o principal ator social na formulação e defesa de uma nova proposta para o sistema de saúde. Essa proposta associava a mudança do sistema de saúde com a defesa da democracia. A ideia central era de que a garantia da saúde dependia da construção de uma sociedade democrática. Essa premissa fundamentaria o conjunto de princípios e diretrizes que passariam a denominar a reforma sanitária brasileira. (LOBATO, 2012, p. 71-72)

É na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que a proposta da Reforma sanitária brasileira concretiza-se enquanto projeto, utilizando os termos propostos por Paim (2008), ao consolidar, enquanto política pública aprovada democraticamente por distintos segmentos sociais, os princípios e diretrizes que viriam a se consolidar na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990, que representariam o arcabouço jurídico-institucional do Sistema Único de Saúde.

Dentre os princípios e diretrizes constitucionais atribuídas ao Sistema Único de Saúde, podemos destacar a *universalidade*, a *equidade* e a *integralidade*, como fundamentos de um sistema que adota um conceito ampliado de saúde a partir da intersectorialidade das ações. Destacam-se também, os princípios organizativos pautados pela *descentralização* com um comando único (incorpora as ações médico-assistenciais), *hierarquização* e *regionalização*, além do *controle social* por meio da participação popular em diversas instâncias (BRASIL, 1988; LOBATO, 2012).

Em uma coletânea publicada pelo periódico inglês *The Lancet* a respeito dos avanços e conquistas do Sistema Único de Saúde, os autores destacam a importância da atenção primária à saúde – APS, como estratégia de organização assistencial do sistema de saúde, com ampliação do acesso aos serviços de saúde e promovendo a universalidade das ações, culminando com impactos positivos sobre o perfil epidemiológico da população brasileira (PAIM *et al.*, 2011).

O Brasil, em consonância com os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde, adota a Estratégia Saúde da Família como proposta de reorganização dos serviços de saúde a partir de uma lógica assistencial pautada pelas diretrizes da APS: *universalidade* do acesso; *horizontalidade* das ações, voltadas à organização de base comunitária; *integralidade* da assistência, integrando os serviços com outros níveis de complexidade das ações em saúde; *longitudinalidade* das ações, buscando construção de vínculos e coordenação do cuidado; e organização *multiprofissional* do processo de trabalho a partir das equipes de Saúde da Família (DE MAESENEER *et al.*, 2008).

É de fundamental importância compreender o papel do movimento da reforma sanitária brasileira no contexto de luta pela redemocratização do país e sua influência sobre as disputas e movimentações que vieram a balizar os princípios de um Sistema Único de Saúde, que emergia num cenário de reconfiguração do Estado brasileiro.

A influência do movimento sanitário extrapola os gabinetes e reuniões ministeriais para orientar, inclusive, a organização dos serviços de saúde a partir de uma concepção mais ampliada de saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família e a abordagem do território, por exemplo, pelas políticas de saúde.

A Estratégia Saúde da Família foi o modelo de atenção primária adotado pelo Brasil a partir de 1994, tendo como proposta estratégica a reorientação do modelo assistencial seguindo a perspectiva de organização dos serviços em redes de saúde, integrando os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde a partir do papel das Unidades de Saúde da Família como reguladoras e coordenadoras do cuidado, oferecendo acolhimento e resolutividade como porta de entrada do sistema. Trata-se de um modelo tecnoassistencial de base epidemiológica pautado pela APS como estratégia de reorientação dos serviços assistenciais em saúde. Ancora-se em dois conceitos fundamentais da Medicina Social contemporânea: determinação social do processo saúde – doença e enfoque nos processos de trabalho em saúde (PAIM, 1997).

Adota-se como marco normativo a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, a qual regula as ações e processos no âmbito da atenção primária em relação à organização dos

serviços e planejamento das ações em saúde. A PNAB, modificada em 2012 e recentemente rediscutida em 2017, estabelece como uma de suas diretrizes:

Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade. (BRASIL, 2012)

Utilizaremos nesta pesquisa o referencial da PNAB publicada em 2012, uma vez que as recentes modificações propostas em 2017 ainda não foram sistematizadas em documento específico, a não ser em termos de linhas gerais publicadas em portaria interministerial, sem a devida contextualização com o conteúdo já publicado em 2012.

A adscrição de usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes multiprofissionais, responsáveis pelo cuidado (médica/o; enfermeira/o e agentes comunitários de saúde - ACS). Os ACS são profissionais responsáveis pela adscrição de usuários e pelo contato permanente com as pessoas/famílias e grupos no território adscrito da equipe (BRASIL, 2012). São os sujeitos que, *a priori*, possuem maior vínculo e identidade territorial com o contexto situacional onde se desenvolvem estratégias e práticas de saúde, assim como representam um elo de contato com os serviços de saúde.

O Sistema Único de Saúde – SUS utiliza uma variedade de nomenclatura e divisões territoriais para operacionalizar suas ações, tais como: o município, o distrito sanitário, a área de abrangência de unidades de saúde, dentre outros. São áreas de atuação de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político, que se estruturam no espaço e criam territórios próprios, dotados de poder (MONKEN; BARCELLOS, 2005) e atravessados por tensões e conflitos nos diferentes planos de organização social.

Na sociedade brasileira marcada por profundas desigualdades sociais, econômicas e políticas a Estratégia Saúde da Família, enquanto política pública, teria a incumbência de ampliação progressiva dos serviços de atendimento médico aos grupos sociais subalternizados. Porém, sua implantação e os correspondentes aprimoramentos que os transformaram em Estratégia convivem com as contradições do cenário econômico de matriz neoliberal ainda em curso no Brasil, em que as políticas sociais são fortemente orientadas pelos organismos internacionais como forma de manter a lógica hegemônica da exclusão social promovida pelos países centrais dentro de uma lógica de reestruturação do capital nos países periféricos (TEIXEIRA, 2010).

Nos níveis nacional, regional e local as desigualdades sociais, interesses políticos e corporativos conseguem obstaculizar a execução de políticas de saúde, enquanto política social fundamental. Os cortes orçamentais, falta de regularização, situações de fraude, ausência de controle administrativo são apontados, com frequência, de forma crítica.

Contudo, a reversão das situações desfavoráveis tem sido possível em unidades administrativas nas quais os agentes sociais exercem vigilância dos atos administrativos e políticos, com isto fazendo da saúde um campo de ações que precisa ser politizado permanentemente. É preciso insistir nas mobilizações sociais que insistem no reconhecimento do direito universal à saúde face à agressividade do modelo privado e o lento processo de formulação e, sobretudo, de execução de políticas de saúde orientadas por princípios de equidade.

2.2 Território e Políticas de Saúde

Para Mendes (1993), a relação entre território e serviços de saúde é influenciada por duas correntes de pensamento: uma que vê o território como espaço físico, geopolítico, com uma visão burocrático-topográfica. E outra, que entende o território-processo como produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais dispostos na arena política.

O território, para além do espaço político-operativo do sistema de saúde, é onde ocorre a interação da população com os serviços de saúde no nível local. Onde vivem grupos sociais específicos com problemas de saúde definidos, vivendo em tempo e espaço determinados. Portanto, é um espaço que apresenta, além de sua extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, social, cultural. Caracteriza, então, um território em permanente construção (MENDES, 1993).

Compreender o território como categoria de análise permite-nos identificar sujeitos e/ou grupos sociais que, em suas territorialidades, criam estratégias e práticas que influenciam o processo saúde-doença no âmbito das relações sociais e provocam rupturas com certas noções totalizantes que não reconhecem a multiplicidade de forças que se correlacionam no campo da saúde e acabam por reforçar o que Bourdieu (1989) descreve como *sensu comum douto*.

Ao considerarmos a Política Nacional de Atenção Básica, o território é adotado como noção operacional que orienta a organização dos serviços e das ações em saúde no âmbito da atenção primária. Alguns autores debatem a multiplicidade de significados atribuídos ao

território por distintos sujeitos sociais em contextos situacionais igualmente distintos. Dessa forma, problematizam a concepção de território efetivamente adotada no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

Pereira e Barcellos (2006), após estudo que buscou analisar a relação entre território e as políticas de saúde, identificaram que a noção de território predominantemente adotada pela ESF leva em consideração a delimitação de áreas e microáreas de atuação com base no quantitativo populacional, sem considerar a dinâmica social e política inerentes aos territórios. O critério explícito é a demarcação de unidades socioespaciais, tais como bairros, rural e urbano, comunidade, aldeia, povoado, etc.

O território é resultado de um acúmulo de situações históricas, ambientais e sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças. O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização das condições de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde de grupos ou unidades sociais diferenciadas (BARCELLOS *et al.*, 2002).

Faria (2013) atenta para a importância de se reconhecer os usos do território como dimensão fundamental ao planejamento e gestão dos serviços de saúde. O delineamento dos usos e, portanto, a identificação dos seus perfis, são elementos-chave para afirmar o território como ponto de partida das ações em saúde e, dessa forma, subsidiarem a organização dos serviços no sentido de atenderem as especificidades do território.

O reconhecimento dos usos pressupõe a identificações de elementos econômicos, políticos, ambientais, sociais e/ou culturais. Ou seja, reconhecem no território múltiplos usos, múltiplas funções, múltiplos fluxos, que não lhe permitam apenas a atribuição de uma identidade definida por delimitação topográfica ou restrita a aspectos demográficos (FARIA, 2013).

Os perfis epidemiológicos podem ser associados aos perfis demográficos. Mas não somente. Modos de vida, consumo, relações de trabalho, lazer, dentre inúmeros outros elementos, interferem nos eventos patológicos e, conseqüentemente, incidem no perfil epidemiológico (MENDES, 2011).

Para Guattari,

[...] os territórios estariam ligados a uma ordem de subjetivação individual e coletiva e o espaço estando ligado mais às relações funcionais de toda espécie. O espaço funciona como uma referência extrínseca em relação aos objetos que ele contém. Ao passo que o território funciona em uma relação intrínseca com a subjetividade que o delimita. (GUATTARI, 1995 *apud* TRINDADE-JR, 2016)

O território seria resultado, portanto, das territorialidades efetivadas pelos homens. Dessa forma, a territorialidade significa relações sociais simétricas ou dessimétricas que produzem historicamente cada território, o que expressa uma concepção histórica e relacional, essencialmente dinâmica das territorialidades, as quais mudam no tempo e no espaço conforme as relações de poder (RAFFESTIN, 1993).

Para Sack (1986 *apud* SAQUET, 2009), a territorialidade estaria ligada ao modo como as pessoas organizam-se no espaço e como dão significado ao lugar. Dessa forma, a territorialidade está vinculada às relações de poder como estratégias que podem ser mobilizadas de acordo com o grupo social e o seu contexto histórico e geográfico.

Ainda que representem perspectivas e campos distintos do saber científico, os autores citados encontram confluência na abordagem do território a partir dos processos que o constituem. Como descreve Saquet (2009), “o território é uma construção coletiva e multidimensional, com múltiplas territorialidades.”

De acordo com as perspectivas teóricas aqui apresentadas, a identificação e localização de objetos, o reconhecimento de seus usos e sua importância para os fluxos de pessoas e matérias, são elementos de grande importância para o conhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes. Nesse contexto é possível compreender a determinação de condições de saúde originadas nas interações de grupos humanos em determinados espaços geográficos (MONKEN, 2003).

A questão da saúde e da doença é permeada por uma práxis, historicamente construída, e intermediada por conhecimentos, práticas e atitudes mediadas pela cultura como fenômeno que orienta ações e interações sociais (LANGDON; WIJK, 2010).

A relação entre território e saúde oferece-nos um campo de investigação científica permeado por desafios. Do ponto de vista normativo-operacional, a adoção do território como elemento constitutivo do processo de planejamento e gestão em saúde, expressa nas leis orgânicas do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990) e na Política Nacional de Atenção Básica, representa um avanço para as políticas de saúde no sentido de relacionar o território aos princípios da equidade e da descentralização.

Muitas vezes os indicadores socioeconômicos e/ou epidemiológicos não contemplam a dimensão cultural das relações sociais, por isso, é válido destacar que o bairro da Terra Firme possui uma história de potencialidades, de riquezas culturais e movimentos de resistência. Identificam-se práticas de criação coletiva que problematizam o cotidiano da periferia por meio de elementos que demonstram a potencialidade do território, das identidades coletivas historicamente constituídas, que se expressam nas relações cotidianas e nas práticas sociais.

Entende-se que uma dessas práticas sociais é a de cuidar da saúde individual ou coletiva, transgredindo os obstáculos da administração política municipal e nacional.

Por outro lado, a multiplicidade de representações e significados do território expressa nas relações sociais do cotidiano, no processo de trabalho das equipes de saúde e no vínculo entre população e serviços de saúde, ainda representa um desafio às investigações científicas que pretendem superar os limites epistemológicos da Epidemiologia clássica e seus objetos de estudos.

É de fundamental importância o resgate histórico em escalas mais amplas das políticas de saúde, em particular da Estratégia Saúde da Família, para que possamos relacionar tais aspectos macro com a realidade local em questão nesta pesquisa. Ou seja, para que não haja uma dissociação entre teoria e empiria, há a necessidade de contextualizar a dinâmica da ESF no bairro da Terra Firme com as perspectivas históricas mais amplas da Atenção Primária à Saúde em diferentes contextos.

Observou-se que, no bairro da Terra Firme, o percurso da ESF e seus serviços de saúde é marcado por percalços e descontinuidades. Veremos adiante que foi possível identificar três estágios de desenvolvimento de tais políticas de saúde no âmbito local: Uma primeira etapa de implantação e avanço da ESF; na segunda etapa de retrocesso e remodelação da política; e uma terceira etapa de estagnação.

Nos capítulos adiante serão destacadas as particularidades e singularidades de cada período e o percurso histórico da ESF no bairro da Terra Firme. Porém, essas considerações aqui relatadas sedimentam o escopo de análise que sugere uma indissociabilidade das práticas e políticas de saúde das relações de poder, nos seus mais distintos aspectos da vida cotidiana e que refletem a intencionalidade de sujeitos e/ou grupos sociais em meio à dinâmica do território.

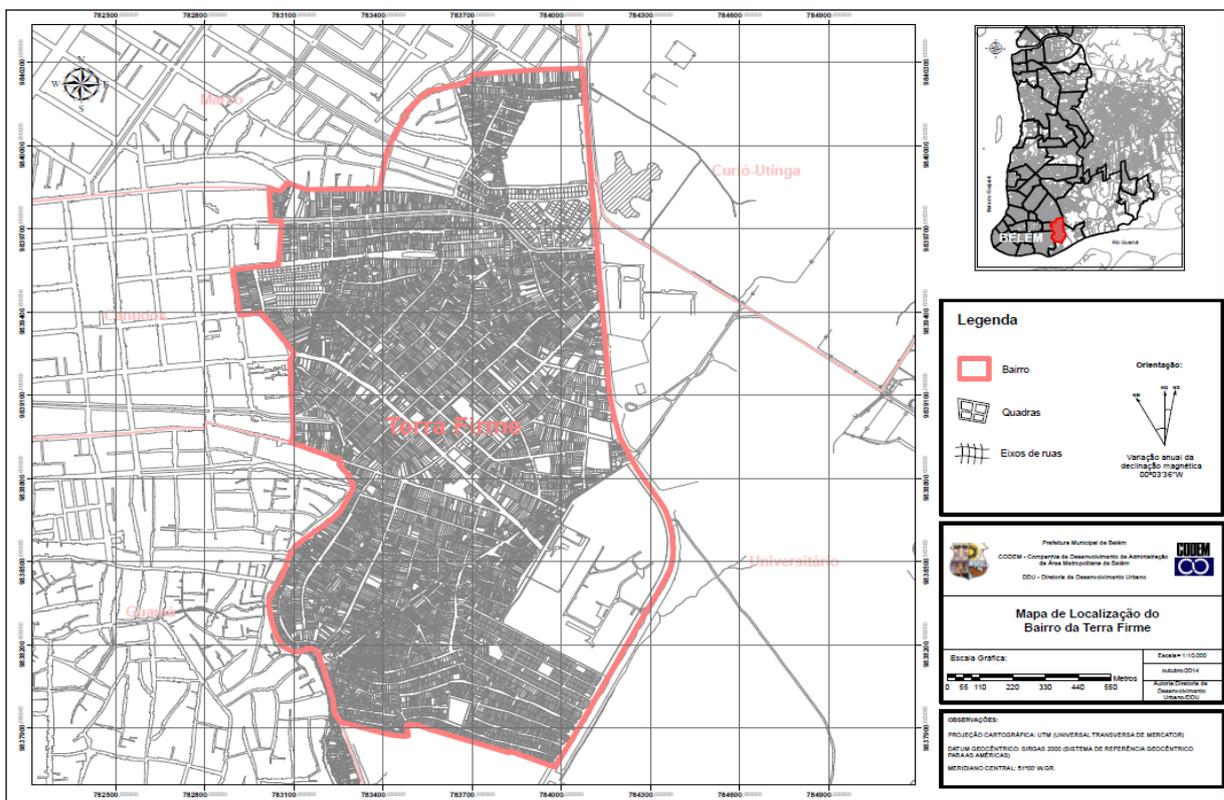
Portanto, aprofundam-se, ainda, alguns aportes teóricos no âmbito da epidemiologia crítica no sentido de subsidiar as análises do objeto de estudo, propondo rupturas e superações de noção totalizantes em relação do processo saúde-doença.

3 O BAIRRO DA TERRA FIRME: TRAJETÓRIAS E REPRESENTAÇÕES

Segundo os dados do Censo Demográfico de 2010, o bairro da Terra Firme (ou Montese) compreende aproximadamente um total de 62.000 habitantes, sendo 52% do sexo feminino. É o sétimo bairro mais populoso do município de Belém. Juntamente com os bairros do Guamá, Condor, Jurunas, Canudos e parte da Cremação, integra o Distrito Administrativo do Guamá, o mais populoso de Belém, com aproximadamente 342.000 habitantes. (IBGE, 2010).

O processo de ocupação do bairro da Terra Firme reflete uma dinâmica de produção do espaço urbano que expressa elementos de segregação socioespacial particulares do processo da formação metropolitana de Belém, onde é possível identificar uma grande área de aglomerados subnormais correspondente a uma faixa contígua de 65.797 domicílios (268.085 habitantes) cuja formação está ligada a ocupação de terrenos sujeitos a inundações periódicas, em área pouco propícia à urbanização formal (idem).

Mapa 1 – Mapa do bairro da Terra Firme (Montese)



Fonte: Disponível em: <http://www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=18>

Observa-se que a área da Terra Firme, um dos mais populosos bairros da cidade, é integrada a extensa faixa territorial de aglomerados subnormais que abrange o território do

DAGUA e adjacências, conforme os procedimentos de administração e planejamento do governo municipal.

Mapa 2 – Mapa de aglomerados subnormais em Belém – PA



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2010.

Além dos documentos e fontes provenientes dos órgãos oficiais, dados e informações provenientes de publicações acadêmicas que adotam como recorte espacial o bairro da Terra Firme também foram analisados a partir da perspectiva de contribuição a uma compreensão mais ampla do território a ser estudado.

A definição censitária de aglomerado “subnormal” refere-se aos tipos de assentamentos irregulares presentes no país. Cada setor especial de aglomerado subnormal compreende:

Um conjunto constituído de, no mínimo, 51 [cinquenta e uma] unidades habitacionais carentes, em sua maioria de serviços públicos essenciais, ocupando ou tendo ocupado, até período recente, terreno de propriedade alheia - pública ou particular - e estando dispostas, em geral, de forma desordenada e densa. (IBGE, 2010)

O bairro da Terra Firme, ou Montese, surge aproximadamente na década de 1940, a partir da ocupação inicial de uma estreita faixa de terra considerada “terra firme” que, dado o intenso fluxo populacional, não foi suficiente para suportar a densificação da área e, logo, as

ocupações alcançaram as áreas adjacentes, muitas vezes denominadas como “baixadas” (SILVA, 2011).

Aqui a denominação “baixada” se refere às condições topográficas originais de certas frações da área urbana de Belém, correspondentes ao nível da planície de inundação, constantemente alagadas ou sujeitas a inundações sazonais e que chegavam a compor cerca de 40% do sítio urbano. Atualmente correspondem à área mais adensada do espaço urbano em Belém (TRINDADE JR, 1997).

