



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

SILVANY FAVACHO DA SILVA

**OS GRANDES PROJETOS E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DE
COMUNIDADES TRADICIONAIS EM BARCARENA-PA**

**Belém-Pará
2018**

SILVANY FAVACHO DA SILVA

**OS GRANDES PROJETOS E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DE
COMUNIDADES TRADICIONAIS EM BARCARENA-PA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Pará como requisito necessário à obtenção do título de Mestra em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Marcel Theodoor Hazeu.

Coorientadora: Profa. Dra. Nádia Socorro Fialho Nascimento

**Belém-Pará
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)**

F272g Favacho da Silva, Silvany.
Os grandes projetos e suas implicações na saúde de comunidades tradicionais em
Barcarena- Pa / Silvany Favacho da Silva. — 2018.
126 f. : il. color.

Orientador(a): Prof. Dr. Marcel Theodoor Hazeu
Coorientação: Prof^ª. Dra. Nádia Socorro Fialho
Nascimento
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Instituto
de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.

1. Grandes projetos. 2. Noções de saúde. 3. Comunidades tradicionais. I. Título.

CDD 361.9811

SILVANY FAVACHO DA SILVA

**OS GRANDES PROJETOS E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DE
COMUNIDADES TRADICIONAIS EM BARCARENA-PA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Pará como requisito necessário à obtenção do título de Mestra em Serviço Social.

Belém, 17 de setembro de 2018.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Marcel Theodoor Hazeu - Orientador/UFPA

Profa. Dra. Nádia Socorro Fialho Nascimento - Coorientadora /UFPA

Profa. Dra. Solange Maria Gayoso da Costa - Examinadora Interna/UFPA

Profa. Dra. Edna Maria Ramos de Castro - Examinadora Externa NAEA/UFPA

Dedico este trabalho aos meus pais, filhos, marido e amigos que me ensinaram a perseverar e jamais desistir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, por me guiar em cada momento de vida, por ter proporcionado força para superar as dificuldades, não me desamparando, inclusive, em mais esta etapa. E a Maria, a quem tanto intercedo em todas as minhas orações, sinto-me extremamente abençoada.

Aos meus filhos, Samilly e Andrey Jr, que embora não tivessem conhecimento disto, iluminaram de maneira especial os meus pensamentos me levando a buscar mais conhecimentos. Dedico a eles todas as minhas demais conquistas.

Aos meus pais que nunca mediram esforços para que eu pudesse ir atrás dos meus objetivos. Obrigada por todo amor, incentivo e apoio durante toda minha vida.

Agradeço ao meu orientador, Marcel Hazeu, e minha coorientadora Nádya Fialho, toda minha admiração, principalmente por abraçarem os desafios que são impostos nos processos e atividades acadêmicas, por suas perspicácias e competências, que proporcionaram, em minhas experiências como pesquisadora, referências sólidas nas reflexões e discussões sobre a realidade empírica.

Aos professores desta jornada, Prof.^a Dra. Joana Valente, Prof. Dr. Reinaldo Pontes, Prof.^a Dra. Maria Antônia Nascimento, Prof.^a Dra. Sandra Cruz, Prof.^a Dra. Adriana Mathis, Prof.^a Dra. Solange Gayoso e Prof.^a Dra. Vera Gomes por suas valiosas contribuições acadêmicas, reflexões e discussões em sala de aula.

Aos amigos de turma Adriana Azevedo, Anderson Reis, Danielson Leite, Edevaldo, Kamilo Damasceno, Lorena Vinhotti, Margareth Padinha e Mayra Soares por todo companheirismo, apoio e até mesmo pelas risadas... Ah! Nossas risadas! Agradeço ao carinho e amizade que foram sendo construídos ao longo do processo.

A todas as comunidades tradicionais de Barcarena que foram fundamentais nesta jornada. Jamais conseguirei agradecer a altura deste povo que possuem no sangue as marcas históricas de luta e de resistência.

Aos demais amigos que me apoiaram e me fizeram acreditar no meu sonho.

Sem estas pessoas, a caminhada sequer teria começado!

RESUMO

Esta dissertação aborda as implicações dos grandes projetos na saúde de comunidades tradicionais em Barcarena/Pa. Objetivou-se com esta pesquisa analisar a relação entre os impactos dos grandes empreendimentos na saúde das comunidades tradicionais em Barcarena, as concepções e práticas de saúde de comunidades tradicionais e as introduzidas pelo Estado moderno através de serviços de saúde. Para tanto, procedeu-se um estudo de caráter exploratório, através de pesquisa etnográfica, ancorado no aporte do método histórico dialético. Observou-se que com a introdução da lógica capitalista na região de Barcarena, a partir da década de 1980, com a instalação de um polo industrial, houve a desenfreada exploração das reservas naturais, supressão das relações sociais e culturais pré-existentes a essa lógica, violação dos direitos das comunidades tradicionais e ruptura na identidade tradicional dos moradores, além de promover, através das atividades industriais presentes na região e seus impactos ambientais consequentes situações de risco a saúde das populações através do contato com águas e solo inapropriados para utilização o que levou a modificações na estrutura das comunidades locais. A saúde pública oficial não tem acompanhado nem na quantidade e nem na complexidade a demanda gerada pelas transformações no município, conforme os levantamentos feitos, enquanto práticas de saúde tradicional têm persistido e se tornado formas de resistência, como afirmações de identidades tradicionais e também como a cobertura dos serviços públicos estão sendo disponibilizados.

Palavras- chave: Grandes Projetos. Noções de Saúde. Comunidades Tradicionais

ABSTRACT

This dissertation addresses the implications of large health projects in traditional communities of Barcarena / Pa. The objective of this research was to analyze the relationship between the impacts of large companies on the health of the traditional communities of Barcarena, health conceptions and practices of traditional communities and those introduced by the modern state through health services. For that, an exploratory study was carried out, through ethnographic research, anchored to the contribution of the dialectical historical method. Thus, with the opening of the capitalist logic in the region of Barcarena, with the creation of the industrial pole, there was the unbridled exploitation of natural reserves, the appropriation of the suppression of pre-existing social and cultural relations to this logic, the suppression of the violation of rights of the traditional communities and rupture in the traditional identity of the residents, besides promoting, through the industrial activities present in the region and its environmental impacts, consequent situations of risk to the health of the populations through the contact with waters and soil inadequate for use that led to changes in the structure of local communities. Official public health has neither accompanied the quantity nor the complexity of the demand generated by the transformations in the municipality, according to the researches carried out, whereas traditional health practices have persisted and become forms of resistance, as affirmations of traditional identities and also as the coverage of public services are being made available.

Keywords: Great Projects. Notions of Health. Traditional Communities

SUMÁRIO

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará	3
INTRODUÇÃO	17
MÉTODO E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	24
1 ESTADO, SAÚDE, E COMUNIDADES TRADICIONAIS	32
1.1 Considerações Sobre o Estado na Contemporaneidade	32
1.2 Noções de Saúde	37
1.3 Comunidades Tradicionais e Saúde	44
2 ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	50
2.1 Um Breve Histórico das Políticas de Saúde no Brasil.	50
2.2 O Sistema Único de Saúde – SUS	58
3 PROBLEMAS DE SAÚDE INTRODUZIDOS PELAS ATIVIDADES INDUSTRIAIS E PORTUÁRIAS NO TERRITÓRIO DAS COMUNIDADES TRADICIONAIS EM BARCARENA	66
4 CONCEPÇÕES E PRÁTICAS TRADICIONAIS DE SAÚDE NAS COMUNIDADES TRADICIONAIS EM BARCARENA	91
4.1 Organização e Modo de Vida de Comunidades Tradicionais.....	91
4.2 A (In)Visibilidade e Resistência das Práticas Terapêuticas Locais	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS.....	109
ANEXOS	115
A p ê n d i c e- A: Termo de Consentimento Livre Esclarecido	123
Apêndice B- Roteiro de Entrevista Semiestruturada dirigidas a moradores e agentes de saúde tradicional e agentes de saúde do Estado	126

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa: Comunidades, empresas e portos no município de Barcarena-Pa..... 27

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1: Faixa na entrada do assentamento Tauá em relação a conflitos socioambientais em Barcarena.....	70
Imagem 2: Água poluída coletada por moradora de Barcarena	76
Imagem 3: Protesto de moradores contra a poluição da empresa Hydro em Barcarena.....	77
Imagem 4: Plantas medicinais na horta da dona Marta, Comunidade Canaã/Curupeté.....	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Profissionais de Saúde, segundo Município 2006-2015.....	83
Tabela 2: Unidades Ambulatoriais Cadastradas no SIASUS 2006-2015	84
Tabela 3: Leitos por Habitantes 2006-2015	85
Tabela 4: Repasses Financeiros (em R\$) - Município: Barcarena-PA.....	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Desastres Ambientais em Barcarena.....	115
Quadro 2: Glossário do Portal Saúde Transparente	119

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ALBRAS	Alumínio Brasileiro S. A.
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CIT	Comissão de Intergestores Tripartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASSEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DESAI	Departamento de Saúde Indígena
DIP	Doença Infecciosa e Parasitária
DIT	Divisão Internacional do Trabalho
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente
ICSA	Instituto de Ciências Sociais Aplicadas
IEC	Instituto Evandro Chagas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MPF	Ministério Público Federal
NAEA	Núcleo de Altos Estudos Amazônicos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCB	Partido Comunista do Brasil
PNPCT	Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos Comunidades Tradicionais
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Caminho da Floresta
PBQ	Programa Brasil Quilombola

PPGSS	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
SEMAS	Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Sustentabilidade do Pará
SETRAN	Secretaria de Estado de Transporte
SIASUS	Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFRA	Universidade Federal Rural da Amazônia

INTRODUÇÃO

Este estudo aborda as implicações dos grandes projetos na saúde das comunidades tradicionais do município de Barcarena/Pa. Objetivou-se com esta pesquisa analisar a relação entre os impactos dos grandes empreendimentos na saúde das comunidades tradicionais deste município, considerando as concepções e práticas de saúde de comunidades tradicionais e as introduzidas pelo Estado moderno através de serviços de saúde. Especificamente, buscou-se inquirir sobre políticas de saúde no Brasil; averiguar os problemas de saúde introduzidos pelas atividades industriais e portuárias no território das comunidades tradicionais; mapear as concepções e práticas tradicionais de saúde nas comunidades tradicionais em Barcarena como forma de afirmar sua existência e de resistência.

No processo de aprofundamento teórico, da imersão no campo, das mediações entre a teoria e o concreto, as categorias analíticas iniciais (saúde, política social e comunidades tradicionais) se “complexificaram” para poder analisar questões de saúde a partir de saberes diferentes, porém, operando no mesmo campo. Neste processo surgiu o conceito de “saúde tradicional” ou “saúde tradicionalizada” que define o estado em saúde, o qual se utiliza de práticas de saúde contendo elementos culturais e de “tradicionalidade” atuantes por sujeitos terapêuticos locais¹, os quais pertencem a povos que possuem conhecimentos tradicionais totalmente ligados aos rios e a floresta. Este conceito também foi elaborado para poder estabelecer um diálogo entre uma concepção de saúde de comunidades tradicionais e uma concepção que pauta a política pública do Estado.

O interesse pela realização deste estudo em Barcarena - município afetado pela dinâmica de expansão das empresas transnacionais instaladas nele desde a década de 1980 - surgiu durante o primeiro ano de mestrado, em decorrência de duas situações.

¹ As expressões como “especialista local”, “sujeitos terapêuticos tradicionais” são utilizadas neste trabalho para aludir à pessoas, de ambos os sexos, “que desenvolvem alguma prática terapêutica com objetivo preventivo ou curativo” (ARÊDA-OSHA, 2017, p. 16).

A primeira foi através de um convite para participar do Movimento Barcarena Livre² juntamente com assistentes sociais, pesquisadores (as) da UFPA e de outras instituições de ensino, líderes sindicais da região e lideranças das comunidades que promovem diálogos, reflexões, debates, iniciativas de atuação, lutas e resistências em torno da vida social das comunidades locais e tradicionais que sofrem com a poluição, desmatamentos, deslocamentos compulsórios resultantes dos desastres da mineração, do agronegócio e de toda malha de infraestrutura que serve de apoio à expansão do grande capital na região.

A segunda, como resultado dessa aproximação com o município de Barcarena, está relacionada à minha própria inquietação depois de um depoimento, em conversa informal, com uma moradora da região local que relatava as carências sociais das famílias refletidas em problemas de saúde devido à atuação das empresas transnacionais que têm provocado desastres de várias ordens no ecossistema.

Os principais afetados são as comunidades e povos tradicionais que mantêm uma relação direta com o meio ambiente e, por conseguinte, têm sofrido com a poluição e contaminação dos rios (derramamento de lama vermelha, caulim, substâncias químicas oriundas do processo de industrialização, agrotóxico, soja, minério, etc.), a desertificação e infertilidade dos solos, a descaracterização da vegetação, a poluição do ar, dentre outros (CARMO *et al*, 2016). Com isso, verifica-se o processo da formação histórica da Amazônia contextualizando sua inserção no panorama das relações capitalistas em nível nacional e internacional, a partir da criação de valor no seu espaço em decorrência de seus recursos naturais.

A partir da industrialização pós- 1960, a Amazônia brasileira³, assumiu um papel estratégico na expansão econômica do país sofrendo intervenções do Estado e do Capital. Esta região corresponde a uma área com aproximadamente 4,8 milhões de km² de florestas, solos agricultáveis, subsolo rico em minérios e a maior

² O Movimento Barcarena Livre surge a partir das articulações entre moradores (as) de comunidades tradicionais, organizações de trabalhadores (as) de Barcarena, pesquisadores (as) e profissionais organizadores dos Seminários “Desastres da Mineração” realizados em Belém e Barcarena no ano de 2016. Tem como objetivo principal lutar por uma Barcarena livre de poluição, exploração, repressão, e violação dos direitos humanos. (CARMO *et al*, 2016).

³ A Região Amazônica, com sua vasta extensão geográfica e abundantes riquezas naturais, está presente em nove países da América Latina (Brasil, Bolívia, Colômbia, Equador, Guiana Francesa, Peru, República da Guiana, Suriname e Venezuela), sendo que o Brasil é o país que abrange a maior parte dessa extensão detendo 45% do território (os Estados que compõem a Amazônia brasileira são: Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e a porção oeste do Estado do Maranhão) (PICOLI, 2006).

bacia hidrográfica do mundo, que começou a ser incorporada à dinâmica da expansão da economia de crescimento acelerado (CASTRO; DUARTE, 2010).

Para Becker (1997) a Amazônia é uma gigantesca fronteira compreendida a partir da inserção do Brasil no sistema capitalista mundial, após a II Guerra Mundial. Para a autora, é nesse momento que o capitalismo atua no espaço planetário e os Estados nacionais exercem suas funções de controle e hierarquização, revelando-se atores importantes na construção do novo espaço. Ressalta-se que após a II Guerra Mundial consolidou-se uma nova divisão internacional do trabalho (DIT) em que alguns países em processo de industrialização, como o Brasil, passaram a receber com mais intensidade empresas multinacionais (MARQUES, 2007).

Segundo Fialho Nascimento (2006), no capitalismo o Estado refuncionaliza-se, assumindo, além das funções políticas, também as funções econômicas. Desse modo, Marques (2007, p. 9) afirma que:

O Estado é, nestes termos, a representação literal da burguesia, mas deve sê-lo em nome da coletividade, dos interesses supostamente comuns a todos. Ao mesmo tempo em que centraliza as decisões o Estado deve ser visto como despolitizado, como não monopólio da burguesia e como representante de toda sociedade.

Foram instalados, no Brasil, vários empreendimentos em acordo com o governo federal e empresas privadas multinacionais; o Estado interviu estrategicamente na gestão do território criando vários órgãos de planejamento regionais; montou um conjunto de infraestrutura logística para estimular a expansão capitalista: estradas, usinas hidrelétricas, rede de energia elétrica, telefonia, portos, aeroportos, ferrovias, etc. (CASTRO & DUARTE, 2010).

O Brasil sustenta desigualdades no desenvolvimento da sociedade, com alarmantes disparidades econômicas, sociais e regionais, que favorecem o poder e o prestígio da classe dominante, na medida em que favorece sua concentração de renda (SANTANA, 2012).

A introdução de grandes projetos promove alterações no meio físico, a partir da exploração de recursos naturais, além de alterações socioeconômicas. São empreendimentos econômicos e de poderosa infraestrutura onde a produção está totalmente direcionada à expansão do capital internacional. Conforme os autores Castro e Duarte (2010), a implantação destes projetos na região amazônica são

considerados verdadeiros “enclaves” na região, pois estão dissociados do contexto local.

Os grandes projetos, entre eles, agropecuários, de indústria madeireira e minerários foram os agentes causadores dos mais diversos impactos socioambientais na Amazônia. O avanço do modelo de exploração industrial tem ameaçado a biodiversidade e o modo de vida dos povos tradicionais diante do desmatamento, de queimadas, da biopirataria, entre outros fatores que contribuem diretamente para o desequilíbrio ambiental e conseqüentemente comprometem o modo de vida da população local.

Para Castro (1995) a população ribeirinha, extrativista e pescadora, que manteve relações de trabalho não assalariadas ou parcialmente vinculadas ao mercado capitalista, foi forçada a conviver com o novo modelo de organização de trabalho a partir da implantação dos grandes empreendimentos. Porém, esta nova relação social não se converteu em empregos para a população local, muito menos em empregos fixos, como ela explica:

A exclusão de massas crescentes, tanto em países desenvolvidos como nos em vias de desenvolvimento, das possibilidades para muitos de entrar ou de permanecer no mercado assalariado, característica que tem sido bastante analisada como ‘crise do trabalho’. Os mercados se tornam mais incertos, disputados e instáveis, o que altera a forma como se estabelecem as relações e a divisão social do trabalho (CASTRO, 1995, p. 15, grifo da autora).

Para as populações tradicionais, o território tem outro significado, carregam em seu sentido valor simbólico, valor de pertencimento, o que se torna completamente ignorado nos processos de desapropriação ocasionados pela entrada do grande capital em terras com sociedades pré-existentes:

Essas concepções da natureza, das águas e da floresta são difíceis de serem entendidas a partir dos valores das lógicas de reprodução que presidem a sociedade capitalista, fundados em princípios que negam a territorialidade e a etnicidade desses grupos e, sobretudo, suas modalidades de organizar o trabalho (CASTRO, 1999, p. 39).

Os projetos minerários no estado do Pará, inseridos neste conflito entre o moderno/capitalista e tradicional/não-capitalista, tornaram-se centrais dentro do contexto macroeconômico e capitalista, devido à presença dessa riqueza natural no solo paraense, sendo que, grande parte dos projetos licenciados pela Secretaria de

Estado de Meio Ambiente e Sustentabilidade do Pará (SEMAS) se refere à mineração (FERREIRA, 2015).

A mineração é uma atividade econômica de destaque, no Brasil e no Pará, visto que sua importância é evidenciada através dos níveis de produção dos investimentos realizados e do papel que exerce no saldo da balança comercial. A indústria mineral é a principal força econômica paraense e com isso, o estado do Pará possui papel de destaque na atividade mineral ocupando o 2º lugar no ranking nacional de produção - ficando atrás somente de Minas Gerais. O Pará possui participação que gira em torno dos 22%, sendo o estado paraense, referência absoluta da atividade na região Norte (SETRAN, 2009).

Segundo a Secretaria de Estado de Transporte (2009), a extração de minérios é, por natureza, uma atividade bastante concentrada em pequenas regiões. Esta constatação desconsidera toda infraestrutura necessária para seu funcionamento e o escoamento dos minérios, que implicam em grandes ferrovias, linhas de transmissão de energia, portos, estradas e hidrelétricas, além de novas áreas urbanas para os trabalhadores. O Pará, composto por 144 municípios, tinha em 2009, segundo SETRAM (2009), a mineração distribuída em 15 municípios. A SEICOM (2012) apresenta novos dados que expressam a expansão da atividade de mineração no Pará com 103 municípios com requerimento de pesquisa mineral, 51 municípios com concessão de lavra, 75 municípios com licenciamento para mineração. Dentre os cinco maiores municípios em termos de renda *per capita*, quatro possuem importantes indústrias minerais na extração de cobre em Canaã dos Carajás; de ferro em Parauapebas; de bauxita em Oriximiná e na transformação de bauxita em alumina, alumina em alumínio e a refinação de caulim no município de Barcarena (FERREIRA, 2015).

O estado do Pará se destaca pelos intensos processos de exploração mineral de grandes empreendimentos implantados na área a partir da década de 1970, provocando profundas modificações socioeconômicas, ambientais e culturais (FIALHO NASCIMENTO; LEAL; SÁ, 2012). Neste contexto, destaca-se o município de Barcarena como um polo industrial do complexo alumina/alumínio, caulim, exportação de soja e gado vivo inserido no processo de constituição da fronteira econômica amazônica (TRINDADE JÚNIOR & CHAGAS, 2002). Esta área foi eleita criteriosamente pelos idealizadores do projeto em razão da proximidade com os mercados europeus e norte americano, as melhores condições para rota de grandes

navios, disponibilidade de mão de obra barata, baixa densidade de ocupação e adjacência à capital – Belém (NAHUM, 2011).

O município de Barcarena situado a 40 km de Belém, capital do Pará, faz parte da Microrregião do Baixo-Tocantins e da área metropolitana de Belém possuindo uma área de 1.310,588 km². Segundo o censo de 2011 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população deste município é de pouco mais de 100 mil habitantes, dos quais, destaca-se que 50,42% são homens e 49,58% mulheres, além disso, a maioria da população se concentra em áreas consideradas rurais, sendo, 63,65% e 36,35% vive em áreas urbanas. O município faz limite ao Norte com a Baía de Marajó e o município de Ponta de Pedras; ao Sul com o município de Moju; a Leste com a Baía do Guajará e a Oeste com o município de Abaetetuba (NASCIMENTO, 2010).

É um município rico em ilhas, e com dezenas de igarapés que desaguam em rios como o Icaraú, Tauaporanga e Barcarena. Localiza-se a 30 quilômetros de distância da metrópole, Belém, com a qual é ligado por via fluvial, com acesso através de balsas, barcos, lanchas e navios; ou por estradas e pontes da rodovia Alça Viária, com acesso por meio de ônibus e carros particulares (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2016). Segundo a Secretaria Municipal de Agricultura de Barcarena (2013), há 116 comunidades no município e, destas, 53 localizam-se nas ilhas enquanto 63 no continente. A sua gestão e território são divididos (muitas vezes separados e isolados) entre o governo municipal, estadual e federal, pois foram criados territórios delimitados para cada esfera de poder (HAZEU, 2015).

Conforme dados do IBGE (1970), no início dos anos 1970 Barcarena contava com um número de habitantes relativamente pequeno, de 17.498 pessoas, a maioria localizada no ambiente rural, vivendo da roça, caça, pesca e extrativismo. A vida da população se voltava para os rios que serviam como vias de transporte, fonte de alimentos, de água potável, lugar de banho, lavagem de roupa e de lazer, além do comércio dos produtos da roça, pesca e extrativismo e compra de outros produtos diretamente em Belém ou via regatão (MOURA 1990; SOUZA, 2006).

A partir dos anos 1980, a população cresceu significativamente e em 2016 já somavam mais de 100 mil habitantes (IBGE, 2016). Nas últimas décadas tem se destacado como um dos municípios em grande expansão na Amazônia Oriental por sediar importante complexo logístico e industrial (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2016). Infere-se que este crescimento populacional esteja estritamente relacionado

ao surgimento das indústrias no município, principalmente a partir da inserção da empresa Alumínio Brasileiro S. A. (Albras) na área, em 1985.

Hazeu (2015) destaca que Barcarena conta com vários portos e estradas, que possibilitam a sua função estratégica na distribuição e transporte de produtos, dois núcleos urbanos (administração, ensino, comércio, serviços), praias e balneários (lazer e turismo), e no sudeste do seu território o grande complexo industrial e portuário. Este complexo ocupa 15% da área municipal (desconsiderando as estradas), porém, tem impactado as atividades econômicas e sociais de todo o município e municípios vizinhos, considerando a poluição da água, da terra e do ar, a dinâmica populacional (migrações), as relações de poder, e a distribuição de recursos, investimentos e benefícios. É uma história marcada por invasões, lutas e resistências, cuja vida se organizava a partir dos cursos de seus rios e igarapés, com produção agrícola, pesca e extrativismo (HAZEU, 2015).

Nesta dinâmica, Barcarena tornou-se um lugar de conexão e transformação das cadeias produtivas mundiais de alumínio, caulim, soja e gado, visto que a exploração ou produção desses recursos ocorre em outras áreas no Pará. Conforme Hazeu (2015), essas áreas estão sendo fortemente impactadas pelas formas de exploração e produção – de larga escala, com domínio de monopólios, degradação do meio ambiente, marginalização ou impedimento de outras formas de produção e atividades econômicas mais endógenas, voltadas para as comunidades locais – para subsidiar indústrias e mercados internacionais.

Porém, as indústrias de alumínio e de caulim, além da atividade portuária, tornaram-se um problema de saúde pública em Barcarena, uma vez que, a cidade concentra as maiores refinarias destes metais do mundo. Toda a movimentação em torno, não só dessa atividade industrial, mais também pelas atividades de outros empreendimentos na região, é responsável por problemas ambientais, sociais e trabalhistas.

Diante desse cenário, ressaltam-se recorrentes danos ao meio ambiente, como os casos de poluição dos principais rios e igarapés da região. Estas bacias hidrográficas eram comumente usadas para várias atividades socioeconômicas das comunidades como: a pesca, o lazer e vias de circulação ente as comunidades que sobrevivem dessas atividades para consumo e manutenção de vida e do seu bem-estar. Contudo, estes recursos hídricos são usados atualmente como meros depositários dos dejetos produzidos pelos esgotos domésticos e industriais em seu

leito gerando envenenamento em suas águas em decorrência de poluição provocada pelas atividades dos grandes empreendimentos hasteados na região, atingindo diretamente as comunidades locais e suas relações de vida e trabalho (FERREIRA, 2015).

Estes acontecimentos têm interferido na forma de organização social e econômica dos moradores das comunidades tradicionais transformando seu modo de viver, afetando a saúde e suas condições e concepções de saúde.

Não só Barcarena, como outros municípios da região norte, têm enfrentado os enormes impactos das indústrias minero-metalúrgicas com pouco apoio do Estado, pois ele (Estado – que tem estimulado, possibilitado e financiado o avanço destas indústrias) deve ser o mediador e responsável por criar estratégias de enfrentamento para garantir os direitos da população, como o de saúde local e suprir as demandas existentes da população de Barcarena. Devido à dinâmica social, as situações de vulnerabilidade atualizam-se e novos cenários de riscos são criados, exigindo políticas contínuas para sua redução (OPAS, 2014).

É dessa realidade delineada que surge a problemática que se trata neste trabalho e o interesse pela realização deste estudo em Barcarena - a qual, como contextualizado acima, está sendo afetada pela dinâmica de expansão das empresas transnacionais instaladas neste município desde a década de 1980, de onde emana a contradição do desenvolvimento marcado pela ofensiva lógica do capital sobre o modo de vida da população, na dinâmica cultural estabelecida por tradições que mantém uma relação direta com o meio ambiente e seus recursos naturais, com rebatimentos, ainda, nas políticas sociais, especialmente nas políticas de saúde.

MÉTODO E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a realização desta pesquisa foi escolhido como aporte teórico-metodológico o método histórico dialético por ser uma forma de apreensão do objeto real e de conhecimento do fenômeno em sua essência. O método dialético permite o diálogo entre realidade e teoria, com base em pesquisas quantitativas e qualitativas, destacando estas pela possibilidade de maior aproximação da realidade pesquisada, onde a relação entre sujeito/objeto articula-se a uma perspectiva de totalidade, sendo que o objeto só pode ser compreendido se relacionado com suas condições

históricas e materiais (MARX, 2013).

Seguindo a tradição lukácsiana, este estudo parte do pressuposto que a essência do objeto a ser conhecido não se demonstra na aparência do fenômeno, o que exige do pesquisador um movimento de aproximação sucessiva com o objeto. Conforme Netto (2011) alcançar a essência do objeto é capturar a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e, operando a sua síntese, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou, mesmo que pareça redundando afirmar, o objeto é objetivo ele existe independente da consciência do pesquisador.

Nesse movimento de aproximação e afastamento do objeto, encontram-se muitas aparências, por isso Lukács (1989) afirma que há que se rasgar o véu para atingir o conhecimento histórico. Trata-se, pois, por um lado, “de destacar os fenômenos de sua forma dada como imediata, de encontrar as mediações pelas quais podem ser referidos ao seu núcleo e a sua essência” (LUKÁCS 1989, p. 22-29).

Dessa forma, é necessário que a investigação caminhe no sentido de articular o objeto singular às leis e tendências universais inscritas na particularidade histórica, pois “o concreto é concreto, porque é síntese de muitas determinações”, logo o objeto estudado é o concreto real que será analisado no plano da abstração, isto é, do pensamento, para ser reproduzido como um concreto pensado (MARX, 2008, p. 258).

Para isso, Netto (2014) reitera que é necessário mobilizar um máximo de conhecimentos, criticá-los, revisá-los por meio da criatividade e imaginação do pesquisador. Complementa também que as formas de alcançar esta essência podem utilizar diversos instrumentos de pesquisa e que, além disso, toda conclusão a respeito do fenômeno é sempre provisória porque a realidade se move muito além do que a racionalidade humana pode acompanhar. Desta forma, “[...] só depois de concluído este trabalho [de investigação] é que se pode descrever, adequadamente, o movimento real. Se isto se consegue, ficará espelhada, no plano ideal, a vida da realidade pesquisada” (NETTO, 2014, p. 7).

Deste modo, segundo Lefebvre (1991, p. 56) “O conhecimento é prático antes de elevar-se ao nível teórico, ele começa pela experiência prática, a prática nos põe em contato com realidades objetivas”. Neste sentido, tomar-se-á como ponto de partida para o conhecimento do objeto de estudo, as condições,

concepções e contradições de saúde para as comunidades tradicionais frente aos impactos ambientais provocados pelos grandes empreendimentos instalados no município de Barcarena.

A aproximação dialética no conhecimento da singularidade não pode ocorrer separadamente das suas múltiplas relações com a particularidade e com a universalidade. Estas já estão, em si, contidas no dado imediatamente sensível de cada singular, e a realidade e a essência deste só pode ser exatamente compreendida quando estas “mediações (as relativas particularidades e universalidades) ocultas na imediaticidade são postas à luz [...]”. (LUKÁCS 1978, p. 106).

Para avançar na particularidade do objeto de estudo ora proposto, verificou-se a necessidade de resgatar a realidade histórica das comunidades tradicionais, assim como se deu a implantação dos grandes projetos na região a partir das relações (interesses) capitalistas em nível nacional e internacional e da criação de valor no seu espaço em decorrência de seus recursos naturais. Para tal, era necessária a realização de uma pesquisa empírica e documental, cujos dados obtidos seriam confrontados entre si, na perspectiva da aproximação sucessiva do real.

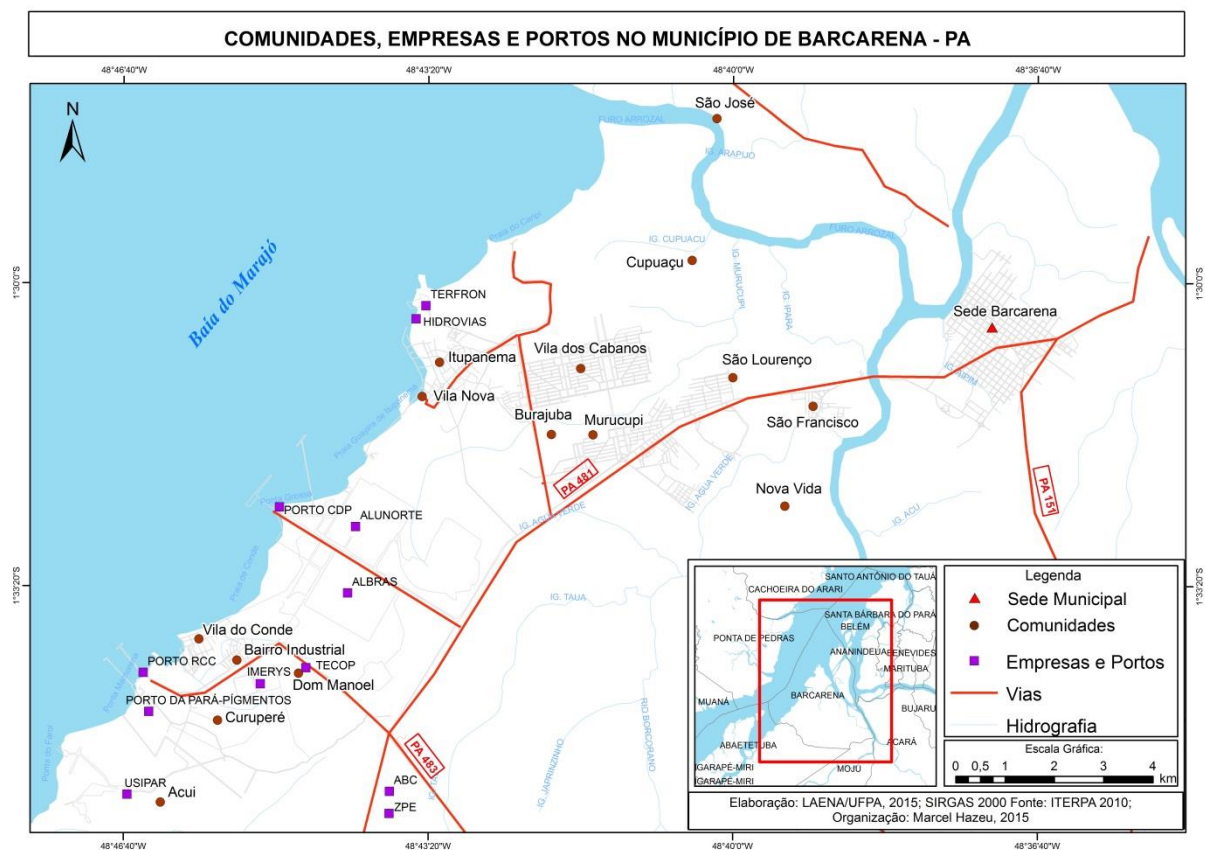
Diante disso, neste trabalho, a principal categoria analisada é a saúde “tradicionalizada”, já que o objeto requer a compreensão desta categoria na realidade dos moradores tradicionais que vivem em Barcarena, a qual acaba tornando-se importante no âmbito da pesquisa por conta da relação dialética entre a vida dos entrevistados, suas formas e práticas de ser existentes e resistentes na realidade da industrialização de Barcarena.

Como afirma Pontes (2008), as categorias expressam a construção do real acerca do fenômeno a partir da racionalidade do pesquisador, em contraste com a realidade estudada e sua história. Não são meras formas de pensar, são considerações a respeito da materialização do fenômeno, passando por análises entre todos os processos constitutivos desta realidade com todas as formas de constatação da razão. “[...] categorias não são estruturas somente lógicas que a razão constrói, independentemente, nem tampouco hipóteses intelectivas, mas se configuram como estruturas que a razão extrai do real [...]” (PONTES, 2008, p. 65).

O método de investigação desta pesquisa se realizou, por tanto, por meio de leitura de material bibliográfico e de resultados de pesquisa semelhantes, assim

como por meio de realização de entrevistas e observação nas comunidades tradicionais pertencentes à região do Distrito Industrial em Barcarena, área destinada pelo Estado para a implantação de indústrias, cuja delimitação geográfica é apresentada pelo Ministério Público do Pará (conforme Figura 1), no qual se encontram empresas multinacionais de grande porte e, ao mesmo tempo, um grande (e crescente) contingente populacional, vivendo em situação bastante precária e com deficiência na prestação de serviços públicos básicos (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2016). Ainda de acordo com o Ministério Público Federal (2016), parte desse espaço territorial localizado na Amazônia passou a se configurar uma nova fronteira de matriz predominantemente econômica, passando a ser marcado pela pulverização de empresas transnacionais de mineração e pelas transformações socioambientais e sociais por tais processos.

Figura 1: Mapa: Comunidades, empresas e portos no município de Barcarena-Pa



Fonte: Hazeu (2015).

Foram realizados os seguintes passos da pesquisa, ao se organizar as atividades, os materiais e as técnicas utilizadas levando em consideração a relevância das informações e da pesquisa: 1) leituras de autores clássicos e

contemporâneos para a construção do referencial teórico; 2) realização de uma pesquisa documental, na qual foram usados dados oficiais do IBGE, DATASUS, prefeitura do município de Barcarena, secretarias municipal e estadual, Instituto Evandro Chagas, além de relatórios e laudos do Ministério Público Federal; 3) pesquisa de campo, com elaboração de roteiro de entrevista (ver Apêndice), contato com sujeitos da pesquisa para apresentação dos objetivos da mesma; utilização de diário de campo para as observações e reflexões acerca do objeto; 4) análise de conteúdo para diálogo com as categorias reflexivas e a identificação de categorias fundamentais que emergiram deste processo durante a pré-análise.

A partir dessa compreensão, esta pesquisa teve um caráter exploratório, com dimensões de pesquisa etnográfica, buscando auferir informações pertinentes à realidade das comunidades estudadas. O estudo exploratório, segundo Gil (2008) tem como objetivo proporcionar uma visão geral do objeto do tipo aproximativo, pois apesar do conhecimento prévio do tema da pesquisa, considera-se importante aperfeiçoar o conhecimento sobre o mesmo, a fim de evitar possíveis obstáculos no desenvolvimento da pesquisa. Conforme Lima *et. al* (1996), o senso comum é valorizado para a compreensão do social e o observador procura interpretar aquilo que o sujeito já havia interpretado dentro do seu universo simbólico. É um estudo de significado da “vida diária”. É uma postura/posição metodológica que se opõe aos modos tradicionais de manipular os problemas de ordem social (essência vista “de fora”), colocando que ela se cria na própria interação, sendo uma forma nova de apreender a realidade, sabendo que nenhuma delas consegue apreendê-la totalmente (BRAGA, 1988 *apud* LIMA *et al.*, 1996).

Como apresentado acima, o estudo foi realizado no Distrito industrial de Barcarena, uma área que abrange inúmeros empreendimentos industriais, comunidades de descendência quilombola e indígena, além de zona de mata e recursos hídricos considerados fundamentais para a manutenção da vida de família de ribeirinhos, extrativistas, roçadeiros, pescadores, etc. Estas comunidades, que são consideradas tradicionais, conforme laudo do Ministério Público Federal (2016) estão geograficamente delimitadas pelos grandes empreendimentos instalados aos seus entornos, tornando estas comunidades extremamente vulneráveis às atividades minero-metalúrgicas ameaçando a biodiversidade e o modo de vida dos povos tradicionais, que mantem uma relação direta com o meio ambiente, diante do desmatamento, de queimadas, de toda acumulação da poluição e dos desastres

ambientais, promovendo conflitos socioambientais e um ambiente não saudável a toda população.