Como repercussão do processo de ocupação do espaço regional amazônico após 1960, a ocupação intensiva das áreas de “baixada”, impulsionada pelo êxodo rural, é marcada pelo acelerado crescimento populacional e empobrecimento urbano que se intensificaram a partir das décadas de 1970 e 1980 (TRINDADE JR, 2016). Esta é uma linha de análise que destaca o processo de produção social do espaço urbano que influenciou a conformação territorial do bairro da Terra Firme.

O bairro da Terra Firme é marcado pela heterogeneidade do seu espaço geográfico. O corredor das principais vias do bairro concentra a maioria dos serviços e equipamentos urbanos, como escolas, igrejas, praça, postos de saúde, posto policial e comércio em geral. Tal corredor é composto pela Avenida Perimetral, Rua São Domingos e Avenida Celso Malcher. Tais vias são pavimentadas e drenadas, são corredores de fluxo do transporte coletivo e da coleta de lixo, e interligam os distintos pontos de acesso do bairro.

É nesse corredor que estão localizadas as três Unidades de Saúde da Família do bairro: USF Parque Amazônia I (Avenida Perimetral), USF Parque Amazônia II (Avenida Celso Malcher) e USF Terra Firme (Rua São Domingos). Paralela à Rua São Domingos, funciona a Unidade Municipal de Saúde da Terra Firme, localizada na Passagem São João e que segue o modelo tradicional de unidade básica de saúde.

Figura 1 - Avenida Perimetral. Bairro da Terra Firme - 2017.



Fonte: Autor

Figura 2 - Rua São Domingos. Bairro da Terra Firme - 2017.



Fonte: Autor

Figura 3 - Avenida Celso Malcher. Bairro da Terra Firme - 2017.



Fonte: Autor

Vale destacar a importância de dois espaços públicos para o cotidiano do bairro: Praça Olavo Bilac, onde também se localiza a Paróquia de São Domingos, e a Feira Livre do bairro. Ambos localizam-se na Avenida Celso Malcher, seus usos revelam práticas, costumes e atividades econômicas que expressam a vivacidade das relações sociais construídas cotidianamente pelos diversos agentes sociais que constroem a identidade do lugar.

Figura 4 - Praça Olavo Bilac. Bairro da Terra Firme - 2017.



Fonte: Autor

Figura 5 – Feira livre. Avenida Celso Malcher – 2017.



Fonte: Autor

Por outro lado, há uma vasta área no bairro que contrasta com a realidade encontrada nas principais vias de circulação. Grande parte destas áreas é delimitada pela bacia do rio Tucunduba e seus afluentes, como os canais das Avenidas Gentil Bittencourt, Cipriano Santos e da Rua dos Mundurucus. É caracterizada, em grande parte, por um intenso adensamento urbano característico do processo de ocupação desordenada marcado por graves problemas urbanísticos como habitações precárias, saneamento ambiental deficiente e serviços públicos escassos (coleta de lixo, iluminação e segurança, por exemplo), o que impacta diretamente as condições de vida e saúde dos habitantes locais.

Figura 6 – Rio Tucunduba – 2017.



Fonte: Autor

Figura 7 – Canal da Avenida Cipriano Santos. Bairro da Terra Firme - 2017.



Fonte: Autor

Figura 8 – Conjunto habitacional às margens do Tucunduba. Bairro da Terra Firme - 2017.



Fonte: Autor

Figura 9 – Área de alagamentos às margens do Tucunduba. Bairro da Terra Firme - 2018.



Fonte: Autor

Figura 10 – Acúmulo de lixo às margens do Tucunduba. Bairro da Terra Firme - 2017.



Fonte: Autor

Figura 11 – Rua da Olaria. Bairro da Terra Firme – 2017.



Fonte: Autor

Figura 12 – Habitações precárias. Avenida Celso Malcher – 2017.



Fonte: Autor

Os registros fotográficos obtidos durante o trabalho de campo contribuem para a uma melhor reflexão crítica sobre a determinação social do processo saúde-doença no contexto do bairro e suas particularidades, visto que traduzem recortes parciais da realidade vivenciada pelo pesquisador nesta etapa da pesquisa.

Observam-se aspectos que influenciam diretamente as relações cotidianas das coletividades e, conseqüentemente, contribuem para o processo de adoecimento, tais como a

precariedade das habitações, destino inadequado de resíduos sólidos, áreas de alagamentos e precariedade dos serviços de saneamento ambiental.

Além do mais, destaca-se o contraste com as principais vias do bairro onde se observa pavimentação asfáltica, circulação de transporte coletivo e facilidade do acesso a espaços públicos como praça e feira livre. Estas desigualdades socioespaciais no território devem ser consideradas sob a ótica da epidemiologia crítica e seu conjunto de formulações sobre as dimensões estruturais do processo saúde-doença.

O rio/igarapé do Tucunduba é uma peculiaridade do território do bairro da Terra Firme e suas adjacências. Seus símbolos, seus diversos significados e suas características socioespaciais fazem parte da identidade histórica do bairro. No início dos anos 2000, começaram as maiores obras do Projeto de Macrodrenagem da Bacia do Tucunduba, projeto de intervenções urbanísticas, marcado por ações de saneamento ambiental, regularização fundiária e desenvolvimento local. Tais intervenções ainda marcam profundamente a paisagem do bairro.

Durante este trabalho de campo, pudemos constatar que muitas obras da macrodrenagem do Tucunduba ainda permanecem inacabadas, mesmo após dezoito anos de início das primeiras intervenções. Fato este que gera uma realidade contraditória, onde é possível constatar a presença de programas urbanísticos como conjuntos habitacionais, recuperação de áreas degradadas e pavimentação de vias urbanas, ao mesmo tempo em que se evidenciam extensas áreas marcadas pela ausência de saneamento ambiental, como áreas de alagamentos constantes e acúmulo de lixo em vias públicas, além de habitações precárias.

Outro fator constatado durante a imersão do pesquisador no território foi o impacto da violência urbana sobre o cotidiano do bairro. É necessário abordar a questão da violência para além dos estigmas e preconceitos, portanto, é fundamental compreender de que forma a violência interfere na dinâmica dos agentes sociais que vivem o território para, inclusive, compreender as relações que envolvem o processo saúde-doença. Durante o trabalho de campo não foi possível ter acesso a determinadas áreas do bairro nem obter registros de imagens, por recomendações dos próprios moradores.

A observação sistemática, por meio da imersão no território, e os registros no diário de campo, assim como os registros fotográficos, nos permitem auferir informações que muitas vezes não estão expostas em bancos de dados e/ou sistemas de informação. Nesta etapa da pesquisa, os dados coletados nos guiam no sentido de subsidiar as análises que buscam a

interpretar as relações entre a formação socioespacial do bairro, as múltiplas dinâmicas que interagem no território e a determinação social do processo saúde-doença.

As informações e os dados encontrados nesta primeira etapa da pesquisa foram contextualizados com os elementos encontrados no percurso da pesquisa nas etapas seguintes. Ao adotar a perspectiva cartográfica e afirmar a primazia do caminho sobre as metas, as informações até então aqui descritas subsidiam os processos e devires que compõem uma realidade dinâmica e em constante mudança.

Portanto, além de descrever as características gerais do bairro observadas em trabalho de campo, fez-se necessário resgatar um breve histórico da Estratégia Saúde da Família no bairro para melhor compreensão do contexto em que surge o programa, das relações com o território, das concepções de saúde que se expressam nos serviços e nas práticas, além de identificar os agentes sociais que constroem, vivenciam e interveem nos mais distintos contextos históricos.

3.1 Avanços e retrocessos da ESF no bairro

O início do Programa Família Saudável no bairro da Terra Firme, no início dos anos 2000, coincide com o começo das obras mais significativas do Projeto de Macrodrenagem da Bacia do Tucunduba. Ou seja, enquanto o bairro passava por importantes intervenções urbanísticas em múltiplas escalas, vivenciava, ao mesmo tempo, uma experiência de reforma dos serviços de atenção primária, a qual assumia uma concepção de saúde que reconhece o território como estratégico no contexto das práticas de saúde.

Segundo os registros de entrevistas com moradores do bairro e outros atores sociais, constatamos que a Estratégia Saúde da Família, à época denominada Programa Família Saudável, foi implantada na Terra Firme com a construção da unidade de saúde situada na Passagem São João e a conformação das equipes multiprofissionais que atuavam sob a perspectiva de territorialização das ações em saúde, com delimitação de microáreas de atuação das equipes por intermédio dos agentes comunitários de saúde, além de visitas domiciliares, atividades de prevenção e promoção à saúde, dentre outras práticas pautadas pelos princípios da APS nos moldes da ESF.

A partir do processo de implantação da ESF que iniciou em 2000, surgiram, posteriormente, as Unidades de Saúde da Família Parque Amazônia I e II, no período entre 2001 e 2004, configurando um período de expansão da cobertura populacional pela ESF no bairro. A Unidade de Saúde localizada na Rua São Domingos funcionava como unidade de

saúde tradicional, antes mesmo do início do Programa Família Saudável nas outras unidades, e assim permaneceu por alguns anos.

No bairro da Terra Firme coexistem 03 (três) Unidades de Saúde da Família: Parque Amazônia I, Parque Amazônia II e Terra Firme. Tais unidades funcionam aos moldes da Estratégia Saúde da Família, com equipes multiprofissionais compostas por médicos, profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde, os quais são os principais responsáveis pelo vínculo com a comunidade por meio de cadastro de pacientes, acolhimento de demandas e visitas domiciliares.

A ESF prevê uma determinada população adscrita – ou área de cobertura - para cada equipe de Saúde da Família, a qual é responsável pelas ações de saúde a serem desenvolvidas sob tais áreas. O acesso à ESF ocorre por demanda espontânea também, mas prioritariamente, os agentes comunitários acolhem as demandas por meio das visitas domiciliares e facilitam o acesso da população ao cotidiano da unidade por meio de atividades educativas, marcação de consultas e identificação de riscos. O território, portanto, é condição indispensável à formulação das políticas de saúde de acordo com os princípios adotados pela Estratégia Saúde da Família, tendo a figura do agente comunitário de saúde como um elo fundamental entre os serviços e as comunidades.

Além das Unidades de Saúde da Família, existe no bairro uma unidade básica tradicional: A Unidade Básica de Saúde – UBS da Terra Firme, a qual não segue os moldes da Estratégia Saúde da Família. Este modelo de serviço de atenção primária à saúde ainda é um resquício do padrão que predominava antes da consolidação do Sistema Único de Saúde.

As UBS tradicionais funcionam também como porta de entrada ao sistema de saúde, mediante demanda espontânea e consultas agendadas para especialidades médicas, porém não há uma lógica territorial de organização das ações tampouco prevê a presença do agente comunitário de saúde como membro do quadro profissional na unidade. Suas ações seguem padrões focais como campanhas de vacinação e ações diversas de vigilância epidemiológica. Possui um serviço específico de atendimento ao paciente com tuberculose assim como atendimento psicossocial e serviço odontológico.

Durante o trabalho de campo, realizaram-se os registros fotográficos das unidades de saúde em seus aspectos de estrutura física externa, visto que não obtive autorização da gestão municipal para o registro das dependências internas de tais unidades.

Figura 13 – Unidade de Saúde da Família Parque Amazônia I. Av. Perimetral, 2017.



Fonte: Autor

Figura 14 – Unidade de Saúde da Família Parque Amazônia II. Av. Celso Malcher, 2017.



Fonte: Autor

Figura 15 – Unidade de Saúde da Família Terra Firme. 2017



Fonte: Autor

Figura 16 – Unidade Básica de Saúde Terra Firme, 2017.



Fonte: Autor

Portanto, adotando o bairro da Terra Firme como *locus* de pesquisa, observamos que não há um único modelo de atenção primária à saúde que coordene o planejamento e as ações em saúde no bairro, visto que há uma sobreposição de modelos, ou seja, convivem a Estratégia Saúde da Família e o modelo tradicional de Unidade Básica de Saúde no mesmo território.

Foram consultadas informações no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES, disponibilizadas online para livre acesso, a respeito das equipes e informações gerais de cada unidade de saúde. Os dados são escassos, imprecisos e insuficientes para uma análise mais detalhada quanto à caracterização dos serviços de saúde em questão.

Segundo dados do CNES, na Unidade Básica de Saúde da Terra Firme (modelo tradicional) há 03 médicos pediatras, 03 médicos clínicos e 02 ginecologistas/obstetras, totalizando 08 médicos vinculados a esta unidade, além de 03 cirurgiões-dentistas e equipe de enfermagem com técnicos e enfermeiros. A Unidade funciona como polo de referência para tratamento da Tuberculose no âmbito da atenção primária, oferece serviço de apoio psicossocial com psicólogos clínicos no atendimento e abriga um Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, composto por nutricionistas, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo. O NASF funciona como um apoio multiprofissional à Estratégia Saúde da Família, dispondo de profissionais que não compõem a equipe mínima de funcionamento da ESF.

De acordo com o banco de dados do CNES, a Unidade de Saúde da Família da Terra Firme desenvolve atividades características de um serviço de atenção primária, como consultas, pré-natal, imunizações e coordenação de programas específicos, como tratamento da tuberculose. As mesmas características foram encontradas na descrição da USF Parque Amazônia II.

Na USF Terra Firme, há o cadastro de 03 enfermeiras, 03 técnicos de enfermagem, 04 profissionais médicos, 35 agentes comunitários de saúde e 06 agentes de saúde pública. O CNES não disponibiliza informações sobre cobertura populacional e distribuição das equipes. Porém, durante as visitas aos serviços realizada no decorrer do trabalho de campo, foi possível inferir junto a alguns profissionais que, funcionam na unidade 04 equipes de saúde da família, com uma média de 08 a 10 ACS's por equipe e cada ACS responsável por uma área de 300 a 400 pessoas, totalizando uma cobertura populacional de aproximadamente 15.000 pessoas.

Já na USF Parque Amazônia II, há o registro de 02 equipes de saúde da família na unidade, sendo cada equipe composta por médico, enfermeira, técnico de enfermagem e 4 a 6

agentes comunitários de saúde. Porém, durante visita na unidade, constatamos que a unidade estava trabalhando abaixo de sua capacidade operacional, devido à ausência de médico na composição de uma das equipes e algumas áreas adscritas descobertas devido à falta de alguns agentes comunitários de saúde. A cobertura populacional da unidade gira em torno de 8 a 10.000 pessoas adscritas, sendo que a capacidade operacional gira em torno de 50% dessa cobertura devido ao déficit de profissionais.

Em relação à USF Parque Amazônia I, não há o registro de informações no CNES a respeito das ações desenvolvidas e dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais que atuam na unidade. Durante o trabalho de campo, constatamos que a unidade possui a capacidade operacional para abrigar 02 equipes de saúde da família, sendo que no momento da visita uma das equipes estava sem médico. De acordo com informações colhidas junto aos profissionais no momento da visita, a unidade dispõe de 02 enfermeiras, 02 técnicas de enfermagem e 09 agentes comunitários de saúde. A cobertura populacional da unidade gira em torno de 4 a 5.000 pessoas adscritas, sendo que a capacidade operacional gira em torno de 50% dessa cobertura devido à falta de médico em uma das equipes no momento da visita.

De acordo com a capacidade operacional das Unidades de Saúde da Família, estima-se uma cobertura populacional de aproximadamente 28.000 a 30.000 pessoas atendidas pela ESF. Ou seja, praticamente metade da população do bairro da Terra Firme, no momento desta pesquisa, não é atendida pela Estratégia Saúde da Família. Quanto a UBS Terra Firme, que não segue a lógica territorial de adscrição de contingentes populacionais como na ESF, não foi possível estabelecer uma estimativa do quantitativo populacional atendido pela unidade.

Figura 17 – Croqui da área de abrangência. Unidade de Saúde da Família Terra Firme, 2017.



Fonte: Autor

Figura 18 – Croqui da área de abrangência. Unidade de Saúde da Família Parque Amazônia II, 2017.



Fonte: Autor

Figura 19 – Croqui da área de abrangência. Unidade de Saúde da Família Parque Amazônia I, 2017.



Fonte: Autor

As unidades de saúde, em sua maioria, funcionam em estabelecimentos improvisados e é possível constatar que, mesmo diante de uma breve observação sistemática, não atendem aos padrões mínimos das normas de ambiência previstas no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2006). Exceção à UBS Terra Firme que foi construída em 2001 para abrigar a ESF e apresenta um padrão de estrutura física distinto das unidades de saúde da família presentes no bairro. Porém, atualmente, esta unidade não abriga mais a Estratégia Saúde da Família.

De 2000 a 2004, considerando todo o município de Belém, a cobertura populacional pela ESF praticamente triplicou. Em janeiro de 2000, ano de início do Programa Família Saudável, o município dispunha de 07 equipes implantadas. Ao final do ano de 2004, contabilizam-se 69 equipes implantadas. Uma cobertura populacional que saltou de 2%, em 2000, para 18%, em janeiro de 2005. O período de expansão da ESF no bairro da Terra Firme, de 2001 a 2004, reflete o contexto vivenciado pelo município de Belém em relação às transformações na rede de serviços de saúde, a partir da adoção do Programa Família Saudável como estratégia de reorientação da APS na capital.

O bairro da Terra Firme foi um dos pioneiros em relação à implantação do Programa Família Saudável em Belém, sobre esse contexto do programa, destacamos o registro de um ex-gestor municipal, que foi prefeito de Belém à esta época. Para a obtenção deste registro, foi adotada a técnica de entrevista aberta, com uma questão norteadora sobre as motivações e concepções que levaram à adoção do programa:

No planejamento, ainda durante a campanha de 1996, nós realizamos um seminário que envolveu vários militantes e alguns técnicos importantes da área da saúde e muito inspirados nos princípios do SUS. Tivemos a participação de várias pessoas que contribuíram com a reforma do sistema de saúde, ainda durante o período militar, e acabaram acumulando forças. [...] esse seminário programático culminou num programa de governo que além de perceber a necessidade, fazer um diagnóstico das deficiências do sistema em Belém, estabeleceu algumas prioridades. Uma primeira, a necessidade da *municipalização* da saúde, o que realmente foi negociado ainda na formação do governo, antes da posse, e foi oficializado já no mês de janeiro, em torno do dia 20 de janeiro. Carlos Albuquerque era o ministro da saúde do governo FHC. Então nós iniciamos o governo municipalizando. A municipalização, portanto, era um compromisso programático. E os ex-prefeitos se negavam a municipalizar, administravam o que era passado pelo Estado apenas pelos serviços realizados pelo Hospital de Pronto Socorro, e 14 unidades básicas de saúde, além de três postos de saúde, então essas 18 unidades, incluindo o hospital de pronto socorro, um dos mais antigos do Estado e da região amazônica, na verdade, implicavam em um recurso mensal que gerava em torno de 400 mil reais, em 1997. Com a municipalização, já nos primeiros meses, deu-se um salto para algo em torno de 12 milhões. O município então se credenciou, ao municipalizar, a gerir o sistema. (ENTREVISTA EX-PREFEITO, 2017)

Ainda a respeito da reforma do sistema municipal de saúde em Belém a partir de 1997 e dos impactos do Programa Família Saudável na rede de atenção básica do município, o ex-prefeito complementa:

E a decisão de municipalizar também estava muito vinculada com o rompimento da lógica conhecida como *hospitalocêntrica* – aquela lógica que sempre predominou a crença ou a incompreensão, que gerava uma política desastrosa de afirmar que a solução para os problemas da saúde está na construção de hospitais [...] Então, romper com essa lógica implicava então em investir também em rede hospitalar, como exemplo o Hospital de Pronto Socorro do Guamá, e municipalizar unidades que funcionavam como espécies de unidades mistas de saúde, como a de Mosqueiro, do Jurunas, da Marambaia, da Sacramento, que não eram unidades básicas de saúde, eram unidades de porte médio [...] Tudo isso com a municipalização de 07 unidades de porte médio, foi possível estabelecer uma melhoria de acesso e qualidade ao atendimento. Agora, nada disso funcionaria a contento se não fosse o investimento na rede já estabelecida de Atenção Básica, na ampliação dos serviços da atenção básica, portanto, na construção de novas unidades básicas de saúde, mas nós chegamos à conclusão que era de fundamental importância aos poucos inserir como parte do sistema - e muito vinculada à atenção básica, mas, principalmente, à profilaxia de doenças, à prevenção de doenças e pelo caráter pedagógico que pode cumprir - um programa de Saúde da Família. (ENTREVISTA EX-PREFEITO, 2017).

Com a mudança na gestão municipal, a partir de 2005, o números em relação a cobertura populacional pela ESF também passaram por mudanças em relação às tendências que apresentaram de 2000 a 2004.

De 2005 a 2009, a estimativa de cobertura populacional pela ESF aumentou de aproximadamente 18% para 23%, em dezembro de 2009, correspondendo a um acréscimo de 27 novas equipes de Saúde da Família implantadas no município. A partir de 2010, porém, evidencia-se uma tendência de queda no percentual de cobertura populacional pela ESF em Belém, chegando ao final de 2012 com um percentual de cobertura de aproximadamente 16%. Ou seja, após dois mandatos consecutivos – 2005 a 2012 – a cobertura populacional pela ESF em Belém regrediu, chegando a um patamar inferior ao encontrado em janeiro de 2005.

Em paralelo ao período de decréscimo na cobertura populacional pela ESF em Belém a partir de 2010, o bairro da Terra Firme passa também por um processo de reconfiguração da atenção básica que impacta diretamente na re-territorialização das equipes de Saúde da Família e sobre a organização dos serviços de saúde no bairro. Sobre esse período, vale destacar o registro em entrevista de uma ex-moradora do bairro a respeito das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, em meio a este processo de reconfiguração:

Foi justamente quando nós percebemos esse momento [2010], quando começamos a procurar o atendimento no posto, na unidade e perceber que não tava mais tendo as equipes fazendo as visitas. Fomos informados que as famílias não iam mais

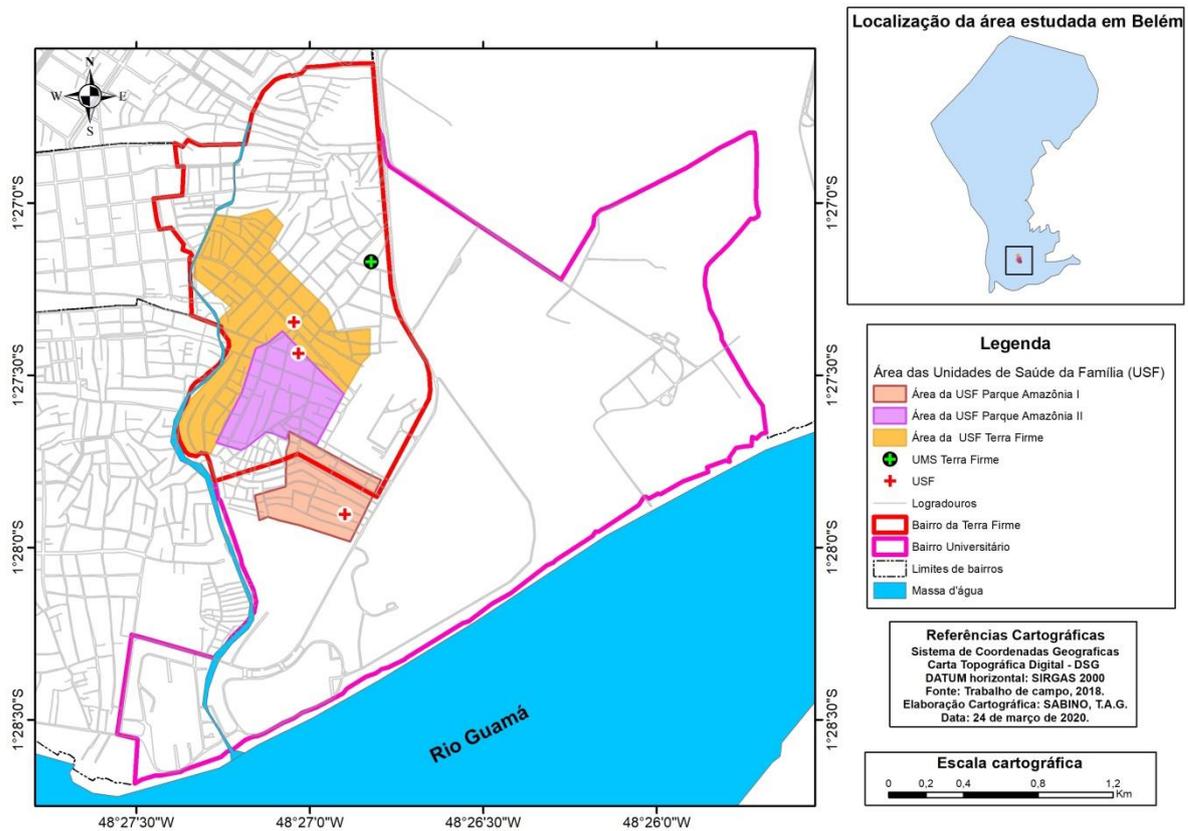
participar do Programa [Saúde da Família]. Então começamos a nos mobilizar em prol disso, solicitamos audiência pública, reunião com a Secretaria pra nos explicarem o porquê isso tava acontecendo, porque a gente ia marcar consulta e não conseguia, eles não explicavam de fato o que tinha acontecido. Só em reunião, inclusive com a Secretaria, eles nos informaram, que as famílias estavam passando por um processo, que iam ser remanejados, ou que tinham muita gente que tava sendo cadastrada e que não pertencia mais ao bairro, então eles tavam fazendo um processo de atualização dos dados e por conta disso a gente não tava tendo atendimento, mas que logo isso ia se regularizar e nós íamos ser atendidos [...] E aí eles falaram que ia haver essa redistribuição, porque tinha um número muito grande ali [na Unidade de Saúde da Família, que se localizava à Passagem São João], e tinham pessoas inclusive que vinham ser atendidas de outros bairros e que acabava a demanda ser maior do que deveria. E que era mais uma questão de organização e tal e que eles iam arrumar. Foi o que nos disseram a priori. Mas com o tempo a gente foi vendo que não era por aí, que o programa estava sendo desmontado. Aí culminou da gente ter essa parceria com os órgãos de controle e nos informaram que não era bem assim, que a Estratégia Saúde da Família estava passando por uma crise e que o município não tava querendo mais executar como deveria.” (ENTREVISTA EX-MORADORA, 2017)

De 2010 a 2012, a gestão municipal impõe ao bairro uma nova dinâmica organizacional dos serviços de saúde, que impacta diretamente na qualidade e abrangência de oferta de tais serviços. Desde então, a unidade de saúde localizada na passagem São João, que funcionava com equipe de Saúde da Família e iniciou o Programa Família Saudável no bairro, passa a funcionar como unidade básica tradicional, sem equipe de Saúde da Família e sem uma lógica territorial de organização das ações. As equipes até então lotadas nesta unidade, são transferidas à unidade localizada na Rua São Domingos, que passa a funcionar como Unidade de Saúde da Família Terra Firme, com uma nova configuração territorial de micro-áreas de atuação e composição das equipes.

Esta reconfiguração modificou a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família no bairro, a qual se materializa então pelas seguintes Unidades de Saúde da Família: Terra Firme, Parque Amazônia I e Parque Amazônia II. A unidade básica de saúde que passa funcionar no modelo tradicional, localizada na passagem São João, passa a ser denominada Unidade Municipal de Saúde Terra Firme – UMS Terra Firme.

O mapa a seguir delimita a configuração espacial dos serviços de saúde no bairro e as áreas de abrangência das equipes de Saúde da Família e suas respectivas unidades de lotação. Observa-se que ainda existem áreas no bairro que não são atendidas pela Estratégia Saúde da Família, o que se torna ainda mais evidente com os depoimentos dos moradores a respeito do acesso aos serviços de saúde. Além disso, o mapa traça as áreas de abrangência de cada Unidade de Saúde da Família de uma maneira genérica, ou seja, não é possível identificar especificidades como as micro-áreas que não estão sendo devidamente atendidas visto que algumas equipes estavam incompletas na ocasião da pesquisa.

Mapa 3 – Área de atuação das Equipes de Saúde da Família nos bairros Terra Firme e Universitário/Belém-PA.



Fonte: Autor

Em relação a este período de reorganização dos serviços de saúde na Terra Firme, uma breve análise documental nos remete a uma Ação Civil Pública impetrada pelo Ministério Público Federal e o Ministério Público do Estado do Pará contra o município de Belém, em 2012, por irregularidades na Estratégia Saúde da Família. O documento respalda-se em informações obtidas pela auditoria realizada pelo Departamento Nacional de Auditorias do Sistema Único de Saúde – DENASUS, em 2011, a qual aponta algo em torno de 53 irregularidades na Estratégia, como ausência de equipes em alguns bairros e distritos, insuficiência de espaço físico, ambientes insalubres para funcionários e usuários, falta de equipamentos e materiais, além de equipes incompletas. Destaca-se ainda o fato da gestão municipal ter recebido no período de janeiro a setembro de 2011, mais de R\$ 10 milhões em recursos do Sistema Único de Saúde para gerir a ESF, conforme aponta o documento (BRASIL, 2012a).

Há de se destacar os registros da avaliação do Ministério da Saúde por meio do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS, divulgado em 2012, e que aponta o estado do Pará com a pior avaliação dentre as unidades federativas do país e Belém, como a segunda pior capital do país em relação ao desempenho do SUS (BRASIL, 2012b).

Em janeiro de 2013, há uma nova mudança na gestão da prefeitura de Belém. Do início de 2013 ao final de 2016, período que compreende um novo mandato na gestão municipal, a cobertura populacional pela ESF voltou a crescer, saltando de aproximadamente 16% para 24,5%, o que corresponde a um incremento de 35 novas equipes de Saúde da Família implantadas no município. Vale ressaltar que a partir de 2013, Belém também passa a receber profissionais médicos para atuarem na ESF, provenientes do “Programa Mais Médicos Brasil” - PMMB, custeado pelo Governo Federal. Os dados disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde não nos permitem avaliar qual a dimensão do impacto do PMMB sobre os números de cobertura populacional pela ESF em Belém.

Considerando as últimas três gestões municipais, houve um incremento na cobertura populacional pela ESF de apenas 6% no período que compreende 2004 a 2016, evidenciando que a expansão da ESF em Belém, desde a sua implantação no período de 2000 a 2004, segue uma tendência de estagnação. Esses números, do final de 2016, apontam Belém como a pior capital do país em termos de cobertura pela ESF, com uma proporção de cobertura populacional estimada em 24,5%. O sistema do departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde não disponibiliza o percentual de cobertura de 2017 e 2018.

Os dados sobre o histórico de cobertura populacional pela ESF em Belém foram consultados em formato eletrônico no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

4 O PERCURSO METODOLÓGICO E A PERSPECTIVA CARTOGRÁFICA

Esta pesquisa segue uma abordagem predominantemente qualitativa, a qual, segundo Flick, von Kardorff e Steinke (2000 *apud* GÜNTHER, 2006), é fundamentada por quatro pressupostos: a realidade social vista como construção e atribuição de significados; ênfase no caráter processual do objeto de estudo; relevância das condições objetivas de vida por meio da construção de significados subjetivos e a importância do caráter comunicativo da realidade social para o processo de construção de realidades.

Nesta mesma perspectiva, Günther (2006) agrega algumas características às pesquisas de abordagem qualitativa: enfatiza a compreensão como princípio do conhecimento e a construção de realidade como um processo; destaca o princípio da abertura; aponta a ênfase na totalidade dos indivíduos como objeto de estudo; e considera a contextualidade como guia da investigação científica.

Para Minayo (2013, p.30), as abordagens qualitativas devem ser contextualizadas em relação às correlações de forças envolvidas no processo de pesquisa. Devem enfatizar a historicidade dos processos sociais, assim como se devem levar em consideração as distintas dimensões envolvidas no contexto da pesquisa, seja no âmbito da economia, da política, ou mesmo em relação aos aspectos culturais de famílias, comunidades e grupos sociais. Compreender as dinâmicas de conflitos e consensos, relações dialéticas processuais, contribuem para uma abordagem mais holística dos campos de estudo.

Como afirmam Denzin e Lincoln (2005), há distintas concepções, abordagens e referências no campo da pesquisa qualitativa. Cabe a cada autor situar suas referências no contexto histórico de cada campo, assim como a delimitação contextual do objeto de pesquisa em meio à experiência vivida do pesquisador e o *locus* de pesquisa.

De acordo com as características atribuídas aos contextos históricos em que se desenvolvem pesquisas qualitativas e o objeto de estudo em questão – as estratégias e práticas de saúde no território –, esta pesquisa segue um percurso metodológico de perspectiva cartográfica pós-estruturalista, estabelecendo uma ruptura com modelos de pesquisa demonstrativo-representacionais, muito comuns à pesquisa quantitativa ancorada nos princípios filosóficos do positivismo cuja influência ainda permanece forte sobre o paradigma biomédico e suas representações de métodos e técnicas no campo da saúde.

Esta opção de investigação científica orientada pela abordagem cartográfica leva em consideração o caráter processual do objeto de estudo, a importância dos sujeitos da pesquisa

como protagonistas do processo de construção da realidade, a multiplicidade de fenômenos e a conexão das subjetividades com os conjuntos sociais.

Deleuze e Guattari (2011) descreveram, por volta dos anos 1960, a cartografia como proposta metodológica de pesquisa voltada à compreensão de processos de produção de subjetividades a partir da ideia de rizoma, segundo a qual a cartografia seria um de seus princípios levando em consideração as noções de multiplicidade e complexidade.

Segundo Souza e Francisco:

Os princípios rizomáticos propõem um tipo de racionalidade para além das articulações binárias de causa e efeito, contrapondo-se aos modelos demonstrativos-representacionais, derivados de uma racionalidade cartesiana-positivista-calculante. A racionalidade que se expressa nesses modelos é, via de regra, que existe um mundo, uma realidade constituída por objetos a serem apreendidos e representados, através de conceitos e teorias, por um sujeito cognoscente, mediante a aplicação rigorosa de um conjunto de procedimentos metodológicos previamente definidos. Mesmo em pesquisas de viés qualitativo, esta concepção ainda se apresenta de modo hegemônico, apesar dos esforços criativos que tem resultado em trabalhos de excelência quanto a sua contribuição acadêmica e social. (SOUZA; FRANCISCO, 2016)

Ao considerar a perspectiva dos princípios rizomáticos, os autores prosseguem a descrição: “A cartografia se opõe à política cognitiva cartesiana-positivista propondo outras linhas e outros modos de tecer compreensões acerca dos homens e do mundo, mapeando paisagens, mergulhando na geografia dos afetos, dos movimentos e das intensidades” (idem).

A pesquisa cartográfica propõe três inversões no modo de conduzir a pesquisa. Ao contrário do método tradicional (metá-hódos), segundo o qual os objetivos e metas (metá) definem um percurso, um caminho (hódos) previamente estabelecido, a perspectiva cartográfica destaca a primazia do caminhar da pesquisa, ou seja, considera os efeitos do processo de pesquisar sobre o objeto de estudo, sobre o pesquisador, o campo e seus resultados. Propõe, dessa forma, um hódos-metá. Além disso, o pesquisador deixa de orientar-se pelo que sabe previamente sobre determinada realidade e passa a orientar-se pelo modo de fazer pesquisa. E, por último, direciona o trabalho da pesquisa do saber – fazer para o fazer – saber (PASSOS; BENEVIDES DE BARROS, 2015).

O rigor científico da pesquisa cartográfica não se confunde com rigidez de método. O percurso, os passos, as metas da pesquisa devem ser bem estabelecidos, porém, devem ser flexíveis, abertas aos movimentos que o contexto-território-problema pode trazer ao processo de investigação e análise científica.

Estabelecidos os princípios da cartografia, fica claro que a pesquisa cartográfica não se caracteriza por um conjunto de procedimentos previamente definidos a serem aplicados a um

determinado campo. Por outro lado, essa característica não implica em uma ausência de métodos. A pesquisa qualitativa de inspiração cartográfica não acontece sem orientações. Objetivos, metas e estratégias bem definidas delineiam os percursos a serem traçados. E o rigor científico do método encontra-se exatamente na capacidade do pesquisador em manter a flexibilidade da investigação, pois trata-se de uma perspectiva que será experienciada no próprio processo de pesquisar (SOUZA; FRANCISCO, 2016).

No intuito de fundamentar as estratégias metodológicas da pesquisa qualitativa cartográfica, alguns pesquisadores elencaram o que seriam as pistas da cartografia. De acordo com Passos, Kastrup e Escóssia (2015), a “cartografia como direção metodológica deve ser articulada com oito ideias que compõem um plano de ação ou de pesquisa.”

Considerando as especificidades do contexto-território-problema, e as delimitações do objeto de estudo, esta pesquisa adotou algumas pistas da cartografia que serviram como guias para as etapas que constituíram o percurso do trabalho, sem necessariamente fixar esquemas pré-estabelecidos com pouca permeabilidade aos movimentos que o território apresenta ao processo de investigação científica.

A primeira etapa desta pesquisa compreende uma etapa de análise documental, a qual consistiu em identificar documentos e fontes que forneceriam subsídios ao objeto de estudo em questão e ao percurso metodológico da pesquisa.

Esta caracterização permite-nos afirmar que: “A primeira perspectiva da análise documental apreende os documentos como base para o desenvolvimento de estudos e pesquisas, cujos objetivos advêm do interesse do pesquisador” (SOUZA; KANTORSKI; VILLAR LUIS, 2011).

Os documentos fornecem dados e informações a respeito dos fatos. A utilização de fontes paralelas de informação permite a contextualização dos dados documentais em determinados recortes de tempo e espaço.

Ao considerar o processo saúde-doença em seu contexto sociocultural e suas expressões espaciais e temporais, adota-se o bairro da Terra Firme como unidade socioespacial permeada por interações sociais e práticas coletivas que podem nos fornecer importantes elementos de interação entre sujeitos da pesquisa e objeto de estudo.

Em relação ao contexto da pesquisa, as fontes analisadas foram aquelas ligadas aos órgãos oficiais e de acesso livre ao público em geral: dados sociodemográficos do bairro da Terra Firme obtidos junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; o mapa do bairro, disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Prefeitura de Belém; o acesso ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS forneceu-nos, além de

informações demográficas e econômicas, dados sobre o acesso aos serviços de saúde e cadastro de estabelecimentos e equipes de saúde.

A segunda etapa da pesquisa deu prosseguimento ao trabalho de campo, em dois momentos: primeiramente, propiciando o contato com a realidade das unidades de saúde; e, posteriormente, por meio de visitas domiciliares, o contato com o território vivo, por meio de entrevistas com os moradores. Seguindo as linhas propostas por Passos, Kastrup e Escóssia (2015), a cartografia pressupõe habitar um território, ou seja, pressupõe a imersão do pesquisador no campo de pesquisa de acordo com uma perspectiva de abertura às experiências e expressividades daí decorrentes.

Num primeiro momento, a imersão no território possibilitou o contato, ainda que limitado pelos motivos de ordem burocrática, com as Unidades de Saúde da Família, com alguns profissionais que vivenciam a estratégia e seus processos de trabalho.

Segundo Mendes Gonçalves (1992), o processo de trabalho e seus componentes constituem categorias de análise por meio das quais é possível compreender certos aspectos da realidade como as práticas de saúde. O processo de trabalho pressupõe a integração de elementos fundamentais, tais como: objeto de trabalho, instrumentos, estratégias e agentes.

Diante das condições limitantes impostas pela SESMA, o contato do pesquisador com as unidades se resumiu a entrevistas informais breves com as enfermeiras responsáveis por cada unidade, onde foi possível obter dados sobre o histórico da ESF no bairro, assim como os croquis das áreas de atuação de cada unidade.

Cerca de três Agentes Comunitários de Saúde foram abordados pelo pesquisador durante esta pesquisa em cada Unidade de Saúde da Família, porém, sem a “devida autorização da SESMA”, nenhum destes agentes consentiu em registrar qualquer tipo de entrevista. Porém, mediante observação sistemática, as impressões do autor foram registradas em diário de campo e discutidas oportunamente nas seções seguintes desta pesquisa.

Durante o trabalho de campo, realizaram-se os registros fotográficos das unidades de saúde em seus aspectos de estrutura física externa, visto que não obtive autorização da gestão municipal para o registro das dependências internas de tais unidades.

Ainda seguindo a perspectiva cartográfica de imersão no território, foi adotado como técnica a observação-participante, contando com a participação ativa dos moradores locais no processo de pesquisa.

Durante aproximadamente quarenta e cinco dias, o pesquisador, guiado por moradores com forte identificação com o bairro e previamente selecionados a partir de vínculos

construídos em experiências anteriores de contato com o território, realizou visitas domiciliares a moradores que utilizam os serviços públicos de saúde do bairro da Terra Firme.