A partir da compreensão deste contexto foram realizadas observações participativas nas reuniões promovidas pelas lideranças locais, pelo Movimento Barcarena Livre bem como em audiências públicas que envolveram famílias tradicionais barcarenenses, lideranças comunitárias, representantes do Ministério Público Estadual e Federal, representantes da prefeitura de Barcarena, entre outras entidades. A opção mais condizente com o objetivo deste trabalho foi a técnica de entrevista semiestruturadas com moradores que viveram e acompanharam a implantação dos grandes projetos instalados na região, lideranças locais que lutam por condições dignas de sobrevivência, agentes de saúde e sujeitos terapêuticos locais que atuam no tratamento de uma gama de adversidades na saúde da população estabelecidas na realidade da dinâmica das relações sociais presentes.

A intenção inicial era entrevistar 06 (seis) moradores tradicionais, os quais viveram o processo de implantação dos Grandes projetos das indústrias minero-metalúrgicas, 05 (cinco) lideranças comunitárias, 03 (três) agentes de saúde e representantes da prefeitura de Barcarena. Porém, houve dificuldades no acesso às informações e entrevistas com representantes da prefeitura e representantes das empresas instaladas em Barcarena, além de problemas com minha saúde nos últimos meses, tais fatores inibiram o desenvolvimento das entrevistas com estes agentes escolhidos. Assim, foram entrevistados 05 (cinco) moradores tradicionais barcarenenses, entre eles: 02 (dois) sujeitos terapêuticos locais e 01(um) liderança de comunidade e 02 (dois) agentes de saúde da rede municipal. O interesse em entrevistar este universo foi compreender de que forma se estabelece a concepção e práticas de saúde da população tradicional a partir de suas experiências e perspectivas dos profissionais diante da complexidade que Barcarena está vivendo mediante o avanço do capital. Todas as entrevistas foram realizadas mediante apresentação da pesquisadora, de sua pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ver Apêndice). O termo era lido e explicado aos sujeitos, sendo que no mesmo havia duas opções em que eles poderiam escolher se gostariam de receber os resultados da pesquisa e se autorizavam a gravação de áudio da entrevista, não havendo nenhum contraponto.

Foram dados pseudônimos aos entrevistados para preservar seus nomes verdadeiros, pois na região há diversos conflitos sociais, ambientais, políticos.

Dentre os entrevistados conheci Seu João, morador antigo da região de Barcarena, aposentado, o qual após sucessivos remanejamentos vive atualmente na comunidade Nova Vida; Dona Ana, que nasceu em Barcarena, mora na comunidade de Curuperé e exerce sua profissão de professora na comunidade de Canaã; Dona Helena, liderança comunitária da região de Curuperé; Dona Joana, moradora da comunidade de Vila do Conde, dona de casa e exerce práticas de curandeira e parteira; Heloísa, agente de saúde da região de Vila do Conde e moradora nativa de Barcarena, Seu Carlos, reside e trabalha no município como agente comunitário de saúde.

O processo de aproximação com os sujeitos da pesquisa e iniciação das entrevistas iniciou-se no dia 19 de janeiro de 2018 com a colaboração da professora da comunidade Canaã, o que facilitou o acesso aos sujeitos de pesquisa para a realização desta pesquisa.

As perguntas da entrevista eram flexíveis. O primeiro questionamento do roteiro abrangia a concepção de saúde fundamentada na história de vida dos entrevistados. Enquanto os mesmos falavam sobre sua vida, suas experiências, e concepções, outras perguntas eram feitas como, por exemplo: quais as condições de saúde antes e depois da implantação dos grandes projetos das indústrias minero-metalúrgicas? Quais são as mudanças ocorridas com a chegada destes grandes empreendimentos na região? Quais os serviços de saúde que se têm acesso em Barcarena? Os serviços de saúde atendem as demandas ocasionadas pela poluição das industriais? Entre outras.

Para os agentes de saúde as perguntas giravam em torno das experiências destes trabalhando nos estabelecimentos de saúde, na finalidade de apreensão das informações atualizadas sobre as ações do governo no âmbito da efetividade da política de saúde, a existência de necessidades por serviços básicos desta população provocada com a instalação e operação do complexo industrial, no intuito de identificar o acesso da comunidade aos serviços de saúde, assim como os tipos de ações que são promovidas para a efetivação de políticas de saúde no município.

Os dados provenientes das entrevistas foram sistematizados e analisados durante os meses de janeiro e fevereiro de 2018, tendo os elementos da realidade como forma de direcionamento da construção teórica e do método de exposição que aqui se apresenta. As análises das entrevistas obedeceram à técnica de análise de conteúdo buscando compreender as falas no seu contexto próprio e em sua

profundidade para que obtivesse as determinações, as características peculiares comuns.

A estrutura do texto está organizada da seguinte maneira: o primeiro capítulo faz uma abordagem teórica das categorias Estado; Saúde e Comunidades Tradicionais e Saúde refletindo a forma como estas categorias vêm sendo (re) elaboradas na história; o segundo capítulo apresenta a organização da política de saúde; o terceiro capítulo analisa os problemas de saúde introduzidos pelas atividades industriais e portuárias no território das comunidades tradicionais em Barcarena; o quarto capítulo versa sobre a concepção e práticas tradicionais de saúde nas comunidades tradicionais em Barcarena no contexto da instalação e operação das indústrias. Nas conclusões sintetizam-se os achados da pesquisa por eixo de objetivos.

1 ESTADO, SAÚDE, E COMUNIDADES TRADICIONAIS

1.1 Considerações Sobre o Estado na Contemporaneidade

Este item tem por objetivo discutir as perspectivas do Estado como agente que tanto tem como atribuição promover a saúde da população quanto investe na “não-saúde”, em modelos de desenvolvimento e atividades econômicas que a prejudicam ou em políticas de saúde que negam as particularidades das comunidades tradicionais.

Trata-se de perspectivas que formam base de pensamento, ideias, vertentes e ações que influenciam o modelo de Estado na atualidade e seus fundamentos confinados à questão econômica e seu posicionamento enquanto provedor e regulador de políticas públicas sociais.

Na discussão sobre esta temática, de acordo com Rodrigues (2013), o Estado se expressa como uma organização complexa que detém o poder político. Configura-se em um conjunto de organizações públicas que interagem com uma determinada sociedade num território específico. As ações do Estado visam à execução de tarefas de interesse público, que se realizam pela administração pública, como destaca Rodrigues (2013, p.19).

Netto (1993) e Boschetti (2008) destacam que a ascensão do modo de produção capitalista provocou mudanças sociais e políticas, conduzindo a formação de novos conceitos ideológicos. Entre elas, o Estado como uma instituição socialmente necessária, em razão de praticar determinadas tarefas que são essenciais para a sobrevivência da sociedade capitalista, entre as quais, pode-se destacar a mediação do conflito de classes e a sustentação e manutenção da ordem capitalista.

Em meados da década de 1970, o Neoliberalismo se organizou ideológica e politicamente, ganhando força e difusão em escala mundial após a chamada crise do Estado de Bem-Estar Social ou Keneysonianismo.

Contudo, segundo Boschetti (2008), é a partir da década de 1990, com o consenso de Washington, que o governo brasileiro iniciou aqui a implantação do neoliberalismo, processo que se deu com algumas particularidades, as quais trouxeram consequências diversas para as políticas sociais. Apesar de o Brasil ter adotado tardiamente o receituário neoliberal das chamadas políticas de ajuste

estrutural, não foram minimizadas as consequências sociais, expressas na deterioração das políticas sociais e no agravamento das condições sociais da população.

Esta ordem capitalista que sobrevive da desigualdade, da exploração de uma parcela da população, promove exclusão social, fragmentação das potencialidades do cidadão mediante um único objetivo, a obtenção de lucro e não, como veremos as necessidades humanas e nem a “saúde humana”. Estas são umas das contradições onde o instrumento complexo, que é o Estado Neoliberal, está inserido dentro da lógica do modo de produção vigente.

Netto (1993) salienta que o Estado dentro do sistema capitalista reconfigura-se com forte intervenção na economia, onde este se esforça para desenvolver as forças produtivas. Nesse modelo, o Estado desempenha a função de assegurar o domínio dos capitalistas sobre os demais membros da sociedade; Serve a classe dominante de várias outras maneiras, por exemplo, travando embates para ampliar o mercado capitalista, construindo estradas, ferrovias, rotas de acesso a produtos primários, realizando e administrando serviços indispensáveis para a fluidez do capital. Ou seja, o poder econômico é a verdadeira força que controla o Estado.

Por essa razão, Gilberto Marques, ressalta que o Estado é, nestes termos, a representação da burguesia, que deveria ser representação da sociedade como um todo, do interesse comum. O Estado deve ser visto como despolitizado, como não monopólio da burguesia e como representante de toda a sociedade (MARQUES, 2007).

Carnoy (1986) utilizando o pensamento de Marx e Engels no texto “A Teoria de Estado”, destaca, “o Estado como um aparelho repressivo da burguesia: aparelho para legitimar o poder, para reprimir, para reforçar a reprodução da estrutura de classe e das relações de classe” (p.22). Estamos falando do Estado na sociedade capitalista onde há conflitos de interesses entre classes sociais vigentes, objetivando como instrumento, a dominação de uma classe sobre a outra.

A ação do Estado enquanto instituição nasce no centro de interesses antagônicos, a partir de uma demanda socialmente construída. Segundo Silva (1992), o Estado se resume como a expressão dialética entre as relações sociais representadas pelas diferenças institucionais que o compõem, sendo importante destacar, que o mesmo regulamenta as normas e regras institucionais, bem como, responde as demandas apresentadas pela sociedade. Com base nesse paradigma,

um dos mecanismos utilizados pelo Estado são as políticas públicas que são descritas por Pereira (2003) como sendo respostas à correlação de força e interesse entre o Estado e atores sociais estratégicos.

Esta exceptiva interna ao Estado que mexem em sua estrutura, em sua ordem promovendo disputas internas – *lócus* político onde se travam os embates entre os segmentos dominantes e os populares. Este choque de interesses promove graves conflitos entre as classes sociais, as chamadas lutas de classes. Esta lógica torna-se basal para entender a construção e a adoção de medidas estatais e a promoção de políticas seletivas, isto é, nesta atual configuração do capital, observa-se a retomada de preceitos que sustentam o Estado Mínimo, que por sua vez resultam no aumento do assistencialismo e na redução de direitos e gastos sociais e por consequência dos serviços públicos.

Diante destas considerações, ocorre um conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que, ao ser estimulado por este sistema monopolista, favorece meios para o desenvolvimento das expressões da “questão social”⁴ na sociedade capitalista atual. Essa configuração é orientada pelo projeto neoliberal⁵, com aspirações modernizantes e que propaga a globalização, no entanto defende uma valorização desenfreada do acúmulo de capital à custa de países e/ou regiões onde são abundantes os recursos minerais, que se tornaram estratégicos para essa acumulação. O resultado é uma exploração cada vez mais implacável da força de trabalho somada à apropriação privada das matérias primas extraídas da natureza.

Os interesses do Capital estão em desacordo com os interesses coletivos, ou seja, existe um conjunto de interesses antagônicos que não podem ser conciliados. E, é justamente para mediar estes conflitos que o Estado se apresenta como um órgão político indispensável. Logo, se pode perceber que a partir dessas determinações colocadas pelo capital, o Estado é chamado a intervir para lidar com as consequências trazidas pela perversidade desse modo de produção, que,

⁴ Para Yamamoto (2001), a “questão social”, enquanto parte constitutiva das relações sociais capitalistas é apreendida como expressão ampliada das desigualdades sociais e requer no seu enfrentamento, a prevalência das necessidades da coletividade dos trabalhadores, o chamamento à responsabilidade do Estado e a afirmação de políticas sociais de caráter universal, voltadas aos interesses da grande maioria.

⁵ De acordo com Piana (2009), O neoliberalismo passou a ditar o ideário de um projeto societário a ser implementado nos países capitalistas para restaurar o crescimento estável. Tendo como assertivas a reestruturação produtiva, a privatização acelerada, o enxugamento do Estado, as políticas fiscais e monetárias sintonizadas com os organismos mundiais de hegemonia do capital como o Fundo Monetário Internacional (FMI).

contraditoriamente, explora e degrada o trabalhador, ao mesmo tempo em que necessita dele para sua produção e reprodução.

Esta intervenção, segundo Netto (1992), se oportuniza através de políticas públicas sociais, que em geral, são um dos principais meios de intervenção nas expressões da “questão social”, sendo fruto da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto de trabalhadores, onde o Estado atende a demanda como estratégia também para reproduzir e manter o sistema atual, preservando e controlando a mercadoria mais preciosa para o modo de produção capitalista, que é à força de trabalho.

Ainda de acordo com Netto (1992), a Política Social pode ser entendida também como um acordo entre a burguesia e a classe operária, porque ao mesmo tempo em que atende necessidades imediatas da classe operária, ela fragmenta e fragiliza a organização desta classe e legitima o Estado Burguês. E com a ideologia neoliberal, que só fortalece o sistema capitalista, a perspectiva de culpabilização do sujeito é cada vez mais utilizada, descartando a conjuntura e fragilidade do próprio sistema, que em sua contradição, produz riqueza excedente, porém esta fica concentrada e centralizada nas mãos de poucos, enquanto muitos ficam “as margens” do sistema.

Dessa forma, pode-se elucidar que não há política social desvinculada das lutas sociais. De modo geral, o Estado assume algumas das reivindicações populares, ao longo de sua existência histórica. Os direitos sociais dizem respeito inicialmente à consagração jurídica de reivindicações dos trabalhadores. Certamente, não se estende a todas as reivindicações, mas na aceitação do que é conveniente ao grupo dirigente do momento (VIEIRA, 1992, p.23).

De acordo com Marques (2007) observa-se que:

O Estado não representa um espaço em que os vários atores atuam em iguais condições de disputa (há uma desigualdade de poder). O Estado materializado nas políticas públicas na Amazônia demonstra um perfil de classe, os setores que o controlam determinam projetos de apoio ao capital e à grande propriedade. Quanto à distribuição de seus recursos, diversos setores das frações dominantes da região disputam entre si, mas em nenhum momento se propõem a ferir os interesses fundamentais da reprodução do capital e da propriedade, demonstrando uma espécie de filtro às questões que são tomadas como fundamentais ao desenvolvimento. Estes setores ajudam a construir e sustentar esta forma de Estado justamente porque ele responde a seus interesses gerais. Quando não mais conseguir responder a estes interesses, ele passará a ser questionado (MARQUES, 2007, p. 17).

Diante do exposto, pautado nas reflexões de Netto (1993), Marques (2007), Carnoy (1986), Piana (2009), Boschetti (2008), compreendo que a posição analítica de que, enquanto o sistema capitalista estiver intrínseco nas formas de organização e reprodução da sociedade, as ações do Estado serão produto e produtor das relações sociais capitalistas. De modo que o poder de classe se identifica com poder de Estado.

Porém, o Estado deveria ter como desígnio organizar a sociedade para que os interesses comuns sejam garantidos e que promova o bem comum. Um aparelho estatal que seja justo, laico e ético, pois se o Estado vai bem, todos os indivíduos estão bem. Com isso, não haveria sérios conflitos internos e externos, como resistências populares. O poder estatal pode sim, voltar a ser, em sua totalidade, a manifestação do poder da sociedade.

O Estado na sociedade capitalista, através das suas políticas, legislações e instituições, têm possibilitado, financiado e legitimado o avanço do capital sobre a Amazônia e sobre as comunidades tradicionais, em forma de indústrias, mineração, agronegócio, portos e ferrovias para exportação de *commodities*. Esta ação governamental, portanto, faz parte do processo de poluir, desapropriar, destruir e explorar, fatores que prejudicaram em várias dimensões a saúde das comunidades tradicionais. Há, portanto, uma política de “não-saúde” do Estado e uma política de “saúde”, cuja última em termos de recursos e possibilidades de inverter a violação da saúde sempre estará em desvantagem. Nem as políticas de prevenção focam mudanças radicais nas políticas de investimento econômico, mas parecem transferir a responsabilidade de manter a saúde às pessoas violadas.

Logo, este cenário revela uma forte ofensiva conservadora, que tende a derruir históricas conquistas da classe trabalhadora e gerar mudanças nas condições sociais e de vida da população. Sua tendência geral é para a de restrição e redução de direitos, prevalecendo o trinômio articulado do ideal neoliberal para as políticas sociais: a privatização, a focalização e a descentralização.

Nesta atual configuração do capital, observa-se a retomada de preceitos que sustentam o Estado Mínimo, que por sua vez resultam no aumento do assistencialismo e na redução de direitos e gastos sociais públicos.

O ajuste neoliberal configura um quadro crescente de retrocesso social, principalmente, em países como o Brasil que sofrem brutalmente com a exploração exercida pelos países com alta potência financeira mundial, isso se dá

“precisamente porque estamos confrontados com a burguesia plenamente construída e a Barbárie revela sua face contemporânea” (NETTO, 2006).

A reflexão sobre as ações e atuações do Estado em vigor na atualidade possibilita analisar como o aparelho estatal atende os interesses da ordem do capital em Barcarena, e ao mesmo tempo como tem atendido as demandas da sociedade/trabalhadores e em especial as demandas oriundas de comunidades tradicionais não totalmente inseridas ou dominadas pelo contexto capitalista.

1.2 Noções de Saúde

Para estudar a questão da saúde em Barcarena e especificamente nas comunidades tradicionais foco da pesquisa, conceitua-se neste capítulo o que se tem discutido sobre saúde e políticas de saúde a partir de um resgate histórico do debate político e teórico, contextualizado no âmbito mundial, nacional e local.

Historicamente, a conceituação de saúde se constituiu objeto de interesse e estudo de filósofos, cientistas e governantes, de alguma maneira associada às crenças, simbolismos e preceitos morais (ARAÚJO; BRITO; NOVAES, 2008). A saúde ou a sua falta, implicando na enfermidade, foi, por algum tempo, entendida como uma ação ou omissão dos deuses e a visão da saúde entendida como ausência de doença é largamente difundida no senso comum, mas não está restrita a esta dimensão do conhecimento (BATISTELLA, 2007).

Pensar a saúde do ponto de vista da ausência de doença na sociedade moderna parte de uma concepção assistencialista, que coloca em evidência a necessidade de afastar a doença que acomete o indivíduo, pressupõe um diagnóstico, feito mediante exames clínicos e laboratoriais, para que se possa prescrever, de pronto, remédios e, assim, curar a pessoa daquela doença.

A partir do século XIX, as marcantes descobertas científicas nos campos da Biologia e da Química – com enorme repercussão na Medicina –, o reconhecimento dos fenômenos sociais, a industrialização e a percepção de que a saúde de uma população está relacionada às suas condições de vida sinalizaram para uma construção conceitual de saúde com característica sólida e politicamente abrangente, principalmente após o final da Segunda Guerra Mundial, quando ficou estabelecido, indubitavelmente, que os comportamentos humanos podem constituir

ameaça à saúde das pessoas e, conseqüentemente, à segurança do Estado (ARAÚJO; BRITO; NOVAES, 2008).