Foram visitados dezesseis domicílios, sendo que destes domicílios visitados, em oito deles os moradores consentiram em responder às questões das entrevistas propostas durante a visita domiciliar. Como critério de inclusão, foi considerado o fato do morador ser usuário dos serviços de saúde do bairro e ter vivenciado a experiência do Programa Família Saudável em algum momento. A técnica utilizada foi da entrevista semi-estruturada, cujo roteiro foi construído a partir das primeiras aproximações do pesquisador com o território em questão e culminou nas seguintes questões abordadas:

- Na tua opinião, como está a saúde no bairro da Terra Firme?
- Tu costumavas utilizar os serviços das Unidades de Saúde?
- Quando não consegue acesso às Unidades, o que tu costumavas fazer para conseguir atendimento?
- Além dos remédios e do atendimento médico, tu costumavas buscar outras formas de cuidar da saúde, como chás, parteiras, benzedadeiras, etc.?
- Hoje, a saúde no bairro está melhor, pior ou igual à época em que iniciou o Programa Família Saudável?
- Na tua opinião, o que precisaria para que a Terra Firme tivesse uma saúde de qualidade?

A análise dos dados obtidos por meio das entrevistas semi-estruturadas adotou a categorização em três grandes núcleos temáticos, a saber: Satisfação, Concepções e Expectativas. Esta proposta de categorização sistematiza os dados de acordo com as transcrições de trechos selecionados das entrevistas, assim como palavras-chaves, que orientam a análise do conteúdo seguindo a perspectiva do debate teórico proposto, que envolve as categorias território, poder e saúde.

5 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Esta pesquisa situa sua investigação no campo da saúde, o qual é permeado por múltiplas forças e relações dentre os agentes sociais que interagem entre si e com diferentes estruturas, relações estas permeadas por um conjunto de saberes e práticas que fundamentam modelos, conceitos, representações e experiências de vida, doença e cura, dentre outras possibilidades de construções psicossociais, históricas e culturais.

Trata-se, portanto, não de um conceito fechado, uma definição normativa ou uma noção totalizante. Trata-se de um campo de possibilidades e de disputas, cujas construções históricas e culturais desafiam-nos, no âmbito da investigação científica, a adotar fundamentos epistemológicos que orientem a aproximação com os mais distintos objetos de estudo que emergem do campo da saúde. Como afirma Campos (2000), é preciso compreender este campo “como uma construção sociohistórica de sujeitos concretos.”

Ao adotar esta perspectiva de análise, nossa linha de investigação se fundamenta nas contribuições teóricas da epidemiologia crítica como construção transdisciplinar no âmbito da Saúde Coletiva e que apresenta como categoria central de análise a determinação social do processo saúde – doença, ou as relações entre os caracteres biológicos individuais e coletivos com as macroestruturas políticas, econômicas e seus condicionamentos sociais.

Cabe aqui uma ressalva em relação à constituição histórica do campo da Saúde Coletiva como *locus* que agrega elementos do campo científico e das tradições e práticas em saúde no contexto das coletividades.

Rosen (1980) traça um panorama histórico sobre as práticas e políticas que viriam a constituir o campo da Saúde Pública. É no contexto de consolidação dos Estados Nacionais Modernos, em torno dos séculos XVIII e XIX, que as condições de saúde das coletividades ganham importância para o poder público [estatal], no sentido de garantir o controle populacional e o crescimento das cidades.

A partir dos impactos da industrialização e da urbanização sobre as condições de vida da população em geral, é que surgem, nos países em estágio avançado de industrialização – Inglaterra, França e Alemanha, diretrizes e mecanismos institucionais que viriam a constituir o arcabouço jurídico-normativo do movimento então denominado Sanitarismo ou Saúde Pública, como estratégia de controle estatal das condições de saúde das coletividades (SOUZA, 2014).

As ações, as políticas e suas representações institucionais no âmbito da Saúde Pública, cujas influências europeias repercutem em países como Estados Unidos e Brasil, já no início

do século XX, são pautadas por uma lógica denominada por Arouca (2003) de preventismo, notadamente marcadas por ações campanhistas e com forte cunho higienista, como as estratégias de vacinação e de controle de doenças infectocontagiosas. É nesse contexto da Saúde Pública que ganha destaque a epidemiologia tradicional, com grande aporte da bioestatística, como subsídio científico que fundamentaria as ações de controle de saúde das “populações.”

No Brasil, já na segunda metade do século XX, particularmente diante de uma crise do modelo médico hegemônico, seja no contexto científico, seja no âmbito da assistência em saúde, surgem formulações críticas quanto às limitações do modelo preventivista de saúde pública em relação à complexidade das demandas de saúde no país. É nesse cenário que se consolida o campo da Saúde Coletiva, como tentativa de superação do *preventismo* e enquanto:

[...] área do saber que toma como objeto as necessidades sociais de saúde - e não apenas as doenças, os agravos ou os riscos - entendendo a situação de saúde como um processo social, o processo saúde-doença, relacionado à estrutura da sociedade e concebendo as ações de atenção à saúde como práticas simultaneamente técnicas e sociais. (SOUZA, 2014)

Um dos principais expoentes da epidemiologia crítica no campo da saúde coletiva, o pesquisador equatoriano Jaime Breilh destaca o propósito da epidemiologia crítica diante da complexidade do processo saúde-doença e seus determinantes:

As condições da vida são coletivamente produzidas, e nesse mesmo processo de produção geram-se as relações sociais e de poder que determinam a distribuição do sistema de bens dos quais depende a reprodução social. A produção dos processos para a vida (protetores e destrutivos) determina, por sua vez, a forma de distribuição que eles assumem, a quota de bem-estar a que os grupos podem aceder, ou a quota de sofrimento de que eles padecem em função das carências ou contravalores de tais processos. É por isso que o conhecimento epidemiológico, para compreender os processos geradores da saúde - os que se produzem nos locais de trabalho, na esfera do consumo, nos espaços organizacionais e políticos, no campo da vida cultural e nas relações ecológicas -, tem, necessariamente, de levar em consideração as relações socioestruturais. (BREILH, 2006, p. 208)

A epidemiologia crítica, como vertente de raciocínio científico, representa uma ruptura com os modelos esquemáticos e representativos de análise do processo saúde-doença formulados pela epidemiologia tradicional de orientação linear e funcionalista, a qual direciona suas formulações a categorias como fatores de risco e construção de indicadores epidemiológicos generalizantes, caracterizando uma linha de análise predominantemente

unidimensional e estática, com ênfase à dimensão biofisiológica como central para a investigação da causalidade das doenças e suas representações.

Como afirma Nogueira (2009), um agente ou fator causal é apenas uma vertente de interpretação de um fenômeno ligado ao modo de ser da saúde. Em nenhuma hipótese, a ideia de causa como elemento central da investigação epidemiológica de viés funcionalista deve exaurir ou suprimir quaisquer outros conceitos ou categorias de análise que permitam analisar os processos relacionados à saúde a partir de uma perspectiva ontológica.

A crítica de Breilh (2006) à epidemiologia tradicional está relacionada ao alinhamento desta vertente do campo científico ao paradigma positivista, cuja concepção tecnicista e de quantificação dos fenômenos relacionados à ocorrência e distribuição de doenças fundamenta a racionalidade hegemônica do paradigma biomédico de compreensão, análise e interpretação das condições de saúde.

O modelo biomédico é a expressão no campo da saúde de uma visão de mundo cartesiana que fundamenta a ciência moderna ocidental e, conseqüentemente, a racionalidade médica hegemônica. A influência cartesiana molda historicamente a prática médica com grande ênfase a hiperespecialização, fragmentação de saberes, ênfase aos aspectos biocelulares das manifestações orgânicas corporais e ao exercício de relações de poder sobre o corpo humano (CAPRA, 2006, p.116).

Em contraposição a esta racionalidade do causalismo de base biológica, as formulações da epidemiologia crítica propõem um conjunto de meios, técnicas e racionalidades voltadas a uma análise epidemiológica ampla, com o propósito de direcionar suas investigações para além da dimensão individual, considerando processos mais amplos que interferem nas condições de saúde das coletividades. Trata-se de reconhecer o princípio do movimento, a ideia de processo, compreender as formas de devir que condicionam a saúde a partir das determinações históricas de tempo e espaço e suas relações com modos e estilos de vida (BREILH, 2006, p. 203).

Algumas formulações pioneiras sobre a determinação social do processo saúde-doença surgem ainda nas décadas de 1970 e 1980, com forte ênfase à análise de categorias marxistas estruturalistas que situam o campo da saúde no contexto das relações sociais a partir do processo de acumulação e reprodução das condições de produção capitalistas.

Uma vez que o corpo é, por excelência, objeto da medicina, e esse objeto só se define no conjunto das relações sociais, principalmente como força de trabalho, estaria a medicina situando-se, portanto, para além de seus limites técnicos. Ao normatizar as formas de utilização e os limites de normalidade dos corpos, considerados no conjunto das relações

sociais como força de trabalho, estaria criando as condições necessárias à produção econômica. Essa perspectiva marxista de análise da medicina como prática social trazida por Donnangelo (1976) é uma das contribuições pioneiras à corrente epistemológica que busca a compreensão da determinação social do processo saúde-doença.

Laurell (1982), ao descrever o caráter histórico-social do processo saúde-doença, afirma que para explicá-lo não basta a compreensão dos fenômenos biológicos ao nível do corpo, do indivíduo. É necessário compreender a articulação entre a dimensão biológica e o processo social historicamente determinado. Trata-se de construir objetos de estudo que permitam a análise de como o processo biológico ocorre socialmente.

Como afirma a autora, “esta reformulação da natureza da doença, que a recoloca como parte do processo biológico global, demonstra as limitações dos modelos de causalidade que ficam subjacentes ao pensamento médico dominante” (LAURELL, 1982).

Estas contribuições, além de pioneiras, representam questionamentos profundos à influência do paradigma cartesiano sobre o modelo biomédico de compreensão do processo saúde-doença, o qual atribui ao fenômeno biológico individual uma dimensão hegemônica.

Outras formulações a respeito da determinação social do processo saúde-doença trazem outros contextos e categorias de análise que nos permitem analisar esse processo para além da dimensão econômica que o corpo assume no modo de produção capitalista, sem negar esta dimensão de análise.

Canguilhem (2012) comenta que para Sigerist a medicina possui forte relação com o conjunto da cultura visto que suas práticas e concepções são condicionadas pelo contexto histórico-cultural. O próprio Canguilhem (idem) afirma que “a medicina nos pareceria, e nos parece ainda, uma técnica ou arte situada na confluência de várias ciências, mais do que uma ciência propriamente dita.” Em ambos os casos, destaca-se a importância do contexto histórico-cultural e suas influências sobre concepções e relações de poder que fundamentam as práticas médicas, políticas de saúde e análises epidemiológicas.

A questão da saúde e da doença é permeada por uma práxis, historicamente construída, e intermediada por conhecimentos, práticas e atitudes mediadas pela cultura como fenômeno que orienta ações e interações sociais. Nesse contexto é importante ressaltar que um sistema de saúde não existe *per se*, dissociado de outros aspectos gerais da cultura. Visões de mundo e experiências gerais construídas nas relações cotidianas, assim como símbolos e representações, são igualmente importantes para o reconhecimento de práticas e saberes que interagem com as ações e práticas desenvolvidas por um sistema de atenção à saúde (LANGDON; WIIK, 2010).

Portanto, ao considerarmos uma análise a partir da totalidade de elementos socioculturais relacionados ao campo da saúde e suas múltiplas representações, faz-se necessário destacar o sentido atribuído ao conceito de cultura, a partir de uma perspectiva antropológica de interpretação do processo saúde-doença:

Cultura pode ser definida como um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social. Trata-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas. (LANGDON; WIJK, 2010)

Tais aportes teóricos contribuem para a fundamentação epistemológica da epidemiologia crítica, segundo a qual as questões relativas à saúde e à doença não podem ser dissociadas das demais dimensões da vida social. Reconhecer categorias de análise que extrapolam os limites biomédicos do campo da saúde é fundamental para a compreensão da determinação social do processo saúde-doença.

Para Fleury-Teixeira e Bronzo (2010), “a política e a determinação social da saúde são dimensões indissociáveis da prática e do saber humanos”. Os autores consideram que a política ocupa um papel central no ordenamento social de indivíduos e populações, e, nesse contexto, a saúde é compreendida como um dos aspectos de determinação social da vida.

Macrodeterminantes socioeconômicos globais e relações interpessoais interagem na conformação de individualidades, as quais se manifestam ativamente nas escolhas e atos. Cada indivíduo forma-se e realiza a sua existência no curso das relações que se estabelecem na esfera social, assim como recorrem a meios materiais e espirituais para a realização de suas capacidades. Ou seja, interações subjetivas, assim como as condições materiais de produção, estabelecem inter-relações complexas que igualmente constroem as determinações das sociedades, dentre as quais, a saúde (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

Segundo Arreaza (2010), é importante que, do ponto de vista técnico-científico, estabeleça-se as contribuições de análise da determinação social do processo saúde-doença no escopo de conhecimentos e saberes da Saúde Coletiva, compreendida como um campo essencialmente transinterdisciplinar que congrega aportes da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde.

Enquanto prática social, a Saúde Coletiva deve propor mudanças e reorientações no modelo de atenção à saúde, levando em conta o contexto territorial em que estão inseridos os serviços e, portanto, agindo sobre o contexto em que as pessoas inserem-se e nos espaços

onde vivem. Dessa forma, é essencial a compreensão do território nesse contexto, uma vez que:

[...] o território é concebido como um espaço de coexistência entre grupos sociais com suas condições de vida e trabalho e acesso à educação, sendo parte do meio social da vida de comunidades saudáveis, de políticas públicas e de concepções sobre a saúde e doença, expressando uma cultura e saberes vivenciados. (ARREAZA, 2010)

Para avançarmos nos pressupostos de uma epidemiologia crítica e uma práxis emancipadora no campo da Saúde Coletiva, é imperativo que se estabeleçam rupturas, dentre elas, com a noção geométrica de espaço e com a noção empírico-analítica de território, propostas pela geografia clássica e, muitas vezes, utilizada pela epidemiologia convencional, por meio da quantificação de fenômenos relacionados à distribuição espacial de doenças e/ou para inferências estatísticas diversas.

Trata-se, portanto, de assumir a análise da produção social do espaço como elemento de superação da visão cartesiana que fragmenta sujeito e objeto, assim como dissocia o espaço das relações sociais concretas e da determinação social da vida (BREILH, 2010).

5.1 Território e Biopoder

As considerações feitas inicialmente quanto ao caráter multidimensional, histórico e relacional do conceito de saúde, também são pertinentes ao tratarmos do território enquanto categoria de análise científica. O reconhecimento da determinação social da saúde exige uma postura epistemológica crítica diante da concepção de espaço, no sentido de aprofundar as análises sobre a interconexão das relações sociais inerentes ao território com a vida cotidiana de indivíduos, famílias, grupos sociais e comunidades, em distintos contextos socioespaciais.

Paralelamente ao período de consolidação da Saúde Coletiva no Brasil, em meados de 1970, há uma guinada epistemológica também no âmbito da Geografia Crítica, graças às contribuições de Milton Santos no que diz respeito às formulações quanto ao caráter relacional e dialético do espaço geográfico. O diálogo entre as concepções de saúde formuladas pela epidemiológica crítica e as abordagens relacionais do espaço propostas pela geografia crítica, forneceram novos elementos conceituais para a interpretação socioespacial do processo saúde-doença (BORTOLOZZI; FARIA, 2009).

Em meio às contribuições teóricas a respeito da produção social do espaço, ou seja, uma concepção relacional de espaço e tempo que traduz a historicidade de uma dada realidade

social representada no espaço, algumas categorias e conceitos são reformulados pela geografia crítica em meio às repercussões dos processos de urbanização e globalização, com grande ênfase a partir da década de 1970 (SCHMID, 2010).

Nesse contexto, enfatizamos a noção basilar desenvolvida por Milton Santos (1997) do espaço como um processo social, pois expressa uma concepção que compreende a relação dialética entre forma e função, expressando-se ao mesmo tempo o espaço como processo e produto das relações sociais. Ou seja, aponta uma superação dos aspectos geométricos de um espaço meramente físico, para destacar o papel central das relações sociais na produção socioespacial de suas formas e funções em cada contexto histórico.

Na obra de Milton Santos, há um destaque a duas categorias fundamentais para compreensão do caráter relacional do espaço, que são totalidade e tempo. Em relação à totalidade, o autor afirma:

O espaço reproduz a totalidade através das transformações determinadas pela sociedade, modos de produção, distribuição da população, entre outras necessidades, desempenham funções evolutivas na formação econômica e social, influencia na sua construção e também é influenciado nas demais estruturas de modo que torna um componente fundamental da totalidade social e de seus movimentos. (SANTOS, 1979, p.10)

E para destacar a historicidade, ou seja, a importância de cada contexto histórico e suas especificidades em distintas dinâmicas e formações socioespaciais, o autor conclui que “o espaço se define como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por uma estrutura representada por relações sociais que se manifestam através de processos e funções” (SANTOS, 1978, p. 122).

A vasta obra de Milton Santos, como afirmam Saquet e Silva (2008), destaca-se, dentre outros elementos, pela processualidade de suas ideias, com destaque a historicidade de suas elaborações e a capacidade de estabelecer rupturas e permanências em relação a temas centrais, como o próprio espaço, e outros como território, redes e técnica, no decorrer de sua produção intelectual. Optamos por destacar a concepção relacional do espaço como base para elaborações que citaremos adiante.

É a partir da teoria da produção social do espaço que David Harvey apresenta a noção de espaço relacional:

Se considerarmos o espaço como absoluto ele se torna uma “coisa em si mesma”, com uma existência independente da matéria. Ele possui então uma estrutura que podemos usar para classificar ou distinguir fenômenos. A concepção de espaço relativo propõe que ele seja compreendido como uma relação entre objetos que

existe pelo próprio fato dos objetos existirem e se relacionarem. Existe outro sentido em que o espaço pode ser concebido como relativo e eu proponho chamá-lo espaço relacional – espaço considerado, à maneira de Leibniz, como estando contido em objetos, no sentido de que um objeto pode ser considerado como existindo somente na medida em que contém e representa em si mesmo as relações com outros objetos. (HARVEY, 1980)

Esta ideia de espaço como processo social, permeado por experiências e relações sociais, portanto, relações de poder, é fundamental para a compreensão do território. Mas antes de delinear e destrinchar as concepções de território que utilizaremos como fundamentação teórica, cabe destacar outro autor que contribuiu para a formulação crítica da teoria da produção do espaço: Henri Lefebvre.

Lefebvre (2000) apresenta-nos não uma conceituação de espaço, mas uma ideia de convivência dialética entre práticas espaciais que se traduzem em representações do espaço por meio de três dimensões: a prática espacial - ou o espaço percebido, que explicita a materialidade de lugares e conjuntos espaciais próprios a cada formação social, a percepção das formas; a representação do espaço - ou espaço concebido, onde se imbricam o saber e as ideologias, o espaço de signos verbais, dos intelectuais, dos planejadores e tecnocratas; e o espaço da representação – ou o espaço vivido, como dimensão do espaço dos “habitantes”, das práticas cotidianas, das significações culturais e afetivas, os lugares das situações vividas, de significados e simbolismos.

Trata-se, portanto de uma proposta epistemológica em que:

Conviria não apenas estudar a história do espaço, mas a das representações, assim como a dos laços entre elas, com a prática, com a ideologia. Uma tal história comportaria, por conseguinte, a gênese desses espaços, mas sobretudo de suas conexões, distorções, deslocamentos, interferências e de seus laços com a prática espacial das sociedades [modos de produção]. (LEFEBVRE, 2000)

Ainda que Lefebvre não utilize o termo território como central em suas formulações teóricas, sua concepção dialética tridimensional do espaço, e principalmente por meio da concepção de espaço vivido, fornece-nos elementos de análise que subsidiam diversas abordagens e concepções de território em diferentes contextos.

Para Fuini, há diferentes dimensões constitutivas do território de acordo com distintos processos históricos e socioespaciais:

Uma primeira é a que diferencia a concepção materialista do território, identificada com teoria naturalistas (ou etológicas), econômicas e jurídico-políticas; a segunda é a caracterização idealista que compreende processos de apropriação simbólica do espaço como fenômeno territorial construtor de identidade e, a terceira, é a

caracterização integradora que reúne todas as dimensões e que concebe o território como definido por relações de poder, multiescalar, híbrido em rede e indissociável da prática dos grupos sociais. (FUINI, 2017)

Ao destacar as relações de poder em suas múltiplas dimensões, com ênfase aos usos e seus sentidos de apropriação simbólica e construção de identidade e práticas, Rogério Haesbaert, geógrafo brasileiro, apresenta-nos uma concepção de território que dialoga com a dimensão do espaço vivido proposta por Henri Lefebvre.