Convenientemente, o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Este conceito refletia uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo. Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações (SCLIAR, 2007).

Para Araújo, Brito e Novaes (2008), o conceito de saúde promovido pela OMS possui nuances subjetivas e contempla reduzida parcela de indivíduos, uma vez que não esclarece fatores relativos ao indivíduo e ao meio em que vive, como, por exemplo, os fatores relacionados à qualidade de vida (ARAÚJO *et al.*, 2008). Para os autores, deve-se, portanto, compreender que, do ponto de vista hodierno, se faz necessária à incorporação de princípios que reconheçam e melhor definam a dignidade humana.

Conforme Scliar (2007), um conceito útil para analisar os fatores que intervêm sobre a saúde e sobre os quais a saúde pública deve, por sua vez, intervir, um conceito amplo formulado, em 1974 por Marc Lalonde, titular do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá - país que aplicava o modelo médico inglês.

Ainda de acordo com o autor, com esse conceito, o campo da saúde abrange:

- 1) A biologia humana, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento;
- 2) O meio ambiente, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho;
- 3) O estilo de vida, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;
- 4) A organização da assistência à saúde. A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde. No entanto, esse é apenas um componente do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante; às vezes, é mais benéfico para a saúde ter água potável e alimentos saudáveis do que dispor de medicamentos. É melhor evitar o fumo do que submeter-se a radiografias de pulmão todos os anos. É claro que essas coisas não são excludentes, mas a escassez de recursos na área da saúde obriga, muitas vezes, a selecionar prioridades (SCLIAR, 2007, p. 37).

O autor acredita que, os argumentos acima mencionados, associados às

rápidas transformações sociais ocorridas nas últimas décadas, são inegáveis subsídios para a elaboração de novo conceito de saúde que contemple a complexidade do conhecimento e a condição humana como um todo (SCLIAR, 2007). Isso torna cada vez mais evidente a necessidade de considerar o indivíduo não apenas como ser biológico complexo, mas também um ser essencialmente social, cujos valores são diversos, requerendo, na maioria das vezes, relações diferenciadas, sob a justa proteção do Estado e da sociedade (ARAÚJO; BRITO; NOVAES, 2008). A noção de relações diferenciadas é fundamental quando se considera as condições particulares de áreas diretamente afetadas por grandes empreendimentos industriais e logísticas quanto das especificidades de comunidades tradicionais e seus modos de vida.

Para Scliar (2007), o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social e de sua cultura.

Na declaração final da Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde realizada na cidade Alma-Ata (no atual Cazaquistão), em 1978, promovida pela OMS, enfatizaram-se as enormes desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; foi destacada a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados à saúde (SCLIAR, 2007). No contexto de Barcarena questiona-se: como as comunidades tradicionais afetadas pelas indústrias participam deste planejamento e implementação das políticas, se suas especificidades e demandas, suas visões e condições são consideradas e de qual forma.

Trata-se de uma estratégia que se baseia nos seguintes pontos, como observa Scliar (2007),

As ações de saúde devem ser práticas, exequíveis e socialmente aceitáveis (1); Devem estar ao alcance de todos, pessoas e famílias - portanto, disponíveis em locais acessíveis à comunidade (2); A comunidade deve participar ativamente na implantação e na atuação do sistema de saúde (3); O custo dos serviços deve ser compatível com a situação econômica da região e do país (4). Estruturados dessa forma, os serviços que prestam os cuidados primários de saúde representam a porta de entrada para o sistema de saúde, do qual são, verdadeiramente, a base (SCLIAR, 2007, p 38).

Os cuidados primários de saúde enfatizados por Scliar (2007) adaptados às

condições econômicas, socioculturais e políticas de uma região deveriam incluir pelo menos: educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outros frequentes agravos à saúde, provisão de medicamentos essenciais. Deveria haver uma integração entre o setor de saúde e os demais, como agricultura e indústria (SCLIAR, 2007).

O conceito de saúde formulado na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em Brasília, no ano de 1986, também conhecido como “conceito ampliado” de saúde, foi fruto de intensa mobilização que se estabeleceu em diversos países da América Latina durante as décadas de 1970 e 1980 como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde (BATISTELLA, 2007).

Segundo Batistella (2007), o amadurecimento desse debate se deu em pleno processo de redemocratização do país, no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira e representou uma conquista social sem precedentes ao transformar-se em texto constitucional em 1988.

Em sentido amplo, este conceito argumenta que a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

Este conceito, para Batistella (2007), procura resgatar a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença nas coletividades, contrapondo-se à concepção biomédica baseada na abordagem mecanicista e/ou reducionista, cujo modelo assistencial está centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico.

Para Laurell (1997), a saúde é vista como “necessidade humana” cuja satisfação “associa-se imediatamente a um conjunto de condições, bens e serviços que permitem o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades, conformes ao nível de recursos sociais existentes e aos padrões culturais de cada contexto específico”.

No Brasil, na última década, vem se incorporando à legislação e à cultura a concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado. Um passo importante

foi dado ao se promulgar a Constituição de 1988, que prevê a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme definido na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, o SUS tem caráter público formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e sob controle dos usuários por meio da participação popular nas Conferências e Conselhos de Saúde.

A saúde, no texto da Constituição de 1988, reflete o ambiente político de redemocratização do país e, principalmente, a força do movimento sanitário na luta pela ampliação dos direitos sociais (SCLiar, 2007).

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

Com a criação do SUS, a saúde passa a ser reconhecida como um direito de cidadania e dever do Estado. Baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Ou seja, que dão valor legal ao exercício de uma prática de saúde ética, que responda não as relações de mercado, mas a de direitos humanos.

Muitos cidadãos nunca pararam para pensar o que é saúde, muitos se apoiam na ideia que uma pessoa tem saúde quando não tem nenhuma doença. Para alguns, a saúde é entendida como um fenômeno complexo; para outros, um fenômeno reducionista. É importante considerar e ter um olhar mais amplo e crítico sobre uma série de fatores e situações que podem afetar e/ou determinar as condições de saúde de um indivíduo ou mesmo de um grupo de pessoas. A reflexão sobre o conceito ampliado de saúde pode desencadear um processo de observação da qualidade de vida no cotidiano do sujeito e de sua comunidade.

Na concepção interessante de Batistella (2007),

A 'arte' de viver com ou sem saúde não se reduz, portanto, a uma relativização de uma ação natural, orgânica, prática ou mediática, mas está intimamente relacionada às características de cada contexto sociocultural e aos significados que cada indivíduo atribui ao seu processo de viver. Enquanto um fenômeno ampliado, a saúde envolve modos de ser e produzir a vida em sua singularidade e multidimensionalidade onde o ser humano está inserido em um contexto real e concreto. Nessa perspectiva, é preciso questionar os discursos que privilegiam o conceito de saúde somente pela sua dimensão biológica, assegurando uma concepção fragmentada do ser humano, bem como o caráter impositivo e normativo dos modos de se intervir na realidade dos indivíduos e comunidades. Essa concepção

fragmentada e reducionista é, frequentemente, creditada pela indústria farmacêutica e tecnológica, a qual potencializa a doença ao invés de estimular o ser e o viver com saúde dos indivíduos. Desse modo, gera-se um aumento não racional de despesas para o sistema de saúde, além de monopolizar o mercado pela ênfase na doença (BATISTELLA, 2007, p. 38, grifo do autor).

A partir do exposto, o processo saúde-doença depende, além das análises objetivas, da articulação com os diferentes determinantes da saúde, a fim de considerar tanto as evidências estruturais, isto é, os fatores externos do entorno social, quanto às condições de vida e de trabalho, as condições culturais, ambientais, entre outras.

Assim, a saúde deve ser vista como um recurso para a vida. É preciso haver articulação com outras tantas políticas sociais, como de Educação, Habitação, Emprego, Trabalho, Cultura, Lazer, Desenvolvimento Social.

Na habitação, as condições dignas de moradia, tanto em relação ao espaço físico quanto ao assentamento legal devem ser acessível a todos; A educação como cumprimento do ensino com qualidade para que reduza a evasão escolar; A alimentação deveria ser uma garantia de alimento na mesa da família; A geração de renda para todos e com volume compatível com a vivência; O direito a paz: redução da violência; Um ecossistema saudável, ar salubre, água potável disponível 24 horas por dia, alimentos existentes em quantidade suficiente e de boa qualidade.

Um dos fatores fundamentais para pensar e executar esta ação de promoção na qualidade de vida e de saúde da população é também promover a justiça social e equidade, pois a iniquidade é caracterizada pela diferença com que o progresso atinge as pessoas, camuflada no discurso de “desenvolvimento” avaliada indiretamente pela área geográfica em que o cidadão reside.

Dessa forma é que se busca, através do esquadramento do município, observar os determinantes e seus estímulos ao bem-estar e também à promoção da equidade, onde se torna impotente pela redução dos efeitos nocivos à salubridade e pelo reforço dos fatores positivos.

Nesse contexto, as condições de saúde e de bem-estar da população podem ser entendidas como grandes referências em relação ao desenvolvimento social, econômico do indivíduo e da comunidade. Além disso, as políticas públicas deverão ser capazes de qualificar as práticas educativas e motivacionais dos profissionais da saúde por meio de estratégias que considerem os significados que

os indivíduos, famílias e comunidades atribuem ao processo saúde-doença. É necessária, também, a operacionalização de iniciativas, as quais estejam voltadas para a promoção, proteção e educação da saúde nos diferentes cenários sociais e ambientais.

O atual conceito ampliado de saúde desloca-se do campo biológico. Ele precisa ser pensado não apenas do ponto de vista da doença, mas dos aspectos econômicos, políticos e histórico-sociais, da qualidade de vida e das necessidades básicas do ser humano, seus valores, crenças, direitos, deveres e das suas relações dinâmicas e construídas ao longo de todo ciclo da vida e do meio em que convive.

É indispensável, nesse contexto, entender saúde por meio das relações históricas e socioculturais que o indivíduo mantém com o outro e com a comunidade e nas suas formas de convivência com o meio ambiente. Assim sendo, dependendo do modo como às pessoas entendem ou concebem o que é saúde, elas podem observar e avaliar se de fato tem ou não saúde. Os projetos ou os programas de saúde, da mesma maneira, são traçados e definidos a partir do modo pelo qual os seus planejadores entendem o conceito de saúde, determinando assim propostas, ações ou atividades de diferentes naturezas. Quando esses programas são construídos com maior participação dos atores diretamente envolvidos, aumentam-se as chances de aceitação, execução, comprometimento e controle de suas ações e atividades. Os serviços de saúde devem estar aptos para atender o homem em todos os seus níveis de complexidade, seja com recursos próprios ou em parceria com outros municípios.

O conceito ampliado de saúde apresenta claramente a necessidade de considerar as particularidades das comunidades tradicionais, pois suas relações históricas e socioculturais que tem com o outro e com a comunidade e, suas formas de convivência com a natureza se tornam um diferencial com outras realidades na sociedade brasileira. Entender ou conceber o que é saúde, para poder observar e avaliar se de fato tem ou não tem saúde e como intervir neste contexto, exige que se estude e compreende a dinâmica e lógica das comunidades tradicionais, não somente para intervir como também para respeitar suas próprias práticas e concepções de saúde.

1.3 Comunidades Tradicionais e Saúde

Entender as singularidades das comunidades tradicionais para uma análise das condições e estratégias em relação à saúde exige uma leitura da concepção teórica de comunidades tradicionais, foco deste sub-capítulo. Os constituintes destas comunidades não são moradores de grandes centros urbanos, mas sim, os índios, caboclos, ribeirinhos, seringueiros, quilombolas, entre outros grupos que possuem particularidades e sua própria concepção de vida, de socialização, de cultura, de saúde. Voltando o olhar para a situação de Barcarena, estes moradores tradicionais têm suas características de tradicionalidade, enquanto suas relações sociais também são afetadas pelas atividades e expansão de grandes indústrias.

Para entender essa relação empresa/ poluição/ comunidades/ impactos socioambientais/ política de saúde é necessário entender o que são comunidades tradicionais. Neste estudo, consideraremos os termos: populações tradicionais, comunidades tradicionais, ou ainda, comunidades locais, como possuidores de uma mesma conotação. Um dos principais autores que focaliza este debate é o antropólogo Alfredo Wagner de Almeida, que estuda comunidades e povos tradicionais, inclusive como forma concreta de resistência à ocupação e acumulação capitalista de poder e a lógica do Estado e seus modelos de desenvolvimento.

A partir deste autor, e usando os textos: Territórios e Territorialidades Específicas na Amazônia (ALMEIDA, 2012); Terras Tradicionalmente Ocupadas (ALMEIDA, 2004); Amazônia: a dimensão política dos “conhecimentos tradicionais” (ALMEIDA, 2004) pode-se entender comunidade tradicional como: grupos sociais e/ou movimentos sociais que expressam uma diversidade de formas de existência coletiva, incorporam fatores étnicos, critérios ecológicos e de gênero na autodefinição coletiva e os processos de territorialização que lhes são correspondentes (ALMEIDA, 2004).

O surgimento, na Amazônia, de movimentos sociais no campo, vem desde 1970 consolidando novos padrões de relação política no campo e na cidade, através de formas de associação e luta que foge do sentido de uma entidade sindical, dos marcos tradicionais do controle clientelísticos (ALMEIDA, 2004). Ainda de acordo com Almeida (2004), são formas de associações que incorporam fatores étnicos,

critérios ecológicos e critérios de gênero e de autodefinição coletiva e os processos de territorialidade⁶ que lhes são correspondentes.

População ou comunidades tradicionais podem ser percebidas como grupos sociais diversos, diferenciados da realidade urbana que desenvolveram ou desenvolvem práticas de resistência na reprodução e manutenção do seu próprio modo de vida, expressos geralmente sob a forma de padrões de consumo, rotinas, hábitos, práticas sociais, valores, ideais, costumes centenários a um estilo de vida moldada, ou melhor, harmonizada em uma construção histórica a qual tem profunda relação com a terra e com a natureza.

Para Chaves (2001), as comunidades tradicionais na Amazônia possuem:

‘Um modelo particular de gestão dos recursos naturais e de organização social’, assim sendo, a comunidade se constitui ‘num espaço onde se estabelecem a construção de identidades sociais, de projetos comuns, mas também, de manifestação da diversidade’ (CHAVES, 2001, p. 77, grifos do autor).

Além disso, no campo legislativo, as comunidades tradicionais são reconhecidas conforme a definição da Lei nº 9.985, de 18 de julho de 2000. Esta Lei que regulamenta o Art. 225 da Constituição Federal e institui o Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza, menciona explicitamente as denominadas “populações tradicionais” (Art.17) ou “populações extrativistas tradicionais” (Art.18) e focaliza a relação entre elas e as unidades de conservação (área de proteção ambiental, floresta nacional, reserva extrativista, reserva de desenvolvimento sustentável).

O reconhecimento desta Lei foi fruto de intensa mobilização e luta de movimentos sociais, populações tradicionais, entidades, entre outros seguimentos que se articularam e se organizaram questionando a expulsão destas comunidades de áreas que pertenciam aos seus antepassados e que forneciam recursos naturais usados como principal fonte de reprodução social. Com isso, havia fortalecimento de espaços públicos em prol de garantias de direitos, proteção social, qualidade de vida, construção e consolidação de políticas que possam contribuir para melhorias dos serviços e valorização da população local.

⁶ A territorialidade funciona como fator de identificação, defesa e força: laços solidários e de ajuda mútua informam um conjunto de regras firmadas sobre uma base física considerada comum, essencial e inalienável, não obstante disposições sucessórias porventura existentes. Aí a noção de “tradicional” não se reduz à história e incorpora as identidades coletivas redefinidas situacionalmente numa mobilização continuada, assinalando que as unidades sociais em jogo podem ser interpretadas como unidades de mobilização (ALMEIDA, 2004).

Outra conquista se estabeleceu na promulgação do decreto nº 6.040, instituído em 07 de fevereiro de 2007, no qual o governo reconhece formalmente, pela primeira vez na história do País, a existência de todas as chamadas populações "tradicionais" do Brasil.

Ao longo dos seis artigos do decreto, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT), o governo estende um reconhecimento feito parcialmente, na Constituição de 1988, apenas aos indígenas e aos quilombolas. Todas as políticas públicas, decorrentes da PNPCT, beneficiarão oficialmente o conjunto das populações tradicionais, incluindo ainda faxinenses (que plantam mate e criam porcos), comunidade de "fundo de pasto", geraizeiros (habitantes do sertão), pantaneiros, caiçaras (pescadores do mar), ribeirinhos, seringueiros, castanheiros, quebradeiras de coco de babaçu, ciganos, dentre outras. Tais políticas têm como objetivo central:

Promover o desenvolvimento sustentável, com ênfase no reconhecimento, fortalecimento e garantia dos direitos territoriais, sociais, ambientais, econômicos e culturais, além de respeito à valorização de identidade daquelas populações, às suas formas de organização e às suas instituições (BRASIL, 2007).

Observa-se que Almeida (2004), em seus estudos, critica que o fato de o governo ter incorporado a expressão "populações tradicionais" na legislação e nos aparatos burocrático-administrativos, criando em 1992, o Centro Nacional de Populações Tradicionais, no âmbito do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente (IBAMA), não significou exatamente um acatamento absoluto das reivindicações encaminhadas por estes movimentos sociais. Não significando, portanto, uma resolução dos conflitos e tensões em torno daquelas formas intrínsecas de apropriação e de uso comum dos recursos naturais, que abrangem extensas áreas na região amazônica, no semi-árido nordestino e no planalto meridional do País.

Ainda conforme o autor, as teorias do pluralismo jurídico, para as quais o direito produzido pelo Estado não é o único, ganharam força com a Constituição de 1988. Juntamente com elas e com as críticas ao positivismo, que historicamente confundiu as chamadas "minorias" dentro da noção de "povo", também foi contemplado o direito à diferença, enunciando o reconhecimento de direitos étnicos. Os preceitos evolucionistas de assimilação dos "povos indígenas e tribais" na sociedade dominante foram deslocados pelo estabelecimento de uma nova relação

jurídica entre o Estado e estes povos, com base no reconhecimento da diversidade cultural e étnica (ALMEIDA, 2004).

Uma vez reconhecida estas comunidades como tradicionais em termos legislativos e a partir da concepção da sociologia e antropologia, vincula-se suas características próprias diretamente ao território e ao modo de vida.

Chaves e Lira (2016) argumentam que, a cultura das comunidades tradicionais da Amazônia, tendo em vista que estas possuem um sistema cultural que não dissocia o homem da natureza, o que permite o manejo do ambiente sem a degradação dos recursos naturais e possibilita uma gestão sustentável dos recursos naturais a partir do etnoconhecimento:

[...] os povos tradicionais (índios, caboclos, ribeirinhos, seringueiros, quilombolas) possuem vasta experiência na utilização e conservação da diversidade biológica e ecológica que está, atualmente, sendo destruída [...]. Os povos tradicionais, em geral, afirmam que, para eles, a 'natureza' não é somente um inventário de recursos naturais, mas representa as forças espirituais e cósmicas que fazem da vida o que ela é (POSEY *apud* CHAVES & LIRA, 2016, p. 70, grifo dos autores).

De acordo com Linhares (2009), o que todos esses grupos possuem em comum é o fato de que tiveram, pelo menos em parte, uma história mediante impacto ambiental e de que têm interesses em manter ou em recuperar o controle sobre o território o qual vivem. Isso se verifica a partir de um processo histórico da questão amazônica contextualizando sua inserção no panorama das relações capitalistas a nível nacional e internacional, a partir da criação de valor no seu espaço em decorrência de seus recursos naturais.

A importância do papel do Estado em reconhecer quem são estes sujeitos políticos do campo, reconhecer também que os determinantes sociais chegam de forma diferenciada, e por isso, é preciso ter um olhar específico para este fenômeno, onde se possa debruçar sobre os agravos em saúde desse local, das comunidades tradicionais existentes na região, do modo de produção vigente e de suas consequências nas relações de trabalho e nas relações sociais.

A concepção de saúde e a efetividade das políticas em saúde, no contexto atual e em seu desenvolvimento, tanto conceitual como na prática, são resultado de disputas, lutas e resistência por parte da população local. Dessa forma, observando a realidade do município de Barcarena que sofre e reage, desde os anos

de 1970 à implementação de empreendimentos de grande infraestrutura e logística, os quais têm afetado a saúde da população local.

A saúde imbricada dentro da lógica comunitária tradicional, na qual não há apropriação privada, mas sim, uma concepção coletiva, expressa particularidades dentro da órbita das relações sociais dos povos e comunidades tradicionais. As particularidades das comunidades tradicionais exigem uma postura especial dentro do SUS, uma vez que, segundo Freitas *et. al.* (2011, p. 937):

[...] são evidentes na trajetória do SUS no Brasil as grandes falhas na inclusão de pessoas historicamente marginalizadas, alijando-as do processo de crescimento humano e social. As políticas públicas em saúde devem buscar a equidade por meio da atenção inclusiva a grupos especiais, de maneira especial à comunidades quilombolas brasileiras.

Além do SUS, devem-se considerar políticas, planos e legislações próprios voltados para a realidade de populações do campo e da floresta, tradicionais, quilombolas e indígenas, como:

Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída pela Portaria nº 2.866, de 02 de dezembro de 2011, e pactuada pela Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução nº 3, do dia 6 de dezembro de 2011, que orienta o seu Plano Operativo (BRASIL, 2013).

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, integrante da Política Nacional de Saúde e praticada no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS — por meio do Departamento de Saúde Indígena — Desai —, com serviços de tratamento primário, saúde bucal, orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis, malária, câncer de mama e colo de útero e o combate ao alcoolismo e ao suicídio (BRASIL, 2007).

Programa Brasil Quilombola — PBQ —, envolvendo ações e recursos de 23 Ministérios e objetivando, entre outros, a garantia do acesso à terra, à saúde e à educação, bem como construção de moradias, eletrificação, recuperação ambiental, incentivo ao desenvolvimento local e medidas de preservação e promoção das manifestações culturais dessas comunidades; (BELO HORIZONTE, 2015).

O reconhecimento jurídico se torna uma alternativa para a ampliação do reconhecimento dos povos e comunidades tradicionais, conhecendo e fortalecendo outras visões, ideias e saberes em relação à natureza, ao bem estar, a moradia, a família e, conseqüentemente, à saúde. Mesmo a concepção ampliada de saúde estando presa na lógica do Estado moderno, eurocêntrico, capitalista precisa garantir direitos numa abordagem mais ampla. O reconhecimento da diversidade e pluralismo jurídico precisa levar a um construto teórico e político onde se reconhece

concepções tradicionais de saúde e a necessidade de um diálogo intercultural nos territórios onde as duas (ou mais) concepções de saúde estão presentes ao mesmo tempo e onde atividades industriais, capitalistas e modernas disputam ou entrem em contato/conflito com modos de vida tradicionais, gerando novos impactos na saúde dos moradores, diversas pela concepção e tratadas a partir de dois conjuntos de saber diferentes.

Diante do exposto, surge a concepção de saúde imbricada dentro da lógica comunitária tradicional, na qual não há apropriação privada, mas sim, uma concepção coletiva, que expressa particularidades dentro da órbita das relações sociais dos povos e comunidades locais. População esta que não quer e nem precisa sair do seu território para terem melhores condições de vida.

2 ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Recuperar a trajetória das políticas de saúde até o momento implica rastrear a constituição do sistema de proteção social brasileiro e destacar as suas principais características nos diferentes momentos históricos. Logo, analisar o processo histórico da Saúde Pública no Brasil é entrelaçar períodos da História do país, já que baseado na concepção do médico e epidemiologista, com experiência na área de Medicina Preventiva e Social, com ênfase em saúde coletiva, Polignano (1998) afirma que tal processo está inteiramente ligado ao desenvolvimento político, social e econômico da sociedade, desde o seu período colonial, com o sistema de dominação até os dias atuais, com o sistema capitalista.

2.1 Um Breve Histórico das Políticas de Saúde no Brasil.

Durante as duas primeiras décadas do século XX, o conjunto da população, incluída nas classes assalariadas urbanas, dependiam do amparo social e da filantropia. As prestações de serviço de saúde e amparo àqueles excluídos do mercado de trabalho eram, portanto, concessões caritativas. A ação desenvolvida pela igreja católica no campo social, principalmente no que se refere à saúde, foi de suma relevância. O Estado brasileiro não tinha uma forma de atuação sistemática sobre a saúde de seus habitantes, o que existia eram formas esporádicas de atuação em situações de epidemias.

O primeiro marco de atuação foi em 1923 com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública. A diretoria geral da Saúde Pública é organizada pelo médico sanitaria Oswaldo Cruz, o qual implementou progressivamente instituições públicas de higiene e saúde. Oswaldo Cruz adotou o modelo das campanhas sanitárias (inspirado no modelo americano, mas importado de Cuba), destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde as epidemias rurais. As campanhas de saúde pública eram organizadas de tal forma que se assemelhavam a campanhas militares, dividindo as cidades em distritos, encarcerando os doentes portadores de doenças contagiosas e obrigando, pela força, o emprego de práticas sanitárias.

As áreas de atuação do governo na saúde eram o saneamento urbano e rural, propaganda sanitária, as higiênes infantil, industrial e profissional, as atividades de supervisão e fiscalização, a saúde dos portos e o combate às epidemias rurais. No campo da assistência individual, ainda inexistiam práticas de assistência à saúde e a atenção médica e odontológica era financiada pelos próprios indivíduos. Mas, ainda em 1923, com a Lei Elói Chaves foi criado o primeiro embrião, que hoje conhecemos como Previdência Social: As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), organizadas por empresas através do contrato compulsório e sob forma de contribuição. A função das CAP's era a prestação de benefícios assistenciais e serviços como: pensões, aposentadorias e assistência médica a seus filiados e dependentes.

Dessa época, datam as raízes da privatização da assistência médica no Brasil, sob a égide da política previdenciária, como também a concepção distorcida da assistência médica restrita apenas à esfera privada e não pública, de modo que a saúde não era vista como um direito do cidadão, nem como dever do Estado, mas sim uma assistência médica inerente à inserção do trabalhador no mercado de trabalho formal.

A partir da década de 1930, observaram-se alterações significativas ocorridas na sociedade brasileira, como: o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de outras respostas estatais às reivindicações dos trabalhadores.

Com a intervenção estatal, a "questão social" transforma-se em questão política. Esse processo ocorreu sob o domínio do capital industrial, tendo como característica a aceleração da urbanização e ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação.

Ao longo dos anos de 1930, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), que congregavam os trabalhadores por categorias profissionais, favorecendo as camadas de trabalhadores urbanos mais aguerridas em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante.

As principais alternativas adotadas para a saúde pública no período de 1930 a 1940 foram campanhas sanitárias, coordenação dos serviços estaduais de saúde,

interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, criação de serviços de combate às endemias, reorganização do departamento nacional de saúde.

Os IAP's, eram mantidos com recursos financeiros tripartite (União, empregadores e empregados), sendo que o Estado tinha uma participação distante, mas sua presença se fazia de forma reguladora.

Tratava-se de um seguro social institucionalizado, com o objetivo de dar respostas aos interesses do capital em crise, com intervenção do Estado no sentido de cumprir a determinação funcional de zelar pelos interesses comuns daquele, dentro da lógica de autopreservação da acumulação.

Segundo Nicz, citado por Polignano (1988), os IAP's serviam como importantes mecanismos de controle social e tinham o papel fundamental no desenvolvimento econômico da época, através das contribuições. Ou seja, o governo passava a ter acesso às contribuições dos empregados associados aos IAP's, o que não ocorria nas CAP's como forma de contribuição salarial forçada.

Desta forma, os IAP's tornavam-se "mecanismos captadores de investimentos" e os trabalhadores passavam a ser manipulados por ele. Sendo mais bem enfatizado por Cohn (1999), a qual fala que houve um retrocesso dos IAP's se comparados às CAP's. A centralização, o burocratismo e a ineficiência foram os pré-requisitos em que se sustentou a política previdenciária brasileira.

Ainda na década de 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, porém, em 1953, com a Lei 1.920, tal ministério é desmembrado, dando origem ao Ministério da Saúde, o qual manteve a mesma estrutura e apenas integrou alguns departamentos da área de saúde.

A partir da segunda metade da década de 1940, com o advento do populismo, o controle da previdência social passou a ser disputado pelo Estado e os trabalhadores, em que a classe trabalhadora organiza uma intensa mobilização, tendo como importante reivindicação o controle da previdência social, uma vez que essa classe é a principal financiadora desse seguro social. No entanto o Estado defende a permanência de seu caráter clientelístico e resiste a qualquer forma de controle reivindicada pelos trabalhadores assalariados.

A década de 1950, marcada pela crescente industrialização, propiciou o crescimento do sistema previdenciário em volume de recursos, aparato institucional e na clientela a ser atendida.

Até meados de 1960, a política de saúde era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública, atendendo às condições sanitárias mínimas das populações urbanas e, restritamente, as do campo; e o de medicina previdenciária que só se acentuou a partir de 1966. Nesse âmbito, a questão da saúde continuou sendo um perfil privatizante e cada vez mais distante das reais necessidades da população em geral.

Com o golpe militar, instaurado em 1964, trabalhadores e demais segmentos da sociedade civil foram anulados do cenário político e condenados a condições de resistência à força do Estado. O período da ditadura militar teve os governos nacionais patrocinados pelos centros imperialistas e subordinados a hegemonia norte americana, fenômeno este reconhecido como contra revolução. Este controle tem fortes rebatimentos nos países do chamado terceiro mundo, e ou periféricos como era o caso do Brasil, pois nestes estava ocorrendo vários movimentos visando à libertação nacional e social, tendo como foco principal a crítica à internacionalização do capital (BRAVO, 2007).

Em 1966 foi criado, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que unificou todo o sistema previdenciário, consolidando assim, o modelo brasileiro de seguro social e prestação de serviços médicos. O direito à assistência à saúde não era condição de cidadania, mas de trabalhadores que tinham suas carteiras assinadas e contribuía com a previdência.

Desta forma, o Estado repressivo criou medidas entrelaçadoras com o objetivo de prender a classe trabalhadora a tais políticas e com isso, o governo só se beneficiaria. Assim Polignano (1998) afirma que todo trabalhador com carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema.

Com a unificação do Sistema Previdenciário torna-se de total responsabilidade do governo investir tanto nas aposentadorias e pensões quanto na assistência médica. Porém, houve um aumento considerável de contribuintes, tornando-se difícil o atendimento médico previdenciário aos beneficiários do sistema, havendo a necessidade de ampliação de recursos destinados a esse setor.

Em meados da década de 1960, novas organizações emergiram na saúde pública brasileira, tais como: a Promulgação do Decreto Lei 200 (1967) e a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM) em 1970.

Na década de 1970, de acordo com Polignano (1998), o Sistema Nacional de Saúde passou a desenvolver através de documentação reconhecida e oficializada, as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Segundo o autor, o documento reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Assim, coube ao Ministério da Saúde, aplicar serviços de prevenção à saúde, tais como propaganda, informativos, ou seja, qualquer material que se propagasse de forma a vir contribuir com a prevenção de doenças. Já ao Ministério da Previdência, encubia-se a missão de promover, através de políticas públicas, a criação de locais para atender a população que necessitasse de recursos de saúde, tais como hospitais, Pronto Socorros, Unidades de Saúde, etc. Porém, segundo Polignano (1998), os recursos destinados ao Ministério da Saúde foram mínimos, ou seja, apenas o que o mesmo recebia como recursos dos trabalhadores que contribuam para o INPS.

Com a unificação da Previdência Social ocorreu o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e a exclusão dos trabalhadores do jogo político, reservando-lhes apenas o papel de financiador, já os programas de saúde e educação se desenvolveram privilegiando o setor privado.

A configuração Público *versus* Privado na saúde como expressão da sua mercantilização tem sua expressão maior na criação do INPS, que por meio da implementação de políticas voltadas para o setor privado da saúde se constituiu em um forte instrumento para a ampliação da dinâmica de acumulação no setor, revelando dessa forma a organicidade da relação Estado *versus* saúde em prol dos interesses dos produtores privados, mostrando assim o processo sociopolítico e histórico que engendra a privatização precoce do sistema de saúde brasileiro com a consequente estruturação da produção de serviços de saúde em moldes privados e lucrativos.

A partir de 1975, Polignano (1998) demonstrou que assim como o modelo econômico, o modelo de saúde previdenciário também entra em crise. O modelo econômico, por ter sido afetado pela crise do capitalismo internacional ocasionou uma redução no ritmo do crescimento do país. E o modelo de saúde, por começar a apresentar deficiência em decorrência da ausência de um modelo preventivo, já que

o modelo de saúde previdenciário utilizado como prioritário foi o da medicina curativa, porém, o modelo não teve capacidade para resolver as dificuldades da população a qual deveria atender.

Assim, de acordo Polignano (1998), foram firmados contratos e convênios com médicos e hospitais que pudessem atender os beneficiários. Apesar disso, a complexidade do sistema vai ser intensificada havendo a necessidade da extensão da estrutura administrativa. É neste contexto que é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1977, que passa a ser o catalisador das ações de prestações de serviços. Um sistema perverso, que só tinha acesso quem contribuía. Além de ser um serviço que, pelo fato de ser uma produção privada de serviços, paga pelo Estado através da Previdência, criava um estímulo à corrupção abrindo espaço para o surgimento dos famosos escândalos da Previdência Social.

Em finais da década de 1970, a discussão da cidadania vem à tona com o fortalecimento das lutas dos movimentos sociais. A mobilização dos movimentos sociais gira em torno de melhores condições de vida e trabalho aliada à redemocratização do país e do exercício dos direitos civis, políticos e sociais.

É no processo de transição democrática que os movimentos sociais proliferam-se no país, juntando-se a eles novas formas de exercer a política, com isso surgem novos partidos políticos no cenário brasileiro, bem como, movimentos clamando pela liberação política e justiça social.

Este processo contribuiu para “o resgate da vida social”, que estava prisioneira do processo de concentração de renda ocasionado pelas políticas econômicas provenientes do regime autoritário. Assim houve um amplo debate no seio da sociedade, com o objetivo de reverter às desigualdades sociais. Ele se traduzia em novas propostas políticas concentradas na redefinição de políticas sociais que, de acordo com as análises dos partidos políticos, seriam as iniciadoras do processo de redistribuição de renda, podendo ser o caminho para a universalização de benefícios sociais para todas as camadas da sociedade (GERSCHMAN,1995).

Faleiros (1992, p.18) acrescenta por sua vez que:

O conteúdo de uma política social não é simplesmente a definição legal do seu objetivo, nem o discurso tecnocrático que a justifica. Trata-se, primeiramente e antes de tudo, de um pleito, de uma questão disputada

pelas diferentes forças sociais que manifestam as contradições da sociedade e dos interesses em confronto.

É neste contexto que o país se inscreve no processo de reformulação da política de saúde, culminado com a proposta de reforma sanitária brasileira, iniciada na década de 1970, tendo como intelectual e político o autodenominado movimento sanitário, composto por um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas da área da saúde, provenientes das bases do Partido Comunista do Brasil (PCB) que era opositor ao regime militar (GERSCHMAN, 1995).

Nos anos de 1980, a saúde contou com a participação de novos sujeitos na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil, incluindo várias categorias como: os profissionais de saúde, o movimento sanitário, os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos, visando defender a melhoria da situação da saúde e o fortalecimento do setor público.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram à universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; o sistema unificado de saúde; a descentralização do processo decisório para as esferas estaduais e municipais; o financiamento efetivo e a democratização do poder local, através dos conselhos de saúde.

Em decorrência da crise que assolava o país e o modelo de saúde previdenciário, é criado em 1981 por iniciativa do governo, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), com a finalidade de erradicar as fraudes existentes no sistema, eliminando assim a ociosidade dos recursos e a tentativa de minimizar as despesas da assistência Médico-hospitalar. O CONASP seguiu as diretrizes do programa Prev - Saúde e do Movimento Sanitário, dentre as quais se destacou a regionalização dos serviços, a integração de setores governamentais ao processo de assistência a saúde, influenciando ainda a descentralização do mesmo.

Por ser um plano de regularização previdenciária, a Federação Brasileira de Hospitais e de Medicina de Grupo entram em conflito com o CONASP, pela perda de sua superioridade dentro do sistema.

De acordo com Polignano (1998), o CONASP propôs a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da

melhoria da qualidade de atenção, da equalização dos serviços prestados as populações urbanas e rurais, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização, da criação do domicílio sanitário e da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial.

Ainda neste período, o país passava por diversas transformações, como o fim do regime militar, o qual foi marcado por eleições diretas, a Criação das Associações das Secretarias de Saúde Estaduais (CONASS) e Municipais (CONASEMS) e diversos movimentos sociais, como a VIII Conferência Nacional de Saúde, a Assembleia Nacional Constituinte (1986) e a promulgação da nova Constituição em 1988.

A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 em Brasília representou um marco na política de saúde e envolveu a sociedade como um todo, propondo não somente o sistema único, mas a reforma sanitária.

A promulgação da constituição de 1988 representou a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais no Brasil frente à grave crise e aos enormes índices de desigualdade social.

Concomitantemente com as mudanças nas estruturas da saúde pública, o quadro político também passava por determinadas alterações, o que antes era considerado estado autoritário, burocrático e centralizador de poder, neste momento, começa a buscar sua descentralização aderindo ao movimento sanitário criticando bruscamente o modelo-assistencial privatista, possibilitando com isso, uma ampla visualização a respeito de um novo modelo de saúde com características universais, igualitárias que visasse atender as classes baixas da sociedade ferindo os interesses das outras classes sociais.

Assim, a promulgação da Constituição Federal de 1988 deu espaço a garantias dos direitos no art. 196 da mesma constituição afirmando que a "saúde é direito de todos e dever do Estado" e a Criação de um Sistema Único de Saúde com ações e serviços públicos de saúde através de uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada com a participação da comunidade. Esse artigo traz, além da ideia central do direito à saúde como direito de cidadania, inerente a todos aqueles que sejam brasileiros, por nascimento ou naturalização, a noção de que cabe ao Estado a responsabilidade por promover a saúde, proteger o cidadão contra os riscos a que ele se expõe e assegurar a assistência em caso de doença ou outro agravo à saúde.

2.2 O Sistema Único de Saúde – SUS

Neste item verificaremos a importância do sistema de Saúde Pública, o SUS, para as políticas de saúde no Brasil. Esse assunto perpassa inúmeras discussões sobre o atendimento em saúde no setor público.