Para Haesbaert, o território, enquanto espaço-tempo vivido:

[...] é sempre múltiplo, diverso e complexo, ao contrário do território unifuncional proposto e reproduzido pela lógica capitalista hegemônica, especialmente através da figura do Estado territorial moderno, defensor de uma lógica territorial padrão que, ao contrário de outras formas de ordenação territorial [como a do espaço feudal típico], não admite multiplicidade/sobreposição de jurisdições e/ou de territorialidades. (HAESBAERT, 2007)

Destaca-se nessa proposição uma relação dialética conflituosa entre dominação e apropriação no território, onde prevalece uma hegemonia de relações de dominação político-econômica no contexto socioespacial, concreta e unifuncional, típicas da dinâmica de acumulação de capitalista, sobre as relações de apropriação, mais cultural, subjetivas e/ou simbólicas, marcadas pelos usos e vivências, que incorporam o tempo vivido (LEFEBVRE, 2000; HAESBAERT, 2004).

Dessa forma, afirma que todo território é: “[...] funcional e simbólico, pois as relações de poder têm no espaço um componente indissociável tanto na realização de funções quanto na produção de significados” (HAESBAERT, 2007).

O central nesta proposta de abordagem do território são as relações de poder, seja no aspecto material, funcional, decorrentes de relações políticas e econômicas, seja no aspecto simbólico, cultural, dos valores de uso e de construção de territorialidades como estratégias político-culturais (HAESBAERT, 2004).

No contexto das relações socioespaciais, onde dialeticamente desenvolve-se a determinação social da vida, emergem relações de poder, em distintas perspectivas. O corpo, como objeto do saber científico e das práticas médicas, ocupa um papel fundamental. E como afirma Safatle (2016): “não há política sem corpo.”

Compreender o papel que ocupa o corpo, no contexto das relações de poder, em uma perspectiva que leva em consideração os entrelaçamentos das relações de dominação e apropriação no âmbito do território e suas territorialidades, é o eixo de diálogo entre a abordagem territorial proposta por Rogério Haesbaert, as contribuições epistemológicas de

Henri Lefebvre em relação à produção social do espaço e a discussão estabelecida por Michel Foucault entre o território e a noção de biopoder.

Ao analisar a complexidade e capilaridade das relações de poder em várias instâncias da vida social, Michel Foucault (2007 [1979]) propõe-nos um método de análise que permite identificar um entrelaçamento de relações de poder que penetram distintas instituições, técnicas e saberes em diversas escalas do mundo cotidiano, inclusive no âmbito mais local das práticas sociais.

No decorrer do século XVII e primeira metade do século XVIII, Foucault (2010) descreve a emergência do poder disciplinar enquanto técnicas de poder, deslocadas do poder soberano, e voltadas à individualização dos atos de poder por meio da coerção e adestramento dos sujeitos conforme as lógicas das instituições.

Paralelo ao poder disciplinar, já na segunda metade do século XVIII, como aprimoramento das técnicas de poder e superando a perspectiva individualizante do poder disciplinar, há o surgimento do biopoder como dispositivo voltado ao controle de conjunto da espécie humana, dentro de uma biopolítica de controle das massas. Sobre o biopoder, o autor descreve como:

[...] o conjunto de mecanismos através dos quais aquilo que, na espécie humana, constitui seus traços biológicos fundamentais, poderá entrar no interior de uma política, de uma estratégia política, de uma estratégia geral do poder; dito de outra forma, como a sociedade, as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, levaram em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana. (FOUCAULT, 2008)

A noção de biopoder emerge de uma esfera biopolítica fundamentada no controle e regulação das massas, das populações, da espécie humana. Os corpos estariam, enquanto espécie humana, envoltos em uma estratégia geral de poder. Uma ampliação das relações de poder aos fenômenos coletivos, dentre os quais a medicina e a epidemiologia estão situadas no contexto: “[...] uma medicina que vai ter a função maior de higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, [...] de campanha de aprendizado da higiene e da medicalização da população” (FOUCAULT, 2000).

A respeito da biopolítica, Foucault refere-se a:

[...] maneira como se procurou, desde o século XVIII, racionalizar os problemas postos à prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raças”. (FOUCAULT, 2008, p. 431)

Desde a perspectiva da biopolítica, torna-se indissociável a análise da racionalidade política sob a qual emerge suas técnicas de poder, da compreensão dos fenômenos descritos como problemas específicos da espécie humana dentro de uma governamentalidade. É nesse contexto, nesta perspectiva de controle do fenômeno “população”, que se analisa o debate que surge na Inglaterra em meados do século XIX acerca da legislação sobre saúde pública, ou ainda, a perspectiva da polícia médica na Alemanha como medicina e ciência de Estado, em meados do século XVIII (FOUCAULT, 2008).

Martins e Junior sintetizam esta análise foucaultiana sobre biopoder e biopolítica da seguinte forma:

Os mecanismos disciplinares se integram, então, aos mecanismos de segurança e à biopolítica, numa perspectiva mais ampla que é a do poder sobre a vida, do biopoder. É na articulação da anatomopolítica dos corpos (que caracteriza os mecanismos disciplinares) com a biopolítica das populações (enquanto mecanismos de regulação e segurança), que teriam produzido esse poder e esse saber sobre a vida, o investimento maciço sobre a vida e seus fenômenos, a partir de uma tecnologia refletida e calculada e da introdução da população como objeto de intervenção política, de gestão e de governo. (MARTINS; JUNIOR, 2009)

O debate sobre o biopoder e a ampliação do escopo de análise sobre os mecanismos de efetivação dessas relações de poder no contexto de uma estratégia geral de controle dos corpos, oferecem subsídios teóricos para diálogos interdisciplinares no campo da saúde que enriquecem as abordagens da determinação social da vida, ao incorporar categorias e conceitos usualmente trabalhados em outras esferas do campo científico.

Considerando a historicidade e o caráter dialético do processo saúde-doença no contexto do debate biopolítico contemporâneo, Conno (2012) destaca a importância de se construir estratégias de resistência biopolítica ou práticas de ação política libertária, como forma de enfrentamento ou superação dos biopoderes em várias escalas.

Sobre estratégias e/ou práticas de resistência, o autor destaca a necessidade de se construir formas alternativas de distribuição de poder, traduzida pela ideia de democracia biopolítica como eixo de construção de novas formas de vida em comum:

Una democracia biopolítica implica una apuesta por un proceso de democratización de otras formas de vida: estado, sociedad, mercado, educación, sexualidad, trabajo, comunicación, información. Implica modos distintos de ser, de pensar y de existir, modos diversos de sentir y de actuar. (CONNO, 2012, p.190)

Trata-se de abordar a determinação social da vida, tomando como estratégia de resistência a ideia de democracia biopolítica enquanto práxis emancipatória. Portanto, abordar a compreensão do processo saúde-doença a partir da multiplicidade de agentes sociais que vivenciam o território, a partir da complexidade das relações sociais permeadas por relações de poder no cotidiano de tais agentes, configura-se, no contexto desta pesquisa, um apontamento estratégico em direção a esta práxis emancipatória.

Ao adotar os agentes sociais como sujeitos da pesquisa, esta dissertação propõe-se a identificar práticas e saberes que se configuram em seus contextos específicos como estratégias de resistência, de luta, de emancipação. O biopoder permeia as práticas dos agentes públicos por meio de estratégias de controle dos corpos, enraíza as práticas dos serviços de saúde por meio do manejo do adoecimento coletivo e subtrai a autonomia de tais corpos por meio de práticas de coerção e violência.

Busca-se compreender a complexidade de tais relações de poder a partir da abordagem do espaço vivido, do território das experiências e subjetividades, como dimensões da vida cotidiana, onde se reproduzem aspectos do biopoder em suas mais distintas vertentes.

particular, porque eu não conseguia mais né, já tava com muita dor de cabeça, não conseguia enxergar e ela também. Quer dizer, tive que ir eu e ela no [serviço] particular. Já fui umas três vezes lá [no Programa Família Saudável] e ainda não veio. E aí eu desisti e não fui mais. (Moradora B – USF Terra Firme)

Esse problema de saúde, doutor, tá no mundo inteiro né. A gente demora pra conseguir uma consulta, às vezes vai pro médico e o médico não vai, ai remarca, mais três meses, e assim vai se vivendo. Às vezes eu tento ir num Particular quando eu posso. Quando dá pra eu ir numa consulta particular lá com a médica eu faço, quando não eu perco, porque o SUS tá muito lento... O atendimento no SUS é um problema. (Moradora C – USF Terra Firme)

Olha a saúde hoje em dia é boa, a gente vai lá e não tem médico especialista de muita coisa, mas pra outras coisas têm, assim, médico de pressão, uma doutora assim pra examinar a gente... Pra mim tá bom, até hoje tá bom graças a deus. Agora eu vou lhe dizer a verdade. Nós não temos certos médicos que a gente precisa ali. Não tem. E algumas já foi melhor. Eu não sei o que foi que aconteceu, que agora nós não temos. O *Família Saudável* eu vou lá com a médica pra negócio de pressão. Mas pra mim funciona bem, eu vou lá e graças a deus eu consigo me comunicar com ela, fazer consulta. Pra mim a saúde aqui tá boa. O que falta melhorar são os médicos que faltam vir pra nós pro nosso posto aqui, médico especialista assim, dos ossos, de outras coisas de dentro da gente. Faltam esses médicos que somem tudo. Inclusive foi uma senhora procurar um médico, não sei qual médico era, acho que era do fígado. Foi uma confusão que ela fez. Disse que ia chamar a imprensa. (Moradora D – USF Terra Firme)

Tá precária, eu achei ruim essa *coisa* deles agora. Antes, a gente ia, pegava uma ficha, consultava. Agora não, não tem disso mais. Aquele que tava marcado por mês, é por mês que marca. Quer dizer, quem tá doente, não pode consultar aquele mês porque aquele mês já tá marcado. Hoje tá assim. Tem aquele posto pra lá [USF Terra Firme], só atende quem tá matriculado lá. Os daqui não podem se consultar lá. Porque só pode consultar do posto de saúde pra lá; Quando a mamãe tava viva, ainda ia consultar pra lá com a mamãe, que morava pra lá. Mas agora ela já morreu, agora não consultei mais. Mas aqui tá difícil, porque não botaram o *Família Saudável* pra cá [UMS Terra Firme]. Logo quando o Edmilson projetou o *Família Saudável*, tinha. (Moradora E – Não atendida pela ESF)

Eu acho que tá meio precário, meio ruim. A gente vai no posto, falta médico. Os atendentes não atendem direito. Eu acho que falta uma pessoa que tenha interesse, um interesse, pra dar saúde pro pessoal. Há muito tempo eu era atendida pelo *Família Saudável*, hoje em dia não mais. Tá difícil. (Moradora F – USF Pq Amazônia II)

Olha doutor, só piorando. Porque a *Família Saudável* nem existe mais. Como te falei aquele dia, na época meus filhos ainda eram pequenininhos, crianças. Meu filho já vai fazer 18 anos, a última vez que ele foi consultar lá ele tinha uns 4 pra 5 anos. Como a faixa etária dele não permite mais, parece que é até os 3 anos, eu não consigo mais consulta pra ele lá. Quando o *Família Saudável* passou lá pro outro posto [UMS Terra Firme] nós perdemos esse benefício. É só quem mora pra lá. Pra cá não existe mais família saudável. E nós perdemos. Antes era tão bom, quando era família saudável eles vinham uma vez no mês, as vezes durava dois meses, mas vinham, consultavam, vinham se tinha alguma coisa precisando. Ai depois que acabou, ficou mais difícil. Quando eu fiquei doente, há dois anos atrás, eu só consegui que o médico me consultasse porque eu falei com a assistente social, disse que as minhas pernas estão paralisando. Ficou mais difícil. Você pode dormir, passar dois dias na fila e você não consegue. (Moradora G – Não atendida pela ESF)

Moro aqui há mais de 20 anos e com toda certeza, nossa saúde só piorou. Quando começou o Família Saudável, a gente recebia visita dos agentes, que moravam no bairro, dos médicos, dos enfermeiros. Marcavam consulta, todo mundo aqui em casa consultava, nem precisava tá doente. Mas hoje em dia, credo. A gente nem conhece os agentes. Nem lembro a última vez que vieram em casa. Médico então, é uma dificuldade de marcar consulta. Quando a gente precisa, tem que se virar, correr atrás pagar particular ou correr pro pronto socorro. Quando tem dinheiro né. Quando não tem, só rezando mesmo. Não tá fácil. (Morador H – USF Parque Amazônia I)

Esta pesquisa adota uma linha de análise das relações de poder de acordo com a perspectiva foucaultiana, segundo a qual nossas relações sociais em diversas instâncias são permeadas por relações de poder, sejam nos aspectos institucionais ou da vida cotidiana. Ao analisarmos as práticas de saúde tomando como referência os relatos de moradores evidenciando a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tornam-se evidente os mecanismos do biopoder expressos na relação dos serviços com o território, onde se observam traços de banalização do sofrimento, de impermeabilidade dos serviços às demandas sociais além de um distanciamento entre a esfera da vida pública e os agentes institucionalizados em suas redomas denominadas “unidades de saúde.”

No que diz respeito às práticas e concepções de saúde, é possível identificar uma multiplicidade de significados e alternativas que se desenvolvem no contexto do território. Considerando as estratégias desenvolvidas pelos moradores no contexto de dificuldade de acesso aos serviços de saúde, foi possível listar os seguintes trechos de entrevistas:

Primeiramente é fé em Deus. A gente se pega muito com Deus. E a gente vai indo... As pessoas vão indicando, toma isso, toma aquilo... Os amigos que já tem mais experiência, um médico que a gente conheça que passe alguma orientação, uma enfermeira. Mas benzedeira não conheço. (Moradora A – USF Parque Amazônia II)

A gente corre pro particular, aquelas clínicas, pequenos postos. Como eu fiz né, eu não consegui a consulta aí eu fui com a minha filha, fiz o óculos, era uma coisa que a gente não podia esperar. Paguei. Mas as benzedadeiras não temos mais. Tinha uma senhora, ela era muito importante, mas faleceu. Ela era muito boa nessas coisas. [Dizia para ela] “Aí, tô com um negócio aqui”. E ela cuidava de nós. Há 25 anos, quando engravidei do meu primeiro filho, eu trabalhava sentada – trabalhava no comércio – e eu sentia muita dor aqui [nas costas]. Chamavam ela de mão branca, porque ela tinha aquela doença que fica pigmentada, aí chamavam ela de mão branca. [Falava] “bora ali na mão branca”. Chegava lá ela puxava, benzia... Tava esperando meu filho pro final de dezembro, ela disse “esse daqui não passa do dia dois”. Eu esperava uma menina – naquele tempo não tinha ultrassom com frequência – e ela disse que era um menino. Eu não vejo mais [alguém como ela]. Meu filho nasceu dia dois e era um menino. Até hoje eu não esqueço dela. Várias pessoas da minha idade se lembram quando tem tal coisa assim [e dizem] “se tivesse a mão branca...” Hoje em dia a gente não tem mais isso, que eu saiba não têm mais pessoas assim. (Moradora B – USF Terra Firme)

Quando dá corre no particular. Quando não dá, o jeito é o pronto-socorro ou fica por isso mesmo. [...] Eu costumo fazer um chazinho em casa, uma simpatia de uma erva da mãe natureza. Um remédio caseiro é mais do que suficiente. A gente fazendo é uma coisa que a gente tá vendo, a farmácia a gente não tá vendo. Então não se intoxica [...] o remédio caseiro da erva natural é melhor do que da farmácia. (Moradora C – USF Terra Firme)

Assim, coisa passageira. Um chazinho quando dói a barriga, faço um chá de casca de laranja. Um cháinho básico. Há muitos anos atrás tinha umas benzedadeiras aqui no bairro. Hoje em dia não tem mais, já morreram todas. (Moradora D – USF Terra Firme)

É meu trabalho... eu sou médium né. Há muitos anos. Desde os 16 anos de vida, eu tomei conta do meu terreiro, meu trabalho. Às vezes, é como médico, as vezes dá, as vezes falha. Aí já vai pra outro. Mas quando dá certo, eu faço mesmo[...] Vários tipos de problemas eu curo. Tem uns mais difíceis, outros fáceis pra dar o remédio, mas a gente lutando aqui e acolá com ajuda de Deus e Nossa Senhora, vai dar [...] Trabalho muito com ervas que eu compro no Ver-o-Peso. Tem aí na feira, mas é mais caro. Aí a gente vai nas barraquinhas no Ver-o-Peso. Faço também garrafada, vários tipos pra saúde [...] as vezes quem trabalha no posto consulta comigo. Às vezes o problema deles não é pra médico, aí vem comigo. (Moradora F – Terreiro Afro-Religioso)

Eu tomo muito [remédio natural] – o médico proibiu de eu tomar alguns medicamentos naturais, ele prefere que eu passe, aí eu passo alguns ovos, que a gente aplica banho de ovo [para dor]. E também na Casa dos Capuchinhos, que tem as freiras. Aí a gente se consulta e elas passam o remédio certo caseiro pra gente passar ou tomar, ingerir né. Também lá, pra qualquer coisa. Aqui no bairro até tem, na feira de peixe tem [ervas], só que a minha mãe não acha muito confiável, ela acha que no Ver-o-Peso elas são mais experientes. A última vez que eu tomei garrafada eu engravidei[risos]. (Moradora G – Não atendida pela ESF)

Em meio à deterioração dos serviços públicos e a dificuldade de acesso às políticas de saúde, observam-se tendências de inflexão às alternativas privatistas das demandas de saúde como forma de amenizar o sofrimento e/ou processos específicos de adoecimento. Portanto, aqui cabem indagações quanto às intencionalidades que sustentam o desmantelamento dos serviços públicos de saúde.

Quanto aos saberes e práticas tradicionais, observam-se dimensões do cuidado para além do paradigma biomédico, enfatizando a autonomia dos corpos em relação aos processos de cura numa perspectiva de resistência às práticas e representações do biopoder no território, como o uso de plantas e chás. Porém, é válido ressaltar uma tendência de retração dos saberes e práticas tradicionais, visto que a transmissão de tais saberes tende a estagnar com a morte das gerações mais antigas e, portanto, sua disseminação e propagação entre as gerações mais novas tornam-se ameaçadas.