Tendo como finalidade prestar atendimento igualitário, na assistência à saúde e por obrigatoriedade prestar serviço público, o Sistema Único de Saúde - SUS surgiu a partir do descontentamento e insatisfação quanto aos direitos à saúde dos cidadãos, ou seja, tal descontentamento levou a população (profissionais da área de saúde, donas de casas e trabalhadores em geral) a unir-se em busca de serviços e forma de organização de um sistema de saúde pública que sanasse os inúmeros problemas que a população passava⁷.

No Brasil, esse direito à assistência em saúde foi inicialmente garantido aos trabalhadores com vínculo formal, e isso atendia apenas uma parcela da população, ou seja, aquela que contribuía para a previdência social, sendo que a maioria da população não tinha acesso às ações de saúde, tendo que depender do sistema privado de saúde ou assistência feita por entidades filantrópicas.

Nessas condições a saúde não era vista como um direito, mas apenas como um benefício da previdência social, como tantos outros. Por décadas as políticas públicas de saúde se preocuparam tão somente com a manutenção e recuperação da força de trabalho dos trabalhadores com vínculo formal, pois era preciso garantir que a reprodução social do capital não parasse por doenças ou falta de cuidados. Esse setor de saúde ainda era fortemente visto como assistencialista e paliativo, e ainda caminhando para o setor privado, dando poucas prioridades para as políticas de promoção integral da saúde dos seus usuários.

Daí que surgiu no Brasil o movimento pela Reforma Sanitária diante de muitas insatisfações percebidas em diversos setores da sociedade, em se tratando de saúde pública. Essas articulações iniciais começaram em 1960, e teve um grande impacto e repressão durante o golpe militar de 1964. Essa movimentação voltou no final da década de 1970, e entrou com intensidade nos anos de 1980. As reivindicações eram tão necessárias e importantes para a reforma na saúde

⁷ Essa organização foi denominada Movimento Sanitário e defendia a ideia de que todos têm direito à saúde e é dever tanto do governo quanto da sociedade desenvolver políticas capazes de alcançar este objetivo.

brasileira que ainda hoje existem ecos dessa movimentação iniciada nos anos de 1960 do século passado. Esse movimento teve participação de partidos políticos, técnicos e intelectuais, movimentos sociais de diversas correntes e setores. A pressão foi tanta que em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, reunindo pela primeira vez, a participação da sociedade civil no processo de construção de novos horizontes para a saúde brasileira.

Essa conferência teve como slogan “saúde como direito de todos e dever do Estado”, sendo esse momento importante para a saúde pública brasileira, uma vez que suas principais resoluções tiveram eco na Constituição Federal de 1988, sendo visto como uma vitória após a intensa mobilização popular, criando a Emenda Popular da Saúde, que foi subscrita por mais de 500 mil cidadãos.

Foi dessa forma que a saúde passou a integrar o Sistema da Seguridade Social, somando-se com a previdência e a assistência social. O SUS foi instituído como um sistema de atenção e cuidados aos usuários da saúde pública sendo baseado no direito universal à saúde e considerando a importância da integralidade das suas ações.

Esses princípios norteadores do SUS, previstos na Constituição Federal, são mais esmiuçados nas leis nº 8.080, de 19/09/1990, e nº 8.142, de 28/12/1990, conhecidas especialmente como Leis Orgânicas da Saúde. Esses princípios podem ser divididos em ético-políticos e organizativos, conforme pode ser visto a seguir.

Os princípios eticopolíticos do SUS são:

- 1) A universalidade do acesso, compreendida como a garantia de acesso aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- 2) A integralidade da atenção, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema;
- 3) A equidade, que embasa a promoção da igualdade com base no reconhecimento das desigualdades que atingem grupos e indivíduos, e na implementação de ações estratégicas voltadas para sua superação;
- 4) A participação social, que estabelece o direito da população de participar das instâncias de gestão do SUS, por meio da gestão participativa, e dos conselhos de saúde, que são as instâncias de controle social. Essa participação social significa a corresponsabilidade entre Estado e sociedade civil na produção da saúde, ou seja, na formulação, na execução, no monitoramento e na avaliação das políticas e programas de saúde (BRASIL, 2007, p. 8-9).

Já os princípios organizativos preconizados pelo SUS são:

- 1) A intersetorialidade, que prescreve o comprometimento dos diversos setores do Estado com a produção da saúde e o bem-estar da população;
- 2) A descentralização político-administrativa, conforme a lógica de um sistema único, que prevê, para cada esfera de governo, atribuições próprias e comando único;
- 3) A hierarquização e a regionalização, que organizam a atenção à saúde segundo níveis de complexidade – básica, média e alta –, oferecidos por área de abrangência territorial e populacional, conhecidas como regiões de saúde;
- 4) A transversalidade, que estabelece a necessidade de coerência, complementaridade e reforço recíproco entre órgãos, políticas, programas e ações de saúde (BRASIL, 2007, p. 9).

Nesses aspectos a saúde enquanto direito de todos previsto pela Reforma Sanitária se aproxima da necessidade de se garantir a qualidade de vida às pessoas, promovendo padrões da dignidade humana, permitindo total acesso às ações previstas na saúde pública.

Porém o SUS, enquanto sistema de atenção em saúde, ainda não está sendo suficiente para a efetivação do direito da população à saúde devido às evidências de seus limites da atuação. Esses direitos na saúde precisam ter uma sistemática intersetorial do Estado, um conjunto de fatores de ordem econômico-social e cultural capazes de influenciar direta ou indireta as condições de saúde da população.

De acordo com Freitas (2007) o movimento de Reforma Sanitária⁸ foi um dos motivos que resultou na Implantação do SUS, por fazer parte de um amplo movimento de redemocratização do Brasil ocorrido no ano de 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, onde ficaram estabelecidas as grandes diretrizes para a reformulação do Sistema de Saúde Brasileiro.

Neste período, a Saúde estava sendo inserida na Constituição Federal de 1988, através da formulação da Carta Magna do Brasil. Deste modo, a saúde ganha

⁸ O modelo de reforma sanitária Brasileira teve por base o modelo Italiano, tendo desempenhado papel de relevância nos organismos internacionais, como a Organização Panamericana de Saúde (OPS) e nas várias experiências alternativas de saúde implantadas em vários municípios Brasileiros nos anos 1970. É neste período que se dá a criação dos departamentos de medicina preventiva nas faculdades de medicina do país e a partir deste é definido o pensamento crítico a respeito da saúde. Junto a estes departamentos houve a implementação de políticas de saúde alternativas, impostas pelo governo autoritário, podendo ser realizadas via programas de extensão universitária ou por meio das secretarias municipais de saúde em determinados estados, que exerciam controle político de seus municípios. Este controle se dava pela ocupação de cargos técnicos administrativos do Ministério da Previdência Social (MPS) conforme o movimento da transição democrática permitia (GERSCHMAN, 1995). Mais informações ler Berlinguer e Teixeira “Reforma Sanitária – Brasil – Itália”; Cohn, “Caminhos da reforma sanitária”; Escorel. “uma questão nacional”; Teixeira e Mendonça: “Reforma sanitária na Itália e no Brasil”.

um espaço legitimado através do amparo de várias leis, sendo que as principais são da Constituição Federal de 1988, consolidando-se através da Lei Orgânica do SUS - LOS 8.080/90 e 8.142/90 sendo complementada ainda pelas Normas Operacionais do SUS.

Quanto ao processo de descentralização, com direção única, refere-se à forma semiplena destacada por ser através dela que os municípios passam a ter direito ao repasse de recursos federais, ampliando assim, a autonomia dos mesmos, alterando ou não a programação dos serviços contratados e transformando os modelos de saúde em desenvolvimento, passando a ser considerada por vários segmentos do movimento sanitário como forma mais adequada de gestão.

O repasse das verbas, ou seja, os recursos financiados ao SUS, de acordo com o parágrafo primeiro da Constituição, serão repassados através dos recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dentre outras fontes.

Desta forma, segundo Polignano (1998), na Constituição ficou evidente que o Sistema Único de Saúde, foi formulado para atender as necessidades da população frisando o comprometimento do Estado para com os cidadãos.

Tanto a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 quanto a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro do mesmo ano, surgiram como forma de regulamentação do sistema, sendo que a primeira tem por finalidade tratar do processo de descentralização e da organização. Já a segunda, versa a participação da comunidade e os mecanismos de transferências de recursos financeiros às demais instâncias de gerências, isto é, estabelecer as remessas regulares e automáticas do Governo Federal.

Neste sentido, de acordo com o artigo 2º da Lei nº 8.080/90, a saúde é um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, ou seja, compete a ele (Estado) o dever de garantir a saúde consistindo na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Já a Lei nº 8.142/90, estabelece a participação popular na gestão do SUS através das Conferências e Conselhos de Saúde, conforme o parágrafo 2º do artigo 1º, que destaca o dever da atuação dos Conselhos de saúde na gestão do SUS,

participando da formulação de estratégias, no controle e na fiscalização e na execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Cohn (1999) afirma que é a LOS quem trata das competências das três esferas de governo. À esfera Federal compete a formulação de políticas nacionais, o planejamento, a normalização, a avaliação e o controle do sistema de abrangência nacional; à esfera Estadual compete a formulação da política estadual de saúde, e a coordenação e o planejamento do sistema de abrangência estadual; e à esfera Municipal compete à formulação da política municipal de saúde, a provisão das ações e serviços de saúde.

Desta forma, segundo a autora Cohn (1999), é evidente a concorrência entre as tais esferas gerando uma espécie de indefinição, o que acarreta numa forma pejorativa à descentralização do SUS.

Uma nova esperança de apoio surgiu segundo Bravo e Menezes (2007), com a eleição presidencial a qual elegeu Luiz Inácio Lula da Silva à presidência da república apresentando-se como um marco político na história brasileira, onde as camadas populacionais mais pobres demonstraram sua reação contra o neoliberalismo⁹. Acreditava-se que pelo fato do referido presidente ter sido militante, ter vindo de um partido opositor ao quase que definitivo partido burguês e por contrariar o projeto neoliberal, estaria por vir um novo período com uma nova política e com uma nova possibilidade de crescimento, como ressaltam as autoras:

Apesar das dificuldades do cenário internacional, com a pressão dos mercados e dos mercados e do capitalismo financeiro acreditava-se que no Brasil estaria se inaugurando um novo momento histórico em que se enfrentariam as políticas de ajuste. Não se esperava transformações profundas, face aos acordos ocorridos, mas havia expectativas com relação às políticas sociais e à participação social. (BRAVO & MENEZES, 2007, p.13).

Porém, conforme Bravo e Menezes (2007) as políticas defendidas pelo então governo em seu primeiro mandato deram continuidade a política neoliberal de Fernando Henrique Cardoso. O que se esperava era um investimento intenso tanto no mercado interno quanto na política social, já que era uma de suas propostas políticas.

⁹ O neoliberalismo remete à doutrina político-econômica formulada após a Segunda Guerra Mundial, especialmente por Hayek e Friedman, partindo da crítica ao Estado de Bem-Estar Social e ao socialismo a partir de uma atualização regressiva do liberalismo (ANDERSON, 1995).

Pode-se afirmar, entretanto, que as propostas e reformas defendidas pelo governo Lula após o seu primeiro governo, deram sequência a contra-reforma do Estado iniciada na gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC), encolhendo o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliando o espaço privado-não só nas atividades ligadas à produção, mas também no campo dos direitos sociais conquistados (BRAVO & MENEZES, 2007).

Assim, em decorrência do plano econômico da gestão do FHC ter sido mantido, as consequências passaram a afetar circunstancialmente as políticas sociais. Mas a justificativa dada pelo governo segundo Bravo e Menezes (2007) *apud* Soares (2004) foi que a tese central do governo estava voltada para a focalização. Ou seja, dar-se-ia continuidade as políticas em detrimento da lógica do direito e da Seguridade Social.

Seguindo esse contexto, percebeu-se que houve divergências entre as ações do governo e as Políticas de Saúde instituídas, e de acordo com Bravo e Menezes (2007) a política de saúde sofreu com os impactos da política macroeconômica, ou seja, a política social como um todo.

Para as autoras, o cerne da questão não foi trabalhado a fim de solucionar tal problemática, quais sejam: a universalização das ações; o financiamento efetivo; a Política de gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos (BRAVO & MENEZES, 2007).

Até a década de 1990, o desafio dos defensores da Reforma Sanitária era apenas se defender e tentar resistir à democratização da Saúde. Mas, a partir de 2005, viu-se uma movimentação em relação ao incentivo do Projeto de Reforma Sanitária, tais como: o 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, o qual lançou a "Carta de Brasília que destacou propostas e afirmou compromisso com o direito universal e integral à saúde; com o Sistema Único de Saúde; com o Projeto de Reforma sanitária e com a Seguridade Social" (BRAVO & MENEZES, 2007) e o Fórum da Reforma Sanitária datado de 23 de novembro de 2005, o qual defendeu a Reforma Sanitária e apresentou uma agenda de defesa da saúde dos brasileiros.

Atualmente, pode-se afirmar que o Sistema Único de Saúde representa avanços e conquistas na saúde de todos os brasileiros, pois conseguiu enfrentar muitas barreiras, o que resultou, sobretudo, no direito da população brasileira de contar com um serviço de atenção à saúde. Sendo um sistema de saúde que está

em construção, passa por inúmeras mudanças para efetivação dos seus ideários, tendo como pressupostos a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O SUS está consolidado no nosso país, mas enfrenta desafios constantemente, dentre os quais, se destaca a qualificação da gestão e do controle social, o fortalecimento e a qualificação da Atenção Básica como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde, as dificuldades no acesso às ações e serviços de saúde, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, o reconhecimento da autonomia dos entes federados, entre outros. Esses dilemas conjunturais desafiam os gestores e precisam ser assumidos como responsabilidades para a concretização do SUS que se almeja.

Ao longo de sua existência, é observado que não é fácil tornar práticos os seus princípios de universalidade, integralidade e equidade. Vislumbra-se, assim, para o enfrentamento dos desafios, a articulação entre os atores envolvidos, gestores, servidores e usuários, com o desejo de fazer o melhor para a população brasileira, cabendo a todos os comprometidos trabalharem em prol do êxito do SUS, a fim de que as políticas públicas sejam bem aplicadas e possam constituir meios que promovam a qualidade de vida das pessoas.

O Brasil é um país marcado por diversas desigualdades e a tentativa de se buscar garantir os direitos fundamentais a todos é um dos seus maiores desafios, especialmente por dentro das políticas públicas. Na saúde isso requer rever as vulnerabilidades e incoerências que atingem afetam diversos segmentos como mulheres, crianças, idosos, população negra, minorias de orientação sexual, populações do campo e da cidade (BRASIL, 2007).

De tudo isso, se coloca em cena o princípio da equidade, atualmente, um tema muito presente em debates sobre as reformas dos sistemas de saúde no mundo ocidental. A noção de equidade diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. O ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas

desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos. Logo, se destaca outra condição de cidadania diante as políticas de saúde.

A contribuição que um sistema de serviços de saúde pode dar à superação das desigualdades sociais em saúde implica na redistribuição da oferta de ações e serviços, e na redefinição do perfil dessa oferta, de modo a priorizar a atenção em grupos sociais cujas condições de vida e saúde sejam mais precárias, bem como enfatizar ações específicas para determinados grupos e pessoas que apresentem riscos diferenciados de adoecer e morrer por determinados problemas.

Desse modo, uma das suas metas mais significativas é continuar avançando na consolidação dos princípios da transversalidade e intersetorialidade, fundamentais para se reverter às tendências à fragmentação da ação estatal, tanto na Saúde quanto nos demais setores. É importante que o processo de qualificação da atenção integral das unidades de saúde avance e se aprimore cada vez mais, se capacitando e se qualificando a oferecer à população os serviços de saúde que realmente precisam e têm direito (BRASIL, 2007).

Essa relação mais humanitária tende a fortalecer o setor público e a tirar o enfoque de mercadoria da saúde. É importante ainda, comprometer o setor suplementar dando ênfase na promoção da saúde, e não somente dando assistência. Mas para que isso seja possível é necessário ampliar a provisão ao sistema de insumos e equipamentos, melhorar a articulação dos diferentes níveis de atenção, promover uma gestão mais solidária e sem dúvida qualificar a participação popular nos diversos fóruns de discussão e conselhos de saúde.

Essas melhorias e avanços podem contribuir para a ampliação e consolidação das conquistas de saúde pública brasileira. Essa linha demarcatória de possibilidades evoca os princípios da Reforma Sanitária e do SUS, pautados em um projeto civilizatório na saúde, deixando de lado a ideia de mercadoria, passando a ser vista como um bem comum, um direito de todos (BRASIL, 2007).

3 PROBLEMAS DE SAÚDE INTRODUZIDOS PELAS ATIVIDADES INDUSTRIAIS E PORTUÁRIAS NO TERRITÓRIO DAS COMUNIDADES TRADICIONAIS EM BARCARENA

Eu acredito sim que os principais problemas de saúde que a população daqui está passando estão relacionados a toda essa poluição que as empresas produzem por que nós vivemos hoje aqui num ambiente que nós somos cercados de poluição (DONA HELENA, liderança comunitária da região de Curupeté, 2018).

A implantação e implementação dos grandes projetos que acompanham a acumulação capitalista e as políticas desenvolvimentistas na Amazônia tem trazido consequências graves para a saúde dos trabalhadores e moradores da região.

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os problemas de saúde introduzidos pelas atividades industriais e portuárias em Barcarena. Inicialmente apresentar-se-á uma breve reflexão acerca da implantação dos grandes empreendimentos e complexos industriais na Amazônia brasileira onde prevalece, dentro do sistema da lógica capitalista, a exploração dos recursos naturais, a apropriação das relações sociais pré-existentes, supressão dos direitos existentes pelas comunidades tradicionais, além do financiamento da não-saúde de ações e contradições por parte do Estado. Em seguida, serão apresentados os desastres ambientais ocorridos na região, devido o vazamento de efluentes das empresas desde sua implantação e as diversas formas de poluição promovidas pelas suas atividades que causam impactos negativos a todas as formas de vida existentes na região. Assim como, serão expostos os fatores diretos que afetam a saúde da população local e fatores indiretos como a desapropriação de áreas usadas antes pela população, deslocamentos forçados, infertilidade do solo, etc.

A implantação e operação das indústrias e portos em Barcarena têm causado doenças que antes não eram tão notórias ao ponto de alterar toda a base de sobrevivência das comunidades tradicionais, suas relações sociais, seu modo de vida, sua base de bem-viver que está intrínseco a sua saúde promovendo casos de depressão, também chamada de mal do século, assim como doenças de pele, problemas no estômago (gastrite), câncer, problemas respiratórios, além de os integrantes de comunidades tradicionais presenciarem a transformação do território a partir de outras relações sociais produtivas que são impostas.

Como foi exposto neste trabalho, o processo histórico da questão amazônica e sua inserção no panorama das relações capitalistas em nível nacional e internacional ocorreram a partir do valor no seu espaço em decorrência de seus recursos naturais. A região mesma assumiu um papel estratégico na expansão econômica do país sofrendo intervenções do Estado e do Capital para ser incorporada à dinâmica da acumulação capitalista e do crescimento acelerado.

Porém, esta questão não se limita apenas a Amazônia, a intensa busca de lucro se expande para o restante do país onde estão localizadas terras férteis, recursos minerais e hídricos, mão de obra barata, localização estratégica para que os grandes empreendimentos, a serviço do grande capital, possam fortalecer e se expandir cada vez mais gerando vantagens econômicas em detrimento à valorização do ser humano, desconsiderando a preservação do seu modo de vida, promovendo apropriação e/ou supressão de práticas culturais e sociais já existentes.