Ao abordarmos as expectativas dos moradores em relação à saúde no bairro, assim como os fatores que influenciam o processo saúde-doença, foi possível listar os seguintes trechos de entrevistas:

Olha, precisaria de um posto mesmo com bastante médico, tipo Ginecologista, Pediatra, Clínico Geral. É isso. Um posto que funcionasse mesmo. Que atendesse as necessidades das pessoas. (Moradora A – USF Parque Amazônia II)

Olha, eu acho que seria levar a sério, porque médico tem, enfermeiro tem, a gente chega no posto e tem todo o pessoal lá, então eu acho que seria uma boa administração. Hoje é sábado, mas dia de semana se você for umas 16h no posto você não encontra ninguém. Encontra o porteiro. [pergunta] “Cadê o fulano?” “Já foi.”. Você não encontra mais ninguém pra consultar na parte da tarde. Então eu acho que o que falta é uma boa administração[...] Eu acho que o saneamento e a água também são importantes. Acho que a água, porque a gente não usa essa água da Cosanpa. A gente usa pra tomar banho e lavar roupa, porque não temos condições de comprar água mineral pra isso. Mas pra tomar a gente usa água mineral. Quer dizer, é um custo pra gente, que aqui de baixa renda isso é um custo alto. Então eu acredito que é o saneamento. Tá em obra, tão prometendo, a gente tá até com esperança agora porque, como já lhe falei, eu moro aqui há 33 anos e essas promessas são muitas [...] Olha, ano que vem tem eleição né, então no ano anterior a gente ouve essas promessas, eles passam aqui medindo a rua – essa rua, todo ano anterior à eleição eles passam aqui medindo a rua, aí lógico, a gente tem esperança. [eles dizem] “Ah, essa rua vai ser beneficiada, faz parte do Projeto Tucunduba” e olha, tem muito tempo que eles [moradores] disseram que tem verba há muito tempo, mas não foi feito por falta de vergonha na cara dos políticos, porque dizem que a verba já tem, já foi liberada e toda época de eleição eles começam. Na eleição passada a gente andava aqui na beira do Tucunduba e era máquina, areia e seixo adoidado. Passou a eleição, a gente não viu mais nada [...] Meu sonho era uma Terra Firme toda pavimentada, que já tá bastante, mas ainda falta muito. Segurança é uma coisa muito importante aqui pra gente... Eu que moro aqui há 33 anos não tenho medo de andar aqui qualquer hora da noite, mas pra quem vem de longe não gosta de entrar. Então a segurança é muito importante aqui pra gente. A saúde e o saneamento, acima de tudo eu acho que são essas duas coisas pra melhorar muito: saúde e saneamento. Além da segurança. Essas três. Os três “S” que o Zenaldo prometeu [risos]. É o mais importante aqui pra gente porque eu acho que uma coisa puxa a outra. (Moradora B – USF Terra Firme)

Eu acho assim, senhor... Que deveria ter pra melhorar a nossa saúde uma água de primeira qualidade pra gente não tá tomando essa “água mineral” que não é nada mineral, é água da torneira[...] ainda compramos 6 reais um tambor. Outra, saneamento básico. Não tem no bairro. Aí fica naquela imundice de um pegando água do quintal do outro. Não tem uma tubulação, não tem nada. Não tem saneamento básico. Acho que é isso que contamina a saúde do povo. (Moradora C – USF Terra Firme)

Eu acho que deveria ter mais médicos. E um posto de melhor qualidade. Não digo de estrutura, digo assim, de ter enfermeiro. Quando a gente vai fazer um curativo, não tem material, ou o enfermeiro já foi. E pra gente conseguir uma consulta hoje em dia tem que ser com a assistente social. Só se for um caso muito grave que ela vai dar um encaminhamento e não é nem pra cá, é pra outro canto. (Moradora G – Não atendida pela ESF)

Eu penso assim. Médico é importante? É. Claro que é. Mas não adianta ter médico se a gente continua adoecendo, tomando água contaminada, com lixão nas ruas, cheio de alagamento. Tem que prevenir. E tem que tratar quando tá doente também. Isso tudo é importante. Monte de garoto morrendo aí pro tráfico no nosso bairro. Tem que ter segurança também. Tudo isso é saúde [...] Quando o programa [Família Saudável] funcionava, não precisava tá doente pra ter visita. Agendar consulta. Era prevenção. Agora não. É cada um por si, quando dá sorte consegue. A gente nunca sabe se tem médico no posto. (Morador H – Parque Amazônia I)

Observam-se contradições de expectativas e concepções de saúde. Enquanto há registros de expectativas em torno de um conceito ampliado de saúde, ainda se observam relatos que materializam a hegemonia do modelo médico-centrado de cuidado à saúde, muito comum ao paradigma biomédico e suas concepções fundamentais.

Nesta etapa da pesquisa, a postura de observação-participante como técnica de interação entre o pesquisador e os sujeitos sociais que compõem o objeto de estudo em questão, contribui para a interação com o contexto da pesquisa e abrir oportunidade à experiência de compreender movimentos, sentidos e processos. Durante o processo de imersão no território foi possível identificar importantes agentes sociais que vivenciam ou vivenciaram o cotidiano do bairro em distintos contextos, para além dos moradores entrevistados na etapa anterior.

Com tais agentes, quatro no total, optou-se pela entrevista aberta como técnica de aproximação e descrição da realidade vivenciada e narrada pelos mesmos, cada um a partir de uma experiência concreta e uma pergunta-temática disparadora sobre a peculiaridade de cada experiência. Em relação a um dos agentes selecionados nesta etapa, o ex-gestor municipal responsável pela implantação do Programa Família Saudável em Belém, a transcrição de trechos das entrevistas foram sistematizadas no capítulo anterior como elementos de contextualização da ESF no bairro da Terra Firme. As demais transcrições seguem abaixo.

Dentre os agentes sociais, destacam-se uma ex-moradora do bairro chamada Simone Cardoso, socióloga de formação, que atualmente vive em outro estado. Mas descreve uma experiência de organização popular e resistência, coordenada pelo movimento denominado à época de Caravana da Paz, no contexto de *re-territorialização* da ESF no bairro da Terra Firme, executada pela gestão municipal em meados de 2010. Sobre este processo, época em que ainda era moradora do bairro, destaca-se o seguinte trecho da entrevista:

[diziam que] era mais uma questão de organização e que eles iam arrumar. Foi o que nos disseram a priori. Mas com o tempo a gente foi vendo que não era por ai, que o programa estava sendo desmontado. Ai culminou da gente ter essa parceria com os órgãos de controle e nos informaram que não era bem assim, que a Estratégia Saúde da Família estava passando por uma crise, que o município não tava querendo mais

executar como deveria [...] Nós só soubemos mesmo porque nós fomos atrás das informações, e não porque foram ativos no sentido de informar. E foi a troca de muita luta, de ir atrás, de querer cobrar. [...]Então, deu certo, parece que foi uma coincidência que o Ministério Público e os outros órgãos, assim, o TCU, CGU, MPE, MPF e as auditorias do próprio SUS, estavam fazendo uma articulação, um projeto piloto, pra que eles fizessem esse acompanhamento da saúde, com a participação popular. E coincidiu deles estarem fazendo isso e nós nos encontramos e começamos a falar da situação da unidade. E aí começaram a surgir vários problemas, inclusive essa questão do programa, que estava sendo desmontado. [...] O Ministério Público começou a se aproximar em maio ou junho de 2010, no meio do ano, por aí né, fez uma capacitação com as pessoas pra que a gente pudesse intervir na unidade, depois disso nós fizemos uma inspeção no local, promovemos audiências públicas, pra que a gente mostrasse o que tinha sido encontrado nessa inspeção e cobrasse das autoridades. Então foi uma coisa muito bem articulada, porque a gente tinha desde o Conselho [Regional] de Farmácia, que averiguou todas as irregularidades, até o Ministério Público, entrando com uma ação mais articulada e qualificada mesmo sobre a situação, então a gente tinha esse aporte desses órgãos que foram muito importantes. [...]Nós tivemos sucessivas manifestações. A *ouvidoria popular* também foi interessante, antes da audiência a gente fez essa ouvidoria, ficamos uma semana nos revezando na frente do posto né, coletando informações das pessoas sobre os atendimentos que elas iam buscar e não conseguiam ser atendidas, tabulamos esses atendimentos, medicação, consulta, vacina, especialidade, clínico, que é o mais fácil, é o que menos tinha, além de ginecologista, pediatra e outras áreas, aí a gente tabulou isso e apresentou na audiência, quais eram as principais demandas que as pessoas iam lá buscar. Então foi uma experiência interessante nesse sentido. A gente conversava com as pessoas, pegávamos contato, e criou uma certa referência também. Aí nós divulgávamos o número da auditoria do SUS, e ficava num processo educativo também pras pessoas. (SIMONE CARDOSO, entrevista sobre o processo de re-territorialização da ESF no bairro da Terra Firme, 2017)

O movimento Caravana da Paz, citado por Simone, é uma experiência de articulação de igrejas cristãs e outros movimentos sociais ligados ao bairro da Terra Firme, que acompanhou, durante o período de 2010 a 2012, o processo relatado de mudanças e transformações que ocorreram no território de atuação da Estratégia Saúde da Família no bairro, o que gerou uma série de demandas em relação ao acesso e à qualidade dos serviços oferecidos à população local.

Sobre este período de articulação dos movimentos sociais do bairro, há o registro documental de iniciativas dos moradores do bairro por meio de atos e manifestações no sentido de denunciar a precariedade dos serviços de saúde na Terra Firme, em meio às reconfigurações impostas pela Prefeitura de Belém no que diz respeito à reorganização dos serviços de saúde àquela época.

É importante destacar a importância da participação popular como estratégia de resistência e luta no território. Como nos mostra o histórico de lutas no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira e a consolidação dos princípios constitucionais do SUS, não há saúde numa perspectiva emancipatória e universalista sem participação popular, sem controle social e sem o engajamento dos agentes sociais que vivem o território.

Figura 20 – Jovens denunciam a precariedade da saúde na Terra Firme, 2012.



Fonte: Evandro Santos/G1. Disponível em: <http://g1.globo.com/pa/para/noticia/2012/07/ato-publico-pede-melhorias-em-unidade-de-saude-em-belem.html>

Figura 21 – Manifestação de moradores da Terra Firme, 2013.



Fonte: Gil Sóter/G1. Disponível em: <http://g1.globo.com/pa/para/noticia/2013/06/moradores-da-terra-firme-realizam-ato-do-rato-e-pedem-melhorias-na-saude.html>

Sobre a interculturalidade do processo saúde-doença, assim como os saberes e práticas de saúde identificados no contexto do território estudado, optamos por registrar a entrevista com Mãe Nalva, liderança afro-religiosa responsável pela Associação Afro-Religiosa e Cultural Ilê Yaba Omi – ACYOMI e pelo terreiro que funciona no mesmo local, no bairro da Terra Firme, na Rua da Olaria nº34, a qual desenvolve um trabalho denominado Saúde nos Terreiros, como eixo da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. A respeito da

interculturalidade deste trabalho e sua relação com o território, destacam-se os seguintes trechos da entrevista:

Eu sou a Mãe Nalva de Oxum, eu sou Yalorixá, eu sou mãe, sou avó, sou tia, sou antes de tudo uma mulher. E a Mãe Nalva é uma pessoa ávida em passar, em fazer com que as pessoas entendam que a nossa tradição de matriz africana e o nosso sagrado não é nada demais de demônio e dessas coisas assim [...] eu ainda coordeno a Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. E através dessa Rede, a gente começou a fazer um trabalho com a prevenção do HIV, a verdade foi essa. Mais ou menos nos anos 90, no Rio de Janeiro foi o grande *boom* da AIDS. Então nós, povo de terreiro, começamos a ver com preocupação isso, né. Nós temos os nossos particulares e também todo mundo precisava entender essa nova peste, né. Ai começou, foi no Rio de Janeiro, daí foi pra outros estados, como Maranhão, Recife e depois veio pro Pará. [...] Aí a gente fez a inauguração de um painel [no terreiro], onde era uma esteira... porque cada de povo tradicional é um entra e sai danado. E tem um dia que a pessoa trabalha, que ficam aqueles esperando por um passe, uma consulta, alguma coisa. Ficam fazendo nada. A gente inaugurava um painel, onde a gente pregava vários informativos... esses folders sobre doenças, ai a gente aproveitava, sobre a aids em geral. E a gente colocava. E a pessoa ia esperar a consulta e enquanto ela esperava ela lia o folder, ela se informava, entendeu? Isso foi muito importante. No começo eu achava assim, uma ação, depois eu fui ver a importância. Enfim, eu sei que nós começamos assim, e a SESP, juntos com a gente, quando entramos primeiro no grupo que era o da AIDS, eu e o Babá Tayandô, nós começamos timidamente, lá conheci a coordenadora estadual de DST/AIDS, e aí comecei a desenvolver vários trabalhos. (Mãe Nalva – Saúde nos Terreiros)

Porque a doença pra nós é um desequilíbrio. É uma energia que não está. Se você está em equilíbrio, você não adoece. Apesar dessa fala, da gente ter feito... eu faço muito essa fala, não a nível espiritual porque eu não sou, mas o que é o você estar bem, você estar equilibrado? A sua cabeça, a sua *ori*, se a sua *ori* estiver equilibrada, o corpo está. E se o corpo está equilibrado ele tá bem, ele não tem doença. Não adoece. Porque doença é uma energia que tá errada, está fora do lugar, grosseiramente é assim. Então pra nós é isso. Então a gente cuidava de um lado e de outro, cuidava do físico mas também da prevenção. Tanto que começou com folhas. Um chazinho aqui, ensinava pra isso, pra aquilo, e aí a gente fazia uma fala da prevenção. Porque eu acho engraçado que a gente lida muito, na medicina mesmo, com a curativa, né. A medicina curativa. E a preventiva – uma coisa muito interessante, pra nós, você vai pro hospital, tá dodói, vai pro hospital, você precisa fazer uma intervenção cirúrgica ou alguma coisa assim, a gente te faz um *ebó*, entendeu, a gente vai te equilibrar [...]Tínhamos muito cuidado na Rede e continuamos tendo. Sabemos o saber e reconhecemos o saber, não tiramos o saber do médico. É o contrário do que eles fazem, que tiram o nosso. Não, nós dizemos “você vai, você precisa de um médico lá.” (Mãe Nalva – Saúde nos Terreiros)

Olha, a gente tinha uma parceria com o posto de saúde ai da Terra Firme. Porque assim, o terreiro também servia pra ser um espaço de vacinação, entendeu [...] Chegou ao ponto de assim, uma pessoa tava doente e tal, precisava, aí ia lá na ACYOMI, eu fazia um bilhete e mandava a pessoa pra lá pro posto e aí a pessoa era atendida. E também as pessoas vinham na nossa casa, né. Era muito legal isso. [diziam] “Mãe, tem vacina disso” e aí a gente abria pra ser um posto de vacinação. E aí a gente levou muito tempo, elas vinham pra gente conversar. Eu ia lá, todos eles de lá [do posto] eram bem acessíveis. Nós fizemos pesquisa aqui, no entorno grande, que eles queriam até a nossa pesquisa. A pesquisa foi assim, aquela família vou visitar ela ali. [perguntávamos] Idade, tem idoso, tem criança, se o sanitário era fossa séptica, tinha tudinho nos nossos quadradinhos. Se tinha alguma pessoa com doença crônica, era completo. Nós fizemos porque nós fazíamos um trabalho com

eles, de cesta de alimento, e a gente queria saber também como esse povo vivia. E a gente tem até hoje guardadas essas fichas. Já tem mais de dez anos, com certeza absoluta. Então a gente tinha tudo isso, quantas crianças na casa, se tinha pessoa de idade, doenças, trabalho, se o chefe de família era homem ou mulher. E foi o povo da casa, os filhos, o povo da associação, nos dividíamos e íamos pras visitas. Uma pessoa fez pra nós [o formulário], no tamanho de uma folha A4. Se a casa era de madeira, de alvenaria, era bem detalhado [...] é uma pena muito grande que não seja utilizada essa ferramenta que é um espaço desse, que seja um *illê*, que seja uma associação, junto com uma SESP da vida [...] Fazíamos oficina, pra desenvolver assim, pras pessoas terem uma renda, formação, a gente fazia várias coisas. Então as cestas de alimentos eram bom, muito bom pra isso. E eu trabalhei com as cestas assim, todo o tempo com o povo. Porque através das cestas você participa da oficina... Palestras eu fiz muitas de saúde, hanseníase que já sabíamos que a Terra Firme é foco, nessa pesquisa a gente já sabe há muito tempo, então a gente já fazia a prevenção... O próprio MOHAN [Movimento dos Portadores de Hanseníase], você conhece? Pergunta pro MOHAN se ele não conhece a Mãe Nalva aqui. Hepatite a gente fez prevenção da hepatite, inclusive com a SESP. A SESP fez um trabalho junto com a gente magnífico, a gente fazia PCCU aí [na associação]. [...] Era muito interessante. Isso aí é saúde da família né? A gente já fazia, porque essa é a forma do meu povo viver, fazer, o meu povo vive assim, tudo nosso é comunitário, é coletivo. Nós somos um povo coletivo. A gente come junto, a gente dorme junto, a gente nasce junto. Tudo nosso é coletivo”. (Mãe Nalva, Saúde nos Terreiros)

Dentre as categorias elencadas a partir das entrevistas abertas, além das estratégias de luta e resistência no território e da interculturalidade do processo saúde-doença, foi possível identificar também o processo de trabalho em saúde como aporte essencial para abordagem do objeto de pesquisa em questão. Com esta finalidade, foi entrevistado o médico e educador popular Vitor Nina, o qual trabalhou como médico da Estratégia Saúde da Família na USF Terra Firme. Suas considerações a respeito do período em que trabalhou no bairro são destacadas nos seguintes trechos:

Eu me chamo Vitor Nina de Lima, tenho 29 anos, sou médico formado na faculdade de medicina da UFPA, estou há mais ou menos 04 anos exercendo a medicina e eu sou um dos trabalhadores de saúde desta cidade que entrou em sofrimento psíquico trabalhando na gestão do governo Zenaldo Coutinho. É importante que se citem os nomes das figuras públicas, por conta de suas responsabilidades públicas sobre as coisas que ocorrem nesses espaços. Então é importante frisar isso, do porque é importante dar essa contextualização, porque foi um período que eu trabalhei na Estratégia de Saúde da Família da Terra Firme no ano da eleição, então eu trabalhei na Terra Firme num ano eleitoral, que foi 2016. Pude acompanhar de perto, então, toda uma confusão política que ocorreu naquele território. [...] De uma maneira grosseira, poderia-se dizer numa interpretação ampla da questão, usando uma metáfora, eu diria que a Terra Firme é um campo de lutas, de disputa de forças. Forças de resistência e forças instituintes militarizadas, paramilitares e, também, de forças policiais; que operam uma gestão social da insegurança pública, a fim de provocar adoecimento. Eu posso, levando ao limite essa hipótese, essa metáfora que gosto de usar para me lembrar do período, a gente poderia pensar na Terra Firme como um grande manicômio. Na Terra Firme como Auschwitz, na Terra Firme como Trenchtown, na Terra Firme como um exemplo verdadeiro das periferias latino-americanas do século XX, XXI e XIX também, no meio. Então lá, quando tu andas, andas no século XIX, no século XX e no século XXI, tu tens toda uma série fantasmática de camadas, circuitos sociais, pequenas sociedades que foram se montando lá. [...] A Sesma é *kafkiana*, então um livro como O Processo, ou como O

Castelo – O Castelo é o mais ilustrativo possível né. Porque o Castelo? Porque ele fala de como uma instituição se replica, uma instituição burocrática, escrota, se réplica do centro, de lá do centro de comando, que é o Castelo, até lá o último camponês. Onde a instituição chega, ela se replica nas pessoas. E eu vi vários trabalhadores adoecidos, operando uma lógica... O fascismo operado por pessoas comuns. Pessoas que tem depressão, que estão adoecidas. [...] É o controle da vida. Como é que o biopoder opera efetivamente os corpos? Opera melancolizando, tirando força vital, deixando dócil, então eu vi várias pessoas – inclusive eu mesmo – parte de um híbrido, uma máquina de tritura. [...] E inclusive esse mesmo controle autocrático, essa replicação de uma instituição adoecida, nas pessoas mais trabalhadoras. As que querem alimentar seu filho no final do mês. Então elas ganham um salário precarizado, que não dá para sustentar dignamente as próprias famílias, adoecem, precisam do emprego, não podem pedir demissão, odeiam o que fazem. E é assim que eles conseguem replicar nessas pessoas formas muito poderosas de violências absurdas. (Vitor Nina, médico que trabalhou na Terra Firme)

[...] a Terra Firme enquanto território vivo estava sob água no período em que eu trabalhei. Estava inundada. As pessoas se acostumam né. Tem que desconfiar do trivial. As pessoas se acostumam a andar numa rua alagada com água na canela, reclamam do prefeito, mas continuam. Não esgota nunca a miséria. Foi isso que eu aprendi cara, o trabalho te faz cansar e aliena. O trabalho é fonte de alienação de pessoas muito virtuosas que moram naquele bairro, de diversos setores sociais, diversas categorias. O trabalho aliena, impede muito, é precarizado mesmo, se elas tivessem corpo físico pra isso elas tomavam as rédeas, sabe? Mas os corpos estão adoecidos, melancolizados, tristes, sem força pra se rebelar. Existe uma camisa de força que opera, nas senhoras donas de casa que tomam ansiolíticos, que tomam diversos modos de drogas, são drogadas pelos médicos. Quem trabalha com a saúde mental de Belém, na atenção primária, não sabe de fato o que é sentir o adoecimento psíquico que atende, porque nós não temos condições de fazer isso. A gente não consegue aprofundar nesse nível de vida, de atenção central dentro da pessoa. A gente consegue mergulhar, quando muito, no nível de atenção centrada em certas pessoas, poucas pessoas, em condição de miséria de risco. O risco é produzido. De um risco perfeitamente calculado – ou imaculado, que escapa o controle dos recursos humanos [...] a Terra Firme passou o ano inteiro alagada, as escolas foram ocupadas; a escola na frente do meu posto de saúde, chamada Brigadeiro Fontenelle, foi ocupada com uma enorme intensidade de pessoas indo e vindo - a cidade invadiu a escola - os jovens estavam lá pedindo pra estudar, os jovens negros estavam pedindo pra estudar. Eu cheguei lá achando que eu ia abafar com a minha clínica antimanicomial e o que eu encontrei foram jovens que me fizeram calar a boca. Me fizeram ver o que é a luta na periferia. Os estudantes do Brigadeiro Fontenelle calaram minha boca porque me fizeram ver que eu era braço de uma máquina de adoecimento, que fez a gente fazer capacitação de geohelminíase, que fez um enfermeiro ir de porta em porta de escola pra fazer o tal do Programa Saúde nas Escolas e não visitou, não teve tempo de olhar, sequer refletiu, cogitou, botar um pé no Brigadeiro Fontenelle. Pra botar um pé no Brigadeiro Fontenelle bastava botar um pé fora da rua. (Vitor Nina, médico que trabalhou na Terra Firme)