A Amazônia, como também algumas regiões do Brasil, cobiçadas pelo grande capital por conta desse conjunto de vantagens mencionadas acima enriquecem os imperialistas e promovem o contínuo movimento da acumulação do capital conduzindo a uma relação não harmônica e contraditória. Esta dinâmica afeta toda e qualquer relação social, pois seu caráter é historicamente desigual uma vez que apenas uma minoria se beneficia com crescimento econômico enquanto a grande maioria, a massa populacional, contem-se e é submetida a falso discurso de desenvolvimento humano, destruições ambientais, injustiças, escassez, exploração, adoecimentos, desempregos entre outros fatores que fragmentam estrutura social de vida.

Segundo Acselrad (2004), no caso do Brasil, os grandes projetos, implementados com a ajuda do Estado desenvolvimentista na década de 1980, articularam-se com a implantação de uma complexa estrutura industrial espacialmente concentrada. Tal modelo implicou uma importante ampliação dos espaços integrados à dinâmica do desenvolvimento capitalista (grandes obras de infraestrutura, grandes barragens, projetos de mineração e irrigação para agroindustrialização) e aceleração dos ritmos do ciclo industrial de extração de materiais/ emissão de efluentes e resíduos, em um processo de crescimento que se apoiou na concentração da renda e no esforço exportador, notadamente de produtos com elevado valor energético (ACSELRAD, 2004, p. 15).

Podemos observar ainda como os donos do capital apresentam seus empreendimentos como “sustentáveis”, ancorados no discurso fundamentado na noção de “sustentabilidade” para evidenciar os seus benefícios, porém escondem as reais perniciosidades e/ou nocividades que a dinâmica introduzida pelas atividades destes empreendimentos desenvolve.

A incorporação de preocupações ecológicas pela valorização das capacidades adaptativas da técnica e da eficiência industrial, constitutiva das estratégias da chamada ‘modernização ecológica’, pode ser vista também como um modo de reação discursiva que preserva a distribuição de poder sobre os recursos ambientais em disputa (ACSELRAD, 2004, p. 17, grifo do autor).

Para Harvey (2014), esta lógica é desenvolvida mediante:

A escala da destruição dos recursos ambientais globais (terra, ar, água) e degradações proliferantes de habitats, que impedem tudo exceto formas capital-intensivas de produção agrícola, também resultaram na mercadificação por atacado da natureza em todas as suas formas. A transformação em mercadoria de formas culturais, históricas, e da criatividade intelectual envolve espoliações em larga escala [...] A corporativização e privatização de bens até agora públicos (como as universidades, a água, e utilidades públicas de todo gênero) que tem varrido o mundo, indicam uma nova onda de expropriação das terras comuns (HARVEY, 2014, p. 123).

Para os autores, Acsehrad (2004) e Harvey (2014), os grandes projetos, entre eles, agropecuários, de indústrias madeireiras e minerárias foram os agentes causadores dos mais diversos impactos ambientais. O avanço do modelo de exploração industrial das últimas décadas tem ameaçado a biodiversidade e o modo de vida dos povos tradicionais diante do desmatamento, de queimadas, da biopirataria, entre outros fatores que contribuem diretamente para o desequilíbrio ambiental e conseqüentemente comprometem o modo de vida da população local.

No município de Barcarena no Pará a situação não é diferente, como destaca o Ministério Público Federal (2016) em uma ação civil pública, a gênese do conjunto articulado de transformações ocorridas em Barcarena na década de 1980 e que levaram o município a sediar este complexo logístico e industrial teve como ponto essencial o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND, 1974-1979) do Governo Federal, como respostas imediatas ao padrão de desenvolvimento do modo de produção capitalista e a concepção de estratégias à reestruturação da

economia capitalista e à realocização e reorganização dos processos da atividade industrial.

Ainda de acordo com o Ministério Público do Pará (2016), as ações do Governo Federal foram, portanto, fundamentadas na noção da necessidade de o Estado intervir na economia. Esta estratégia contemplava, para a região amazônica, um conjunto de ações voltadas ao seu desenvolvimento, tendo como dois de seus pilares a implantação de grandes projetos minerais e grandes investimentos em infraestrutura (rodovias, portos, produção de energia etc.). Para tanto, foram escolhidas áreas que deveriam concentrar espacialmente capitais e receber a maior parte dos incentivos e de aporte infraestrutural (MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARÁ, 2016, p. 5).

Hazeu (2015) destaca que Barcarena conta com vários portos e estradas, que possibilitam a sua função estratégica na distribuição e transporte de produtos, dois núcleos urbanos (administração, ensino, comércio, serviços), praias e balneários (lazer e turismo), e no sudeste do seu território o grande complexo industrial e portuário. Este complexo ocupa 15% da área municipal (desconsiderando as estradas), porém, tem impactado as atividades econômicas e sociais do município, considerando a poluição da água, da terra e do ar, a dinâmica populacional (migrações), as relações de poder, e a distribuição de recursos, investimentos e benefícios.

São vários portos e empresas multinacionais instaladas, dentre elas o complexo Albrás e Alunorte, da empresa norueguesa Hydro, na produção do alumínio; a Imerys Rio Capim Caulim e a Pará Pigmentos, da empresa francesa Imerys, no beneficiamento do caulim; a Votorantim, na fabricação de cimento; a Usipar, na produção do ferro gusa (falida e cuja área foi vendida a Cevital); a Alubar, fabricando cabos de alumínio; A Oxbow Brasil Energia Indústria E Comércio Ltda. (antiga Tecop Terminais de Combustíveis da Paraíba Ltda) na distribuição de coque de petróleo; a Bunge, a Tocantins Fertilizantes e Yara Fertilizantes na distribuição de adubos e fertilizantes; e a Burutirama, fabricando lingotes de manganês. As fábricas e portos se ligam, por um lado, às áreas de exploração de minérios, criação de gado e agricultura, e por outro, ao complexo portuário no município.

Estes vários empreendimentos consolidaram o processo de concentração fundiária e intensificaram o fluxo migratório para a região, provocando o acréscimo populacional de núcleos urbanos já existentes e o estabelecimento de novas

ocupações irregulares, aumentando os conflitos sociais e os índices de pobreza urbana e rural (NASCIMENTO, 2010; TAVARES, 2011).

Nesta dinâmica, Barcarena tornou-se um lugar de conexão e transformação das cadeias produtivas mundiais de alumínio, caulim, soja e gado, visto que a exploração ou produção desses recursos ocorre em outras áreas no Pará. Conforme Hazeu (2015), essas áreas estão sendo fortemente impactadas pelas formas de exploração e produção – de larga escala, com domínio de monopólios, degradação do meio ambiente, marginalização ou impedimento de outras formas de produção e atividades econômicas mais endógenas, voltadas para as comunidades locais – para subsidiar indústrias e mercados internacionais.

Imagem 1: Faixa na entrada do assentamento Tauá em relação a conflitos socioambientais em Barcarena



Fonte: Pesquisa de Campo, 2018.

Imagem: Jaqueline Cruz, 2018.

Na região do Distrito Industrial, em Barcarena, moradores de comunidades expõem, por vezes, lembranças doloridas em suas comparações de como as comunidades viviam antes e depois da chegada dos grandes projetos na região. Sempre fundamentadas com base em suas vivências, experiências, transformação no modo de vida assumindo um posicionamento carregado de força, resistência e afirmação da identidade coletiva mesmo diante de tantas adversidades.

Como é discutido em sua obra “As práticas espaciais e o campo dos conflitos ambientais”, Acselrad (2004) destaca que a cada configuração do modelo de desenvolvimento, tende a encontrar modalidades específicas de conflitos ambientais predominantes. E no âmbito de cada combinação de atividades, o

“ambiente” é moldado como meio de transmissão de impactos indesejáveis que fazem com que o desenvolvimento de certas práticas comprometa a possibilidade de outras práticas se manterem.

É importante ressaltar aqui a ideia de conflitos ambientais na visão de Acsehrad (2004), onde o mesmo expõe que:

A concentração da posse sobre os elementos da base material da sociedade através de grandes projetos de apropriação do espaço e do meio ambiente material produziu grandes impactos e efeitos de desestruturação de ecossistemas, ao mesmo tempo em que os pequenos produtores, populações ribeirinhas e deslocados compulsórios foram concentrados em áreas exíguas, com terras menos férteis, devendo intensificar ritmos da exploração de suas áreas, ocasionando, por ambos os processos conjugados, perda de biodiversidade, comprometimento de disponibilidade de água, da fertilidade dos solos etc. Conflitos ambientais eclodiram, conseqüentemente, quando os despossuídos passaram a reclamar, desde que foram estabelecidas garantias de visibilidade no espaço público que se constituiu após a ditadura, maior acesso aos recursos como água, terra fértil, estoques pesqueiros etc., denunciando o comprometimento de suas atividades pela queda da produtividade dos sistemas biofísicos de que dependiam e pelo aumento do risco de perda de durabilidade da base material necessária à sua reprodução sociocultural (ACSELRAD, 2004, p. 21).

Dona Joana (2018), uma das moradoras antigas da região, descreve o que mudou em relação à forma de como era o modo de vida, as atividades familiares realizadas para obtenção de alimento além da importante questão de segurança da própria comunidade:

Essa questão da gente plantar que os nossos pais eram todos pescadores, mas as mães trabalhavam na roça, e, quando sai de lá, o que acontece que poucos ainda conseguem desenvolver a atividade de pesca, mas a maioria não [...] Por exemplo, a nossa família não conseguiu, meu pai, meus irmãos não conseguiram porque ficou mais difícil e tinha que sair de um lugar para ir pra outro mais distante, longe da água da praia. Então mudou assim, bastante a nossa forma de alimentação (DONA JOANA, 2018).

Como relata Dona Joana, os deslocamentos forçados ocasionados pelas empresas e o impedimento de acesso aos rios impossibilitando a atividade pesqueira em certas áreas dificultaram o acesso ao alimento básico que garantia sua saúde e identidade como ribeirinho.

[...] outra questão, por exemplo, a segurança da família que tivemos que pensar em relação a isso. Depois que as empresas se instalaram, acredito assim, que teve uma preocupação muito grande voltada para essa parte da violência. Aquela preocupação com as pessoas, porque a nossa

comunidade foi invadida por pessoas, assim, que vieram de outros lugares e que a gente não conhecia e com isso chegou à violência na comunidade (DONA JOANA, 2018).

Nesta fala, percebe-se o conflito em relação à manutenção de uma identidade coletiva que sustentava o modo de vida e a saúde coletiva da comunidade. A insegurança apresentada a partir de novos moradores, atraídos pelas promessas de emprego, traz uma ideia de como os sistemas sociais e culturais nos quais as práticas de saúde estavam inseridas, foram atingidos pelas mudanças com a chegada das empresas no município.

Questões imateriais, que carregam um peso muito importante em tudo o que representam, são foco dos relatos sobre os impactos das empresas na vida dos moradores tradicionais. Sobre a cultura e tradicionalidade Dona Helena (2018), liderança comunitária da região de Curupeté, expõe:

A questão da cultura, eu acredito que nós tivemos um rompimento da nossa cultura. Porque as coisas que a gente praticava se perdeu, por exemplo, uma coisa que nós fazíamos muito lá era comemoração de natal. Como a comunidade era toda reunida, religiosa, era uma coisa assim, tão forte na nossa comunidade, a festa de natal. E era uma das festas mais bonitas era a da nossa comunidade, mas depois que as empresas chegaram não conseguimos mais fazer isso porque as famílias se separaram, então, foi uma quebra na nossa cultura.

Torna-se importante perceber, com a fala da dona Helena, a noção de comunidade e a identidade coletiva, que sustentava as relações e práticas sociais, e que foi aos poucos se perdendo, tanto pela separação física das famílias a partir dos deslocamentos forçados quanto por causa de mudanças na rotina das famílias. De acordo com Acselrad (2004), as sociedades produzem a sua existência tendo por base tanto as relações sociais que lhes são específicas como os modos de apropriação do mundo material que lhes correspondem (ACSELRAD, 2004).

Estas populações tradicionais, dentre tantas existentes no Brasil, que mantem relações material e imaterial com a natureza e que possuíam base de sobrevivência peculiar e diferenciada da rotina de grandes centros urbanos, precisaram conviver com o novo modelo de organização do trabalho tendo que se reorganizar e “encaixar” a uma nova dinâmica de vida a partir de novas organizações produtivas. Porém, esta transformação não se converteu em melhorias para as famílias, as quais são moradoras muito antes da chegada dos grandes projetos e nem trouxe desenvolvimento em nível econômico, social, ambiental para

região como parte de um sistema que poderia ser harmônico permitindo situações melhores a todos “em condições de paz, propriedade e igualdade” (Harvey, 2004, p. 120).

Apesar das indústrias possuírem suas atividades com processo de licenciamento ambiental formalmente regular, “a situação revela que o Poder Público tem sido flagrantemente falho na realização do controle, monitoramento e fiscalização ambientais da atividade industrial exercida no Município” (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2016).

Portanto, o monitoramento de indicadores ambientais apenas é realizado de maneira pontual, em locais situados nas proximidades de cada uma das indústrias licenciadas, sem a existência de amplo programa de monitoramento que medisse a qualidade ambiental da região como um todo, incluindo também os Municípios vizinhos a Barcarena, entre os quais se encontra o de Belém, capital e cidade mais populosa do Estado do Pará (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2016, p. 16).

Esta situação, de grande desamparo por parte do Estado, diante de uma frágil e/ou quase inexistente fiscalização das atividades industriais em Barcarena, que por sua natureza capitalista minimizam investimentos em tecnologias de proteção ambiental não-lucrativas, elucida várias falhas existentes por negligência dos grandes projetos instalados na região ocorrendo uma grande quantidade de acidentes socioambientais indicando esta carência de fiscalizações e de controle sobre as atividades.

A falta de planejamento e preparo para que o Município recebesse tão expressivo contingente populacional resultou em um crescimento urbano desordenado, com impactos significativos sobre a qualidade de vida e dos serviços públicos prestados à população. O detalhado perfil socioeconômico da população residente na área do Distrito Industrial, realizado pela UFRA, demonstrou que se trata, de modo geral, de população de baixo poder aquisitivo e carente de serviços públicos básicos, como saúde, educação e segurança (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2016).

Vários estudos estão sendo realizados em paralelo ao que está ocorrendo em Barcarena. Dentre eles destacam-se: os medidores da qualidade do solo, dos recursos hídricos e até mesmo, para a qualidade da saúde humana e as implicações que os “acidentes” de efluentes promovem para as comunidades locais que tentam sobreviver no entorno dos grandes empreendimentos que foram instalados.

A exploração dos recursos naturais em Barcarena evidencia as mudanças em escala social e ambiental, as quais vêm comprometendo a qualidade dos recursos hídricos e, conseqüentemente, trazendo riscos para as comunidades que moram no entorno do polo industrial, gerando conflitos socioespaciais pela introdução de novos valores na conjuntura socioeconômica local e provocando novos usos e ocupação do solo (LIMA *et. al*, 2016, p. 448).

Estudos, como os do Instituto Evandro Chagas (IEC) os quais pesquisam os impactos da produção do metal, em Barcarena, indicam que, no Brasil, as indústrias de produção de alumínio prejudicam a saúde pública. O pesquisador Marcelo Lima (2017) durante apresentação no seminário do Ministério Público Federal (MPF) - Poluição, acidentes e multiplicidade de conflitos no eixo Barcarena e Abaetetuba -, aponta degradação ambiental e contaminação dos recursos hídricos como principais problemas no município.

Nos dias 27 e 28 de abril de 2009, antes e depois do vazamento da bacia de sedimentação de bauxita, foram realizadas coletas no município de Barcarena em três estações ao longo do rio Murucupi. Foi constatado, de acordo com o Relatório de Avaliação da contaminação por rejeitos industriais no rio Murucupi, Barcarena-Pa, promovido pelo IEC no dia 28 de abril de 2009, os impactos físicos, com visível mudança de coloração em toda a extensão deste rio, onde os resultados obtidos pela análise mostrou que houve um comprometimento da qualidade das águas do mesmo. Constataram também que os teores de alguns elementos analisados (Alumínio e ferro) estão muito acima do limite estabelecido para águas e foram observados peixes mortos de pelo menos duas espécies devido os altos valores encontrados destes elementos, o que causou “danos imediatos aos ecossistemas, alterando a diversidade das espécies, ressaltando-se que os níveis elevados de sódio são um indicativo indireto do lançamento de resíduos ricos em soda cáustica no rio Murucupi” (INSTITUTO EVANDRO CHAGAS, 2009).

O Relatório conclui que o escoamento de efluentes provocou alterações nos corpos hídricos da região ocasionando impactos socioambientais com conseqüentes situações de risco a saúde das populações através do contato com os rios e igarapés:

O escoamento de efluentes no Rio Murucupi provocou alterações físicas e químicas da água o que ocasionou impactos ambientais com conseqüentes situações de risco a saúde das populações através do contato primário com águas de elevado pH e levou a modificações na estrutura das comunidades bióticas locais; A instalação da bacia de resíduos do processo de

beneficiamento de bauxita próximo as nascentes do rio Murucupi representa uma situação de risco aos ecossistemas aquáticos e a saúde da população ribeirinha que reside nas margens dessa drenagem, considerando-se a possibilidade eminente de vazamentos de resíduos cáusticos, fato que já vem ocorrendo nos últimos anos no rio Murucupi, município de Barcarena, Estado do Pará (INSTITUTO EVANDRO CHAGAS, 2009).

Seu João (2018) morador antigo da região de Barcarena relata em relação à pureza da água, do ar e a qualidade de saúde que usufruíam antes da instalação das empresas:

A chegada das empresas, tipo assim, foi um divisor de água na nossa vida. A questão do meio ambiente, por exemplo, a gente não precisava se preocupar tanto com a qualidade de água, não se preocupava com a qualidade do ar porque quase ninguém adoecia do que estão adoecendo hoje em dia por aqui. Do jeito que a natureza nos dava, nos apresentava, a gente utilizava daquela maneira. Depois que as empresas se instalaram, acredito assim, que teve uma preocupação muito grande pra tudo. Tivemos que nos acostumar, a nos adaptar de novo, a readaptar na verdade (SEU JOÃO, 2018).

Um dos sentimentos de tristeza e medo apontados pelos moradores das comunidades está justamente em deixar de utilizar os recursos hídricos que estão sendo contaminados para não adquirir doenças ocasionadas pelos vazamentos de efluentes nos mananciais e até mesmo pela própria poluição do ar e do solo:

Hoje não se toma mais banho nos rios e igarapés, pois nós temos muito medo, de contrair alguma coisa, de contaminar. O nosso ar a gente não sabe em que grau está a poluição. Nós sabemos que está poluído. Então, todas as doenças que aparecem: respiratória, de pele, essas questões está ligada a isso. Os igarapés, os rios não são mais utilizados. Então, onde a gente perdeu mais essa qualidade: com a chegada das grandes empresas. Se antes você podia comer um peixe sem preocupação, você podia tomar água sem preocupação. Hoje você relaciona a água com alguma coisa que possa te prejudicar. (DONA HELENA, liderança da comunidade de CURUPERÉ, 2018).

A exploração da natureza e as intensas atividades dos grandes empreendimentos se tornou um problema de saúde pública em Barcarena, visto que, a cidade, concentra duas das maiores refinarias de metal (bauxita e caulim) do mundo. Toda a movimentação em torno, não só dessa atividade industrial, mas também pelas atividades de outros empreendimentos na região, é responsável por problemas ambientais, sociais e trabalhistas.