[...] as sextas-feiras, num momento da minha experiência, não à toa num momento próximo às eleições municipais, os agentes comunitários de saúde eram obrigados a ficarem dentro do posto de saúde sem fazer nada. Foi um cárcere privado. Foram obrigados a permanecer pelo administrador, permanecer dentro do posto de saúde, sem ter ninguém, nem um paciente, sem trabalho pra fazer – eles conseguiram cumprir as tarefas técnicas – e tem uma porrada de outras tarefas técnicas, mas aqueles funcionários não conseguem conversar entre si sobre outras coisas, porque aqueles funcionários estão sempre sob o olhar vigilante – a palavra é vigilante, é vigia [...] Tu vais ter que investigar, eu tenho uma memória turva, de alguém que tem uma relação sinistra – no mínimo duvidosa – com o Conselho Municipal de Saúde de Belém que é biônico, todo mundo sabe que é biônico, então o Zeca do Barreiro,

que é o [presidente do] conselho municipal de saúde. Dele eu vou citar o nome, porque ele é uma figura pública, e a gente precisa refletir sobre a vida pública nos dias de hoje. Então o Zeca do Barreiro faz tráfico de influência. [...] o que eu aprendi é que quem trabalha com pesca é pescador, quem trabalha com máfia é mafioso; então esse possível mafioso controla a micropolítica do trabalho - ele não chama assim - ele controla a micropolítica do trabalho nos postos de saúde através de algumas relações escusas entre funcionários administrativos esquisitos, que ninguém sabe muito bem a função, que não fazem a função que deveriam fazer, etc. São braços instituintes da gestão municipal né. Então se tu vais contra a gestão, tu vais ser sabotado, vais sofrer assédio institucional, entende? Eu vi funcionários chorando, por verem seu trabalho de 15 anos encerrados do dia pra noite, sem explicação, eles entram em depressão, não tem como pagar a escola, são precarizados, são todos precarizados. Os concursados são mais estáveis né. Isso gera algumas diferenças entre os agentes comunitários de saúde. Alguns tem mais liberdade política e operacional, porque eles são concursados, mas aqueles funcionários que dependem diretamente da gestão pública são barrados por uma rede mesmo de pessoas que estão lá pra vigiar esses funcionários e qualquer coisa que fuja da tonalidade amarela. (Vitor Nina, médico que trabalhou na Terra Firme)

[...] é preciso que os operadores comecem a gerenciar mais pelos seus desejos, se trabalhe nesse nível de entender o que os trabalhadores precisam, o que a comunidade precisa, a comunidade precisa invadir aquele manicômio - porque é um manicômio - um campo de concentração, a comunidade precisa invadir, tomar o poder lá, falar e igual pra igual com a gestão, porque comunidade não fala de igual pra igual com a gestão, e só o que vai fazer a comunidade falar de igual pra igual com a gestão é um trabalho de guerrilha mesmo, que já é operado pelos jovens da terra firme, mas talvez uma contribuição interessante que eu possa te sugerir é encontrar modos de reavivar a Reforma Sanitária, porque tem pessoas que vão entender o discurso da Reforma Sanitária da Terra Firme, os jovens são capazes de fazer a Reforma Sanitária melhor que nós, que estamos aqui operando a nível acadêmico. Então assim, nós podemos ajudá-los, mas a juventude negra da terra firme, os campos de resistência que estás pesquisando, é lá que a cidade vive. Pensar a Reforma Sanitária na perspectiva do direito à cidade, e amigo, o seu trabalho, a sua vitória é a minha vitória, se você trabalhar isso, é muito importante, porque a gente precisa reavivar a Reforma Sanitária. Nós estamos em guerra. Existe uma guerra, a guerra está posta na Terra Firme, Estado de exceção. Outra imagem-força, uma mulher, mulher negra, chegando no teu consultório, adoecida com Lúpus e não consegue tratar o lúpus porque não tem dinheiro pra comprar uma *prednisona*, e ela sai e entra outra mulher negra precisando de mais uma *amitriptilina*, das milhares, de centenas de *amitriptilinas*, de *metforminas*, de *Rivotril* que eu prescrevi com meu braço de escravo de uma doença que é mantida pelo fascismo. E é preciso ser dito, é fascismo. É fascista. Em síntese, essa gestão do Zenaldo é fascista. Minha interpretação é essa e nós precisamos da Reforma Sanitária para transformação das coisas. (Vitor Nina, médico que trabalhou na USF Terra Firme)

Os relatos de Mãe Nalva, como expressão da interculturalidade do processo saúde-doença, e de Vitor Nina, como representação do processo de trabalho em saúde, refletem, apesar das particularidades contextuais, aspectos do biopoder em suas mais diversas facetas sociais, seja a partir de negação de saberes e práticas tradicionais nos serviços de saúde, seja por meio de mecanismos de violência e coerção no processo de trabalho ou até mesmo pela institucionalização de práticas de reproduzem o adoecimento dos corpos coletivos e sequestram a autonomia do cuidado.

Todos estes elementos, obtidos por meio de entrevistas abertas e semi-estruturadas – e categorizados em eixos temáticos como Satisfação, Concepções e Expectativa dos usuários; estratégias de luta e resistência no território; interculturalidade do processo saúde-doença e processo de trabalho – são fundamentais para a análise crítica do objeto de pesquisa delineado neste trabalho de investigação a partir da elaboração teórica da epidemiologia crítica, da produção social do espaço e das conexões com o território e suas práticas sociais.

A partir da experiência vivenciada no trabalho de campo, em suas distintas etapas seja no contato com os serviços de saúde seja na perspectiva de vivência do território vivo, esta pesquisa prosseguiu com a perspectiva das pistas da cartografia. De acordo com Escóssia e Tedesco (2015), cartografar é acessar um plano coletivo de forças que compõem o território. Coletivo, de acordo com essa concepção, pressupõe as relações estabelecidas entre o plano das formas – o instituído, o estabelecido, delimitações objetivas – e o plano das forças – vetor de variância, movimento, transformação constante.

Souza e Francisco (2016) concluem que “a realidade-contexto que se apresenta à investigação é resultante de um coletivo de forças instituídas e instituintes, individuais e coletivas, em processualidade permanente.”

Nessa perspectiva, esta pesquisa toma como o plano das formas os documentos oficiais, os mapas/croquis instituídos, os dados primários sociodemográficos e os indicadores de saúde. Ou seja, basicamente, os dados e informações apurados na primeira etapa da pesquisa. Em relação ao plano das forças, esta pesquisa leva em consideração os processos, as narrativas, os movimentos, as estratégias e práticas e os sujeitos sociais identificados na imersão do pesquisador no território.

A análise e interpretação dos dados, na perspectiva cartográfica, implicam no reconhecimento da multiplicidade na construção da realidade. Multiplicidade que admite tanto informações objetivas quanto impressões que emergem no trabalho de campo.

As *pistas* da cartografia, adotadas como perspectiva orientadora de um percurso metodológico, refutam esquemas pré-concebidos, porém exigem rigor ao processo reflexivo científico de observação sistemática dos fatos. Ao adotar esta perspectiva, este trabalho busca articular etapas que priorizem a descrição de um processo em curso em detrimento à produção de um produto final quantificável.

Segundo Barros e Kastrup (2015), no processo de produção e interpretação dos dados há uma coprodução, quando ocorre “a transformação da experiência em conhecimento, e de conhecimento em experiência, numa circularidade aberta ao tempo que passa.”

O próximo capítulo desta dissertação abordará as relações entre os dados obtidos e registrados na pesquisa de campo com os elementos teóricos que subsidiam esta investigação científica no campo da saúde coletiva, ao propor debates, reflexões e análises críticas sobre os desdobramentos da pesquisa numa perspectiva histórica sobre território, saúde e poder.

6 TERRITÓRIO, SAÚDE E PODER: REFLEXÕES E APONTAMENTOS

A categorização dos dados obtidos na pesquisa de campo permite-nos sistematizar as análises delineadas a partir do objeto de pesquisa delimitado pela imersão do pesquisador no território, tomando como subsídio o referencial teórico adotado para esta investigação e as ferramentas adotadas para obtenção dos dados no contexto da pesquisa.

Esta pesquisa, antes mesmo da etapa de trabalho de campo, deparou-se com um fator limitante que gerou obstáculos à obtenção de dados secundários e informações epidemiológicas a respeito do *locus* de pesquisa, podendo configurar um espectro de viés analítico na interpretação dos dados.

A Secretaria Municipal de Saúde – SESMA, ao adotar uma postura burocratizante e restritiva em relação ao acesso aos Sistemas de Informação que sistematizam os dados epidemiológicos e indicadores de saúde do município, gerou um impeditivo a este pesquisador devido à incompatibilidade do cronograma de pesquisa traçado diante das exigências impostas pela gestão municipal.

Este fato, diante de uma pesquisa que trabalha com as perspectivas da biopolítica e do biopoder, não deve ser tratado como um elemento isolado. Ao contrário, problematiza-se esse fato a partir da discussão sobre governamentalidade, proposta por Foucault (2008), a respeito de estratégias de poder, dispositivos de controle e táticas de governo, que refletem uma intencionalidade.

Portanto, sob o nosso ponto de vista, a postura da SESMA reflete uma crítica sobre uma razão governamental que explicita táticas de governo capilarizadas por diversos mecanismos de poder que transparecem em trechos de entrevistas que serão debatidos mais adiante neste mesmo capítulo.

Feita esta consideração inicial a respeito do contexto em que se realiza essa pesquisa, mesmo diante da impossibilidade de acesso a dados secundários via gestão municipal, faz-se necessário uma análise crítica sobre o cenário morbi-epidemiológico em que se situa o bairro da Terra Firme e o município de Belém, de uma maneira geral.

Ao analisar os efeitos das desigualdades intra-urbanas de saúde em Belém, Maria das Dores Machado (2004) identificou, no bairro da Terra Firme, problemas relacionados a ausência de saneamento ambiental, pobreza, violência e carência de serviços de saúde, como fatores que identificam a Terra Firme dentre os bairros com os piores índices de Contribuição aos Agravantes de Saúde – ICAS – e de Desigualdade em Saúde – IDS (MACHADO, 2004).

Tomamos como referência a produção científica sobre algumas doenças, consideradas como doenças negligenciadas, no caso da hanseníase e tuberculose, ou como condições sensíveis a atenção primária, no caso da leptospirose e da sífilis é possível expandir a análise sobre o ponto de vista do cenário morbi-epidemiológico do bairro.

Flores (2011), ao analisar os registros nos sistemas de informação epidemiológicos sobre os casos de sífilis congênita em Belém – PA, identificou que o Distrito Administrativo do Guamá – DAGUA foi o distrito com a maior taxa de incidência de sífilis congênita em Belém. Destaca ainda que a precariedade da atenção à saúde da mulher no pré-natal, refletindo dificuldade de acesso aos serviços e baixa qualidade da assistência prestada, é considerada um dos principais fatores responsáveis pelos elevados índices da doença.

Ribeiro (2011) identificou no bairro da Terra Firme uma das maiores taxas de prevalência de tuberculose na região metropolitana de Belém, considerando o período estudado e a variabilidade dos dados secundários disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde.

Em relação à hanseníase, Souza (2013) avaliou a capacidade operacional do Programa de Controle da Hanseníase executado nas unidades de saúde do DAGUA, quanto à efetividade das ações de vigilância epidemiológica. A autora destaca que os resultados encontrados estavam aquém dos padrões mundiais preconizados para o controle da doença. E chama atenção para o fato dos altos índices de abandono do tratamento nas unidades da Terra Firme, assim como o impacto negativo da infraestrutura, e da reestruturação e redistribuição de pessoal nas unidades do bairro, sobre tais índices.

Ao estudar a distribuição espaço-temporal da leptospirose em Belém, Gonçalves *et al.* (2016), ainda que tenha adotado como unidades de análise somente os bairros do Jurunas, Condor e Guamá devido à alta prevalência registrada nesses bairros, identificou como fatores de risco para a ocorrência da doença os problemas de saneamento ambiental, tais como áreas de inundações, ausência de esgoto e acúmulo de lixo em áreas livres. O autor identificou que estes fatores aumentam a vulnerabilidade de pessoas com baixa renda *per capita*, baixa escolaridade e que moram em tais áreas susceptíveis a circulação do patógeno. Ao analisar a correlação da área de influência dos canais com a ocorrência de leptospirose e os fatores socioeconômicos no bairro do Guamá, observa-se uma concentração de casos na área adjacente ao rio Tucunduba, ou seja, área contígua ao bairro da Terra Firme, o qual compartilha das mesmas características socioespaciais analisadas.

Estes estudos tratam de morbidades consideradas doenças tropicais negligenciadas, conforme relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010), ou são classificadas

como condições sensíveis a atenção primária, conforme portaria do Ministério da Saúde no Brasil (BRASIL, 2008). Em ambos os casos, tratam-se de doenças relacionadas diretamente a fatores socioeconômicos e espaciais, assim como são diretamente afetadas pela qualidade dos serviços de atenção primária à saúde.

Estes estudos locais, que analisam doenças como sífilis congênita, tuberculose, hanseníase e leptospirose, e os fatores relacionados às características sociais, econômicas e espaciais identificadas no bairro da Terra Firme e adjacências, fornecem subsídios importantes para a compreensão do processo saúde-doença à luz dos postulados da epidemiologia crítica.

Tais achados reforçam as considerações de Machado (2006), realizadas há aproximadamente quinze anos, sobre a necessidade de diversificar o escopo de análise da epidemiologia para englobar categorias como desigualdade, pobreza e violência. Seguindo essa perspectiva, ao analisar as desigualdades intra-urbanas de saúde em Belém, a autora já identificava o bairro da Terra Firme dentre os piores índices de Contribuição aos Agravantes de Saúde – ICAS e de Desigualdade em Saúde – IDS, os quais são indicadores epidemiológicos que consideram variáveis como saneamento ambiental e carência dos serviços de saúde, dentre outras, e suas correlações com as condições de saúde individual e coletivas.

Este cenário morbi-epidemiológico baseado em publicações científicas recentes corroboram os registros desta pesquisa, a partir da observação sistemática durante a etapa de trabalho de campo, os quais expressam a realidade socioespacial vivida no território do bairro da Terra Firme, onde se evidenciam problemas estruturais de saneamento ambiental, habitações precárias, distintas dimensões de violência e precariedade dos serviços de saúde.

Em outra etapa da pesquisa, por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas a partir de visitas domiciliares, foi possível registrar experiências, percepções, concepções e práticas, a partir da perspectiva dos moradores do bairro enquanto agentes sociais que habitam o território e vivenciam seu cotidiano.

Em relação ao acesso e vínculo com os serviços de saúde, foi possível o registro de percepções que expressam a satisfação dos moradores, enquanto usuários do Sistema Único de Saúde, com a qualidade dos serviços de saúde ofertados pelas unidades presentes no bairro.

O registro dos relatos dos moradores aponta uma ênfase à dimensão do vínculo com os serviços de saúde, representada principalmente pela simbologia e significados das visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família, como elemento que potencializa o acesso aos serviços e a satisfação dos usuários.

Experiências internacionais de atenção primária à saúde, e a própria experiência brasileira por meio da ESF, apontam o acesso como elemento facilitador do vínculo dos usuários com os serviços, potencializa o processo de trabalho das equipes e favorece a resolubilidade das ações em saúde (CAMPOS *et al.*, 2014).

Para Starfield (2002), acesso e acessibilidade são categorias diferentes. Como acessibilidade a autora considera a possibilidade dos usuários chegarem a determinado serviço, com ênfase à dimensão geográfica. Já o acesso, além da acessibilidade, compreende outras dimensões como resolubilidade das demandas e continuidade do cuidado, compreendendo aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais.

Neste contexto, observa-se que no bairro da Terra Firme, ainda que hajam quatro unidades de saúde na mesma área geográfica, o que teoricamente deveria facilitar pelo menos a acessibilidade dos usuários, os relatos apontam diversos obstáculos que dificultam o acesso aos serviços de saúde.

Sob o ponto de vista político, o desmantelamento da ESF em determinadas áreas, com prejuízo ao vínculo dos usuários com as equipes de saúde, é um fator que impacta negativamente o acesso. Em relação à dimensão econômica, observa-se que a dificuldade de acesso aos serviços públicos desvenda uma lógica paralela de privatização do cuidado, visto que os usuários apontam como alternativa para o atendimento de suas demandas a busca por serviços privados.

Já sob o aspecto cultural, os relatos dos usuários desvendam a hegemonia do paradigma biomédico ao atribuírem a ideia de acesso à facilidade ou não de marcação de consultas médicas. Esta caracterização evidencia a preponderância de um modelo de saúde médico-centrado, reproduzido pelos serviços de saúde e incorporado às dimensões da vida cotidiana como elemento do biopoder que reflete a centralidade da dimensão curativa do cuidado à saúde.

Por outro lado, como qualquer sistema de saúde pautado pela premissa do acesso universal, o acesso desburocratizado e eficaz ao médico generalista deve ser considerado um fator essencial para o fortalecimento do vínculo com os usuários e, conseqüentemente, para a resolubilidade das diversas demandas individuais ou coletivas (CAMPOS, *et al.*, 2014).

No que diz respeito às necessidades e concepções de saúde representadas pelos moradores, os achados são contraditórios. Por um lado, alguns moradores afirmam como necessidade de saúde, a presença de médicos, de mais consultas, de postos. Por sua vez, outros relatos atribuem às necessidades em saúde, aspectos relacionados a outras categorias

como violência e saneamento ambiental, refletindo uma concepção mais ampliada de saúde, articulada à determinação social do processo saúde-doença.

Estas representações sobre o processo saúde-doença, e o próprio caráter contraditório de tais representações, estão bem fundamentadas nas formulações teóricas da epidemiologia crítica a partir de uma perspectiva dialética de análise das relações de poder no campo da saúde e as relações envolvidas na determinação social de tal processo (BREILH, 2010).

No contexto desta pesquisa, a concepção de território como elemento de uma noção relacional de espaço (SANTOS, 1978; HARVEY, 1980; HAESBAERT, 2007), contribui para a compreensão da determinação social do processo saúde-doença proposta pela epidemiologia crítica, assim como, ao dialogar com a dimensão do espaço vivido proposta por Lefebvre (2000), direciona o escopo de análise para as práticas cotidianas, para o espaço das vivências, dos significados e das representações.

Esta compreensão de território, juntamente com a noção de biopoder proposta por Foucault (2008), subsidia nossa análise a partir das representações dos agentes sociais que vivenciam o cotidiano do território e constroem relações no campo da saúde a partir de suas experiências e contextos culturais.

A partir de então emergem categorias como violência, saneamento, território e saúde, como elementos indissociáveis para a compreensão do objeto de pesquisa em questão.

Sobre as práticas de saúde identificadas no território, não há registro de experiências atuais de diálogos e conexões entre as práticas dos serviços e as práticas e saberes tradicionais dos moradores do bairro. As práticas relatadas de uso de ervas medicinais e práticas religiosas, por exemplo, foram citadas no contexto de dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sem que haja políticas públicas no sentido de estimular a interconexão de práticas e saberes no âmbito das unidades de saúde como estratégia de promoção da saúde.

Para Luz (2005), o campo da saúde é polissêmico, portanto, permeado por uma multiplicidade de racionalidades, práticas e saberes, com distintos significados e representações para os mais distintos agentes sociais nas sociedades contemporâneas, vinculados à cultura em que se inserem. A autora destaca a necessidade dos sistemas públicos de saúde, pautados hegemonicamente pela racionalidade biomédica, estabelecerem mecanismos de cuidado e acesso a outras racionalidades e suas diversidades de práticas e saberes no campo da saúde, como forma de propor abordagens holísticas e emancipatórias do processo saúde-doença.

Ainda que de forma isolada e sem vinculação ao Sistema de Único de Saúde, as experiências relatadas pelos moradores entrevistados, desde o uso de ervas medicinais às

práticas de matriz afro-religiosa, exaltam as potencialidades do território no contexto da produção do cuidado em saúde, da cooperação e da riqueza do contexto histórico e cultural.

Discutir atenção primária à saúde no contexto da Amazônia, seja no âmbito urbano ou em outros cenários, reforça a necessidade de construir conexões entre saberes, práticas e racionalidades diversas, sob a égide de uma heterogeneidade cultural, como forma de construir estrategicamente, no campo da saúde, alternativas de resistência ao biopoder, buscando construir perspectivas de uma democracia biopolítica (CONNO, 2012), pautada por novas formas de convívio social, de modos de vida e outras perspectivas de emancipação humana.

Uma breve análise documental e a imersão do pesquisador no território permitiu identificar um pequeno contexto histórico da Estratégia Saúde da Família no bairro da Terra Firme.

Uma primeira etapa, com contribuições registradas por meio de entrevista aberta com o prefeito de Belém à época, que compreende os anos 2000-2004, que delimita uma etapa de implantação e expansão do Programa Família Saudável em Belém – posteriormente atrelado à política federal da Estratégia Saúde da Família, como experiência de reforma dos serviços de atenção primária à saúde na cidade. Neste momento, ocorre expansão da cobertura populacional pela ESF no bairro da Terra Firme, com ampliação da oferta de serviços, adscrição de usuários e vinculação às equipes de saúde da família, assim como construção de novas unidades de saúde.

Já num segundo momento, que compreende o período de uma nova gestão municipal, de 2004 a 2012, observa-se uma etapa de regressão da Estratégia Saúde da Família no bairro, com diminuição do percentual de cobertura populacional pela ESF, diminuição do número de equipes, desmantelamento de serviços e re-territorialização dos serviços de atenção primária no bairro. Sobre esta etapa, temos o registro de uma entrevista aberta com uma ex-moradora que vivenciou esse período como usuária dos serviços.

Por último, um terceiro momento que compreende de 2013 até os dias atuais, também delimitado por uma nova gestão municipal, marca uma etapa de estagnação da Estratégia Saúde da Família no bairro. Os números ratificam Belém como a pior capital do Brasil em termos de cobertura populacional pela ESF, mantendo os mesmos patamares herdados da gestão anterior. Os incrementos registrados no número de equipes de Saúde da Família, sem alterar o percentual de cobertura no bairro, coincidem com o período de início do Programa Mais Médicos Brasil - PMMB, porém este estudo não possui acurácia metodológica para analisar a relação entre o início do PMMB com o incremento no número de equipes,

registrado a partir de 2013 no DATASUS. Tais incrementos também contrastam com os relatos de moradores e registros documentais que expõem a precariedade dos serviços públicos de saúde.

De 2010 até os dias atuais, observa-se a ratificação do modelo de UBS tradicional em substituição a uma das Unidades de Saúde da Família no bairro. Tal substituição modificou a territorialização da ESF, impactou negativamente o acesso e a satisfação dos usuários e não resolubilidade aos serviços, conforme os relatos registrados.

Sobre este aspecto de análise entre atenção básica tradicional e atenção básica pautada pela Estratégia Saúde da Família, cabe ressaltar que não se trata de mudança apenas de nomenclatura. Trata-se de distintos modelos de organização dos serviços de atenção primária, com diferenças na territorialização dos serviços, na lógica do processo de trabalho e nos princípios de coordenação do cuidado.

Até o momento, no Brasil, não há estudos consistentes que estabeleçam diferenças quanto à eficácia ou resolutividade entre as unidades de saúde tradicionais e aquelas que adotam a ESF como modelo organizativo. Porém há diversos estudos sugerindo que a atenção básica organizada nos moldes da Estratégia Saúde da Família potencializa os atributos da APS como vínculo, longitudinalidade, integralidade e orientação comunitária. Ao mesmo, os estudos sugerem que não há modelo ideal a ser seguido e devem ser avaliados os distintos contextos loco-regionais de cada serviço. (MARTINS, *et al.*, 2016; CASTRO, *et al.*, 2012; HARZHEIM, *et al.*, 2006).

Os relatos dos moradores entrevistados na Terra Firme atribuem à ESF o papel das visitas domiciliares como elemento facilitador do acesso, potencializando a satisfação dos usuários assim como a longitudinalidade e a integralidade do cuidado, achados que corroboram os resultados descritos pelos estudos citados.

Além da perspectiva dos moradores, enquanto usuários do Sistema Único de Saúde, a proposta metodológica da investigação cartográfica adotada por esta pesquisa permitiu identificar no percurso outros agentes sociais, cujas relações e vínculos identitários com o território, em distintos contextos históricos e culturais, fornecem elementos de análise importantes para a compreensão do processo saúde-doença em meio aos referenciais teóricos adotados.

Sobre as estratégias de luta no território, com ênfase à organização e participação popular no contexto de desmonte da Estratégia Saúde da Família promovida pela gestão municipal no período de 2010 a 2012, os relatos da ex-moradora, Simone, descrevem o território como resistência, como substrato de mobilização contra o desmonte de uma política

pública importante para o bairro, enfatizando a capacidade da comunidade de articulação, organização e cooperação. Descreve inclusive uma experiência de ouvidoria popular no âmbito da unidade de saúde como ferramenta de controle social com envolvimento direto dos agentes sociais do bairro.

Vale destacar que, como política pública de orientação territorial no contexto de um sistema público baseado no acesso universal à saúde, a Estratégia Saúde da Família enfatiza a importância da orientação comunitária e da participação social como elementos essenciais para a consolidação dos princípios de universalização, equidade e integralidade do SUS.

Sobre as práticas e saberes em saúde no território, há o destaque aos relatos de Mãe Nalva como uma das lideranças afro-religiosas do bairro e que desenvolve um trabalho de saúde nos terreiros. Sua entrevista descreve o território como interculturalidade, como multiplicidade de práticas que transcendem os próprios serviços oficiais de saúde. São relatos de práticas de cuidado, de compartilhamento de saberes, de ancestralidade, de territorialização das ações, que inclusive são invisibilizadas pelo saber oficial e pelas políticas públicas de saúde em determinados contextos.

No período de expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família no bairro, há relatos de experiências de compartilhamento de práticas, de troca de saberes e diálogos entre o terreiro e as unidades de saúde. Algo que, no contexto de retração e estagnação da ESF no bairro, permeado por relações de poder, não se faz presente no atual contexto desta pesquisa, conforme registro em entrevista.

Sobre o processo de trabalho de trabalho na ESF, o ex-médico do bairro, Vitor Nina, descreve um território adoecido, seja no âmbito institucional, seja no âmbito das equipes ou no âmbito do cuidado na comunidade. Os relatos descrevem um período de experiência no contexto de estagnação da ESF no bairro.

O médico relata práticas de coerção, de punição, de cerceamento, como práticas de biopoder interpenetradas pela lógica institucional. O adoecimento e o aprisionamento do potencial criativo dos trabalhadores são descritos como consequências desse processo. A hipermedicalização da vida social e a perda de autonomia sobre o próprio corpo, como elementos que se evidenciam na relação dos usuários com as equipes de saúde, são descritas no contexto de uma “estratégia geral de controle dos corpos” (FOUCAULT, 2008) que se expressa sobre o território.

A complexidade do processo saúde-doença e a multiplicidade de significados, relações e simbologias, que se expressam no território são um desafio em diversas dimensões ao campo da Saúde Coletiva, assim como se torna um desafio às políticas públicas de saúde, uma

vez que, a partir dos referenciais adotados nesta pesquisa, urge a necessidade de inovações metodológicas e epistemológicas no sentido de compreender o território como parte indissociável da determinação social do processo saúde-doença.

A noção de território como mera divisão administrativa ou, como no contexto da Estratégia Saúde da Família, de delimitação de microáreas e/ou adscrição de usuários, é insuficiente para a uma abordagem do processo saúde-doença que pretenda analisar modos de vida, processos de trabalho, práticas e saberes nas sociedades contemporâneas. Um desafio à consolidação do SUS como esfera democrática.

As abordagens do território no campo da saúde, particularmente em relação à ESF no contexto urbano, devem se orientar numa perspectiva do direito à cidade, da produção social do espaço, reconhecendo agentes sociais que constroem práticas e saberes cotidianamente, que reconhecem seus usos e memórias do lugar, no sentido de resgate dos princípios da Reforma Sanitária brasileira e de apontamento para uma perspectiva estratégica de soerguimento dos pilares de uma *democracia biopolítica* em todas as esferas da vida social.

É necessário des-hospitalizar as práticas de saúde, des-medicalizar os saberes hegemonzados pelo paradigma biomédico, re-significar o protagonismo dos sujeitos e resgatar a autonomia dos corpos. Não há como dissociar o campo da saúde de outras dimensões da vida social.

A afirmação do direito à vida, dos direitos humanos fundamentais, passa pela superação da banalização da morte, da precarização das relações sociais e da naturalização do sofrimento humano.

Estas considerações são um apelo às inovações metodológicas no campo da Saúde Coletiva, às análises críticas nas formulações teóricas e às transformações das práticas sociais, dentre elas as práticas de saúde. A complexidade do processo saúde-doença exige transformações paradigmáticas, epistemológicas e técnicas. O caso do bairro da Terra Firme, analisado nesta pesquisa pela ótica da Estratégia Saúde da Família, leva-nos a compreender a centralidade do território no processo de formulação de políticas de saúde, revelando potencialidades e saberes locais, muitas vezes ignorados e até mesmo rechaçado pelo poder normativo dos agentes institucionais.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. (p. 131 - 149). Porto Alegre: Sulina, 2015.
- AROUCA, S.S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Ed. Unesp/Ed. Fiocruz; 2003.
- ARREAZA, A.L.V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 15, n. 4, p. 2215-2228, 2010.
- BARCELLOS, C.; SABROZA, P.C.; PEITER, P.; ROJAS, L.I. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. 11(3): 129-138, 2002.
- BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. (p. 52 – 75). Porto Alegre: Sulina, 2015.
- BORTOLOZZI, A; FARIA, R. M. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Revista Ra e Ga**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009.
- BOURDIEU, P. Introdução a uma sociologia reflexiva. In: BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- BOURDIEU, P. **Coisas Ditas**. Tradução Cássia R. da Silveira e Denise Moreno Pergorim. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- BRASIL. Constituição (1988). **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo Regime Fiscal, e dá outras providências. In: <http://legis.senado.leg.br>
- BRASIL. **Lei nº 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 14 abr. 2017
- BRASIL. **Lei nº 8142/90**, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em: 14 abr. 2017
- BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. 2001. p. 16. Disponível em <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf>.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. **Cobertura Populacional pela Estratégia Saúde da Família.** 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.

BRASIL. **Ação Civil Pública n. 0012 731-80.2012.4.013900, de 08/05/2012.** Proposta pelo Ministério Público Federal e Ministério Público do Estado do Pará contra o município de Belém, que trata de irregularidades na Estratégia Saúde da Família. 2012a. Disponível em: http://www.prpa.mpf.mp.br/news/2012/arquivos/ACP_Saude_Familia_Belem.pdf

BRASIL. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde.** 2012b. Disponível: <<http://idsus.saude.gov.br/mapas.html>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Lista Brasileira de Condições Sensíveis a Atenção Primária.** Brasília, 2008

BREILH, J. Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação social da saúde e Reforma Sanitária.** (p. 87 - 122). Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, 2010. (Coleção Pensar em Saúde).

CAMPOS, R.T.O.; FERRER, A.L.; GAMA, C.A.P.; CAMPOS, G.W.S.; TRAPÉ, T.L.; DANTAS, D.V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate.** V.38, número especial, p. 252 – 264, 2014.

CAPRA, F. **O ponto de mutação.** São Paulo: Editora Cultrix, 2006.

CASTIEL, L. D. Risco e hiperprevenção: o epidemiopoder e a promoção da saúde como prática biopolítica com formato religioso. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação social da saúde e Reforma Sanitária.** (p. 161 - 178). Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, 2010. (Coleção Pensar em Saúde).

CASTRO, R.C.L.; KNAUTH, D.R.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; DUNCAN, B. B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad Saúde Pública.** 28(9):1772-84, 2012.

CONNO, D. Poder, política y resistencias: hacia una democracia biopolítica. **Rev. Sociedad & Equidad.** n. 4: p. 182-191, 2012.

DECLARAÇÃO DE ALMA - ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde;** 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: MS, 2001. p.15.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia.** vol. 01. ed. 02. Rio de Janeiro: Editora 34, 2011.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 2005

DONNÂNGELO, M.C.F. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ESCÓSSIA, L.; TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. (p. 92 – 107) Porto Alegre: Sulina, 2015.

FARIA, R.M. 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. **Hygeia**. 9 (16): 131 - 147, 2013.

FEO, O. Dialogando com Mario Rovere sobre el artículo “Atencion Primaria de Salud en Debate”. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 352-354, jul./set. 2012.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação social da saúde e Reforma Sanitária**. (p. 37 – 58). Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, 2010. (Coleção Pensar em Saúde).

FLORES, R.L.R. **Sífilis congênita no município de Belém (Pará): análise dos dados registrados nos sistemas de informação em saúde (SINAN, SIM e SINASC)**. 2011. 53f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975 - 1976). Tradução: Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução: Eduardo Brandao. São Paulo: Martins Fontes, 2008. (Coleção tópicos).

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 24 ed. São Paulo: Edições Graal, 2007.

FUINI, L. L. O território em Rogerio Haesbaert: concepções e conotações. **Geografia, Ensino & Pesquisa**, Vol. 21 (2017), n.1, p. 19-29.

GOMES, P.C.C. Espaços públicos: um modo de ser do espaço, um modo de ser no espaço. In: CASTRO, I.E.; GOMES, P.C.C.; CORREA, R.L. **Olhares geográficos: modos de ver e viver o espaço**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

GONÇALVES, N.V.; ARAUJO, E.N.; SOUSA JUNIOR, A.S.; PEREIRA, W.M.M.; MIRANDA, C.S.C.; CAMPOS, P.S.S.; MATOS, M.W.S.; PALACIOS, V.R.C.M. Distribuição espaço-temporal da leptospirose e fatores de risco em Belém, Pará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 21(12): 3947-3955, 2016.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa versus Pesquisa Quantitativa: Esta é a questão? **Psic.: Teor. e Pesq.** 22 (2): p. 201-210, 2006.

HAESBAERT, R. Território e mutiterritorialidade: um debate. *GEOgraphia* – Ano IX (17), 2007.

HAESBAERT, R. *O mito da desterritorialização: do "fim dos territórios" a multi-territorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HARZHEIM, E.; DUNCAN, B.B.; STEIN, A.T.; CUNHA, C.R.; GONÇALVES, M.R.; TRINDADE, T.G, *et al.* Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res*.6:156, 2006.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 18 (3): p. 174 – 181, 2010.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**. vol.2: p. 7 – 25, 1982.

LEFEBVRE, H. *A produção do espaço*. Tradução de Doralice Barros Pereira e Sérgio Martins, do original: *La production de l'espace*. 4éd. Paris: Éditions Anthropos, 2000.

LOBATO, L. V. C. **Políticas Sociais e de Saúde** – Coleção: Cidadania para a saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

LUZ, M. T. Novas práticas em Saúde Coletiva. In: MINAYO, M.C.S; COIMBRA JR, C.E.A. orgs. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p.

MACHADO, M.D.J. **Diferenças intra-urbanas de saúde em Belém, Pará**. Belém, PA: NAEA, 2004.

MAESENEER, J.; WILLEMS, S.; DE SUTTER, A.; VAN DE GEUCHTE, I.; BILLINGS, M. A Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia para alcançar a equidade de assistência à saúde: uma revisão da literatura – iniciativa da Rede de Conhecimento em Sistemas de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. n.19: p 46 – 70. 2008.

MARTINS, J.S.; ABREU, S.C.C.; QUEVEDO, M.P.; BOURGET, M.M.M. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Rev Bras Med Fam Comunidade*.11(38):1-13, 2016.

MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. *Ciência & Saúde Coletiva*. 6(2): 377 – 389, 2001.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. ed. 02. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, E.V. **Distritos sanitários**: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MONKEN, M; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**. 21(3): p.898-906, 2005.

MONKEN, M. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde**. 2003. 170 f. (Tese de Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

PAIM, J.S. Bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira. In: **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. FLEURY, S. Org. São Paulo: Lemos, 1997.

PAIM, J.S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012.

PAIM, J.S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 377: 1778-1797. Disponível em <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>

PASSOS, E.; BARROS, R. B. de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. (p. 17 – 31) Porto Alegre: Sulina, 2015.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PEREIRA, M.P.B; BARCELLOS, C. **O território no Programa Saúde da Família**. *Hygeia*. 2(2): 47-55, 2006.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993.

RIBEIRO, W.A. Tuberculose: um perfil epidemiológico dos municípios de Belém e Ananindeua-PA no período de 2006 a 2008. *Revista Paraense de Medicina*. 25 (1): jan. – mar., 2011.

RODRIGUES, E. B. **Aventura Urbana**: Urbanização, Trabalho e Meio Ambiente em Belém. Belém: Editora, 1996.

ROVERE, M. Atención Primaria de la Salud em Debate. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 327-342, jul./set. 2012.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica.** Rio de Janeiro: Graal; 1980.

SAFATLE, V. **O circuito dos afetos: Corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo.** 2. ed. rev. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: técnica, razão e emoção.** 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

SANTOS, M. **Espaço e Método.** 4. ed. São Paulo: Nobel, 1997.

SANTOS, M. **Por uma Geografia Nova.** São Paulo: Hucitec, Edusp, 1978.

SANTOS, M. **Espaço e Sociedade.** Petrópolis: Vozes, 1979.

SAQUET, M. A; SILVA, S. S. Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. **GeoUERJ** – Ano 10, v.2 (18), p. 24-42, 2008.

SAQUET, M. A. Por uma abordagem territorial. In: SAQUET, M. A.; SPOSITO, E. S. (Org.). **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos.** São Paulo: Expressão Popular, 2009.

SCHIMID, C. A teoria da produção do espaço de Henri Lefebvre: Em direção a uma dialética tridimensional. **GEOUSP – espaço e tempo**, N. 32, pp. 89- 109, 2012.

SILVA, M.S.R. **Medo na cidade: um estudo de caso no bairro da Terra Firme em Belém/PA.** 2011. 110 f. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal do Pará, Belém.

SOUZA, H.S.L. **Avaliação operacional do Programa de Controle da Hanseníase nas unidades de saúde do distrito DAGUA no município de Belém – PA.** 2013. 89f. Dissertação (Mestrado em Doenças Tropicais) – Núcleo de Medicina Tropical, Universidade Federal do Pará, Belém.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; VILLAR LUIS, M. A. Análise documental e observação-participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem.** 25(2): p. 221-228, 2011.

SOUZA, M. J. L. **O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento.** In: CASTRO, I. E. *et al.* (Orgs.). **Geografia: conceitos e temas.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995, p. 77 – 116.

SOUZA, S. R. L. de; FRANCISCO, A.L. O método da cartografia em pesquisa qualitativa: estabelecendo princípios...desenhando caminhos...**Atas - Investigação Qualitativa em Saúde.** vol. 2: p.811 – 820, 2016.

SOUZA, L.E.P.F. Saúde Pública ou Saúde Coletiva? **Revista Espaço para a Saúde.** 15 (4): p. 07-21, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, R.V. Uma crítica da concepção de política social do Banco Mundial na cena contemporânea. **Serv. Soc. Soc.**, n. 104, p. 650-680, out./dez. 2010.

TRINDADE JR., S-C, C. **Produção do espaço e uso do solo urbano em Belém**. Belém, PA: NAEA, 1997.

TRINDADE JR., S-C, C. **Formação metropolitana de Belém (1960-1997)**. Belém, PA: Paka-Tatu, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Observatório de Análise Política em Saúde & Centro de Documentação Virtual. **Boletim Informativo**. Ano 03, Edição 13, set-out, 2017. Disponível em: < <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/13/>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2008**. Primary health care now more than ever. Geneve: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases**. Geneve: WHO, 2010.