A qualidade da água dos rios e igarapés presentes nesta região foi reprovada em mais de 90% dos casos por fatores de controle químico ou microbiótico (LIMA, 2017). Esta é uma das principais constatações do relatório parcial feito pelo Instituto Evandro Chagas, o qual está ligado ao Ministério da Saúde. Este órgão recebe denúncias de impactos ambientais ocorridos em Barcarena desde 2000 quando ocorreu o primeiro desastre ambiental registrado na região com o vazamento de óleo da balsa Miss Rondônia, a qual afundou no rio Pará (LIMA, 2017).

Imagem 2: Água poluída coletada por moradora de Barcarena



Imagem: reproduzida via *whatsapp* - Grupo Barcarena Livre, 2018.

Vários corpos hídricos foram afetados, havendo também impactos demográficos devido à criação do polo industrial na região. De acordo com Marin (2013), a construção de um “mundo urbano” tenta retirar, destruir as formas de vida dos antigos ocupantes. As mudanças nas formas de viver se concretizam como os efeitos de natureza a que vieram experimentar: perda de terra, negociações desiguais, esperança de emprego, poluição e acidentes ambientais, como os ocorridos repetidamente no rio Murucupi (MARIN, 2013).

Ao longo dos anos, devido precária fiscalização dos órgãos competentes e por negligencia das indústrias, foram acometidos vários desastres ambientais no município barcarenense contaminando o ar, o solo, os lençóis freáticos, os rios,

extinguindo várias espécies da fauna existente na região e principalmente, desestruturando físico, mental e cultural toda população biótica tradicional¹⁰.

Imagem 3: Protesto de moradores contra a poluição da empresa Hydro em Barcarena



Imagem: reproduzida via *whatsapp* - Grupo Barcarena Livre, 2018.

Os conflitos ambientais, as denúncias, ações e práticas irregulares, manuseio e instalações clandestinas só vem crescendo e se tornando cada dia mais real no cotidiano da população local, que é a mais afetada.

O crime ambiental ocorrido no dia 17 de fevereiro de 2018, em vários pontos de Barcarena causado pelo rompimento da barragem da mineradora Hydro Alunorte, empresa norueguesa instalada na região desde 1995, provocou o vazamento de rejeito de bauxita, impactou várias comunidades localizadas ao longo da região do Distrito Industrial, e deixou em alerta outras comunidades que vivem entorno dos projetos industriais causando uma grande notoriedade e comoção nacional e internacional.

São várias as comunidades que denunciam há 38 anos as constantes violações sofridas desde que ali se instalou o polo de beneficiamento da bauxita e caulim e hoje se sentem constantemente ameaçadas com a possibilidade de novos desastres dessa proporção.

Após consecutivas denúncias da população ao Ministério Público do Estado e ao Ministério Público Federal, o IEC foi acionado para a coleta de águas e

¹⁰Ver quadro completo dos principais desastres ambientais ocorridos no município de Barcarena no QUADRO 1 (anexo).

efluentes nas áreas atingidas em Barcarena. No dia 22 de fevereiro de 2018, o IEC (2018) divulgou o resultado do laudo e confirmou a contaminação da área afetada pelo vazamento e constatou a presença de diversos metais pesados, inclusive de chumbo, em diversas comunidades da região, confirmando a contaminação provocada pelo vazamento das barragens da empresa multinacional Hydro Alunorte.

A perícia do Instituto Evandro Chagas flagrou um duto clandestino na mineradora que conduzia resíduos poluentes para o Igarapé da região contaminando o meio ambiente e chegando com índices de sódio, nitrato, alumínio acima do permitido, o que, de acordo com o pesquisador do IEC, Marcelo Lima, "se torna nocivo a quaisquer seres vivos" (LIMA, 2018).

Ainda de acordo com o laudo do IEC, a análise revela um nível alto de chumbo que, com o consumo contínuo, pode gerar câncer. "essa contaminação é nociva às comunidades que utilizam os igarapés e rios em busca de alimento e lazer" advertiu o pesquisador do IEC, Marcelo Lima.

Em uma nota lançada em fevereiro de 2018, ao portal de notícias G1, a empresa Hydro negou qualquer vazamento de barragem de rejeitos em Barcarena. Representada por Domingos Campos, diretor de Meio Ambiente, Saúde, Segurança e Responsabilidade Social da Hydro, o qual argumenta que "mesmo com a chuva forte, a barragem se manteve firme, intacta e sem vazamentos". Sobre a coloração da água que tomou conta das ruas de comunidades da região, Domingos Campos declarou que "o solo da área é composto pelo mesmo elemento químico presente nas barragens de rejeitos, o que teria causado a preocupação dos moradores com a mistura envolvendo chuva e alagamento" (CAMPOS, 2018).

Em outro momento, a empresa norueguesa admitiu a existência de um duto clandestino que seria responsável pelo vazamento de rejeitos de bauxita em Barcarena. A Hydro informou que desconhecia o duto, mas acabou confirmando após a realização de vistorias. "Durante uma das vistorias, verificou-se a existência de uma tubulação com pequena vazão de água de coloração avermelhada na área da refinaria", diz a nota (G1, 2018).

Diante desse cenário, ressaltam-se recorrentes danos ao meio ambiente, como os casos de poluição de várias nascentes e dos principais rios que banham a região barcarenense. Estes rios eram frequentemente usados para várias atividades socioeconômicas como: a pesca, o lazer e vias de circulação entre as comunidades que sobrevivem parcialmente dessas atividades em seu entorno. Conforme Ferreira

(2015), os rios são usados atualmente como meros depositários dos dejetos produzidos pelos esgotos domésticos e industriais em seu leito gerando envenenamento em suas águas em decorrência de poluição provocada pelos grandes empreendimentos instalados na região, o que afeta diretamente a comunidade local e suas relações de trabalho, como a pesca, já que provocou a morte de várias espécies de peixes, além do transbordamento de rejeito da bauxita (lama vermelha) e da contaminação por soda cáustica da Alunorte contaminando o rio em 2003 e 2005 (FERREIRA, 2015). Essa problemática tem interferido na forma de organização social e econômica dos moradores da região do Distrito Industrial em Barcarena. Seu João relata com aflição, em entrevista, os problemas de saúde que afetaram toda sua família, na comunidade de Canaã, devido à poluição provocada pelas atividades industriais:

Problema ambiental era quando nós morávamos em Canaã, pertinho das empresas, era muita poluição que tanto eu, como meu filho, se não saíssemos logo de lá íamos morrer, por causa da poluição. Atacava a asma. E eu também tinha uma canseira. Quanto eu mudei pra cá (Comunidade Nova Vida) acabou o problema. Todo tempo que lá no Canaã eu estava no hospital pegando remédio por conta da poluição porque dava aquele cheiro forte de borracha queimada, né?! Da poluição da Albrás que jogava pra lá. Agora, o povo do Conde está sofrendo as consequências (SEU JOÃO, morador da comunidade Nova Vida, 2018).

Em relação aos problemas de saúde, dona Ana, ressalta as principais demandas pela falta de saúde da maioria de seus alunos, ocasionando a evasão por longos períodos dos estudantes de sala de aula e ratifica a relação das doenças com a poluição e desastres ambientais produzidos pelos grandes empreendimentos:

Se manifestam a questão de falta de ar, asma, inflamações nos olhos. Como eu trabalho com criança eu observo muitas crianças com coceiras, e, a questão respiratória também. Eu vejo assim, que quando a gente traz o médico pra escola, as pessoas reclamam da questão respiratória, elas apresentam problemas na respiração, possuem dificuldade pra respirar, sempre alguma coisa no respirar (DONA ANA, 2018).

Eu acredito que as doenças que estão se manifestando aqui tem relacionamento com a poluição. Está tudo ligado! Nós perdemos muitas matas, nós estamos expostos, na verdade. A gente sabia que porque a gente não tinha isso antes, essa questão de pele, essa questão respiratória. Antigamente tinha a gripe, que era normal e que até hoje a gente tem, mas até isso era curado com muita facilidade. Hoje em dia parece que elas estão tão resistentes. E vem canseira, asma, então é toda uma situação. Então, eu acredito que todo mundo é unânime em falar que essas doenças estão relacionadas com a poluição (DONA ANA, 2018).

Dona Maria, curandeira da região de Curupeté relata os principais problemas recorrentes da população ao procurá-la para a produção de remédios caseiros:

Muita gente vem aqui porque tem problema respiratório, ai vem comigo. Problemas de inflamação, problemas de coração, alergia. Deu uma alergia um ou dois anos atrás muito grande aqui, em todo o povo. A gente até pensava que fossem nossos colchões que estavam velhos, mas não era. Aqui em casa eu tenho muito cuidado com as coisas, de manhã eu abro logo a casa pra entrar aquele ar. Você sabe que aquela doença está no ar, a poluição vem no ar [...] são a coceira no corpo, é a dor de cabeça, dores nos ossos. Então são essas coisas, a dor de cabeça, tem gente que tem sequencia de dor de cabeça, muita mesmo dor de cabeça. A gente pensa que é até por causa da vista, mas é a poluição. Isso que a gente está vendo aqui, está ocasionando muita doença sobre a vista. Então, o que acontece, as óticas vieram fazer exames de vista e maioria das pessoas que foram fazer lá o exame deu problema na vista. A vista é uma coisa superior, uma coisa que nós precisamos dela pra nós se locomover, sair... Então, está sendo afetada por isso ai. Outra coisa que a gente não pode usar muito são os frutos. Nós temos um pé de manga bacuri que antigamente dava o fruto grande, agora, dá tudo miudinha e preta. Isso é a poluição, né!? (DONA MARIA, 2018).

Dona Joana ressalta o incomodo com a poluição ao longo destes anos refletindo consequências na flora, na alimentação, etc.

O modo de vida é esse ai que você está vendo, a gente está com problema, problema como a poluição. Isso ai todo o Brasil tem. Todo canto nós temos a poluição, mas como aqui nós temos certas plantas aqui que elas não vão para frente, a terra já não aceita. Ai quando o fruto, tem umas que tem o fruto. Quando o fruto está de bom tamanho, eles caem da árvore. A gente tem uma vida aqui que é o seguinte: uma parte é saudável e a outra não é, eu digo assim: pela maneira da vida, da gente viver em uma área de poluição, mas como nós não temos condições de ir para um outro ambiente melhor a gente está aqui (DONA JOANA, 2018).

As pessoas entrevistadas, além dos laudos técnicos, revelam os impactos na saúde como concepção de bem estar, de parte de uma lógica totalizadora, o que não pode ser contemplado por indicadores técnicos, como quantidade de metais pesados e outros elementos poluidores, mudanças no PH da água. Na essência, como relatam os moradores, os impactos são vivenciados e percebidos na realidade e no dia a dia das comunidades. As suas falas, muito mais que ilustrativas, são evidências da poluição e efeitos causados pelas indústrias, às quais as pesquisas técnicas são provas complementares.

A resposta do Estado, que estimulou e financiou a nova forma de ocupação do território de Barcarena, com a presença dos grandes empreendimentos e

consequentes problemas e conflitos socioambientais deveriam chegar com políticas sociais, seguindo a lógica do papel do Estado na sociedade capitalista neoliberal.

É notório, nas entrevistas com moradores que já viviam desde antes a chegada das multinacionais, que o investimento na saúde tanto em relação a matérias, equipamentos, profissionais de saúde, estabelecimento/unidades ambulatoriais foi uma conquista. Moradores revelam que antes não possuíam muitos hospitais, ambulâncias e profissionais de saúde na região e com a chegada da industrialização na região houve um avanço, construíram hospitais, unidades de pronto atendimento. Porém, estes investimentos, não se tornaram suficientes para atender a demanda da região de Barcarena, conforme relatam seu João, dona Joana, dona Helena e dona Ana, moradores de Barcarena:

[...] então, nós não tínhamos acesso a hospital, aqui a cede que é a Barcarena. Então, assim [...] o que eu presenciava antes a relação com a saúde era tudo curativo natural. A gente não tinha muito acesso à medicação, à farmácia, medicamentos manipulados da farmácia. Então, tudo era natural. Assim, a maioria das coisas eram resolvidas. Tudo na verdade mudou, tudo foi modificado (SEU JOÃO, 2018).

Olha, se você tem algum problema que não é muito sério, a gente até consegue resolver nos hospitais, mas as questões especializadas a gente não consegue, ai, a gente tem que correr pra particular mesmo (DONA HELENA, 2018).

Consultas, exames é muito pouco porque demora e precisa marcar e eu prefiro fazer particular porque é muito mais rápido. Mas se tivesse tempo, por que assim, não é com tanta urgência então você nem procura. Mas eu utilizo muita emergência, como eu tenho problema respiratório sério eu procuro a emergência, que inclusive que é uma das atividades que querem tirar do posto de saúde da Vila do Conde e deixar apenas para a UPA, e a gente não pode perder esse serviço. Você já imaginou os primeiros socorros são feitos ai. Existe coisas que não pode esperar, até chegar na UPA eu acredito que a pessoa até morreu (DONA JOANA, 2018).

[...] Por exemplo, se é um clínico geral, se é uma gripe você até que consegue resolver. Por exemplo, no meu caso de alergia eu faço particular porque a gente não consegue, não tem alergista (DONA ANA, professora, 2018).

Em entrevistas com agente de saúde da região, Dona Heloísa e seu Carlos, que também são moradores nativos de Barcarena, relatam a situação dos atendimentos e as demandas existentes hoje em dia na unidade básica a qual trabalha, mas pontua que os serviços disponíveis ainda são pouco diante da procura e do acesso a estes serviços:

Assim, mais relacionada à comunidade onde eu morava. Como a gente morava na Vila do Conde, na verdade, em uma área bem afastada da Vila do Conde. Nós temos o médico, nós temos a enfermagem. Assim, em termos de atendimento melhorou bastante. Nós temos uma UBS que faz uma cobertura de 20 poucas são ACS, que cada ACS compõem uma quantidade de pessoas, tipo família, na verdade. E a nossa UBS é composta por médicos, enfermeiros, o técnico de enfermagem, o odontológico, tudo existe lá dentro. Tem uma facilidade melhor até pra exames específicos, consultas especializadas a gente ainda tem um pouco de acesso, né?! Melhorou bastante em relação a isso. Mas em termos, assim [...] o que o município fornece, na verdade, ainda é pouco pro tanto da população que nós temos ainda é pouco (DONA HELOÍSA, 2018).

Na entrevista, Carlos pontua que nos últimos anos os serviços melhoraram, mas houve também uma descontinuidade no quadro de profissionais de medicina:

Melhorou bastante, mas mesmo assim não é suficiente ainda, até porque a demanda de pessoas é muito grande, então, eles não conseguem. E às vezes, quando está caminhando muito legal, ai, troca de médico. Ai o médico vai e precisa estudar e hoje nós estamos apenas com uma médica e ela não faz mais esses atendimentos aqui, porque ela não pode e não tem condição. Quando eram dois ou três médicos, dava para fazer, mas agora não dá, não tem condição (CARLOS, agente de saúde, 2018).

Quando indagada pelas especialidades existentes e os mais frequentes casos de atendimento nos centros hospitalares públicos e a demanda da população local, dona Heloísa responde:

Ainda pelo incrível que pareça é mais clínico, né?! Pessoas que tem com frequência problemas de pele, diarreia, vômito. Muito dessas coisas que são tratadas assim a prevenção e as pessoas não previnem. Para eles poderem chegar lá no médico eles já estão doentes, né?! Muito problema de saúde, problema de pele, problemas respiratórios, diarreia. Hoje os casos mais graves são esse, com frequência. Não totalmente toda a demanda. Assim, o atendimento ainda é reduzido, mas de uma certa forma eles fazem esse tipo de atendimento [...] (DONA HELOÍSA, 2018).

Para Carlos, os serviços de saúde voltados para a comunidade não acompanham a demanda imposta pela realidade barcarenense:

Geralmente, os serviços de saúde voltados para a comunidade é um serviço muito básico. Até por que a demanda de atendimento é muito grande e as ações de saúde voltada para o povo são poucas, fazendo com que muitas pessoas desistam de fazer certos acompanhamentos (CARLOS, agente de saúde, 2018).

Fazendo uma pesquisa detalhada a respeito do sistema de saúde na região de Barcarena podemos constatar que, de acordo com o DATASUS (2016), o que é

disponibilizado à população em termos de estabelecimentos de saúde, profissionais de saúde e leitos. Pode-se observar, segundo a pesquisa, que Barcarena conta com vários profissionais de saúde (ver Tabela 1), dentre eles: Médicos, Enfermeiros, auxiliares e técnicos em Enfermagem; além de algumas especialidades como: Odontólogos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Nutricionistas assim como profissionais atuantes na promoção da saúde como: Assistentes Sociais e Psicólogos. Percebe-se um crescimento no número total de profissionais de saúde ao longo dos anos que, porém, não acompanha o crescimento populacional e as ocorrências de doenças e problemas de saúde.

A OMS preconiza um determinado parâmetro como ideal para atenção à saúde da população. Ao analisar, por exemplo, a relação do profissional de medicina, a OMS julga como ideal 01 (um) médico ativo para cada 1.000 (mil) habitantes, portanto, considerando o contingente populacional de Barcarena deveria haver, no mínimo, 100 médicos atuando no município enquanto na realidade há 83 médicos. Nota-se um *déficit* na quantidade deste profissional e dos demais em relação aos moradores identificados no Censo do IBGE, além do que, Barcarena recebe pessoas diariamente de outras regiões, seja para trabalhar nas empresas em horário comercial ou para desfrutar de ambientes de lazer.

Tabela 1: Profissionais de Saúde, segundo Município 2006-2015

ESFERA	2006	2011	2015
Médico	64	74	83
Odontólogo	19	24	32
Enfermeiro	24	29	47
Fisioterapeuta	03	07	11
Fonoaudiólogo	01	03	05
Nutricionista	02	03	05
Farmacêutico	02	09	06
Assistente Social	07	06	09
Psicólogo	04	06	04
Auxiliar De Enfermagem	71	66	39
Técnico de Enfermagem	57	72	99
TOTAL	254	299	343

Fonte: DATASUS/MS

Elaboração: FAPESPA/SEPLAN/2016.

Barcarena possui os seguintes estabelecimentos de saúde que são unidades ambulatoriais cadastradas no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS, conforme Tabela 2.

Tabela 2: Unidades Ambulatoriais Cadastradas no SIASUS 2006-2015

ESTABELECIMENTO	2006	2011	2015
Centro De Saúde/Unidade Básica De Saúde	2	18	28
Central de regulação de serviços de saúde	-	-	-
Clinica/ambulatório especializado	3	9	5
Consultório isolado	6	19	32
Farmácia	-	1	1
Hospital especializado	-	-	-
Hospital geral	3	3	1
Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN	-	-	-
Posto de saúde	20	11	11
Pronto socorro especializado	-	-	-
Pronto socorro geral	-	-	-
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	-	-	-
Unidade de vigilância em saúde	1	1	2
Unid. móvel de nível pré-hosp-urgência/emergência	-	1	1
Unidade móvel fluvial	-	-	-
Unidade móvel terrestre	-	-	-
TOTAL	35	63	81

Fonte: DATASUS/MS.

Elaboração: FAPESPA/SEPLAN/2016.

Dentre estas unidades que se tornam fundamentais para atender as demandas da população, nota-se um aumento dos Centros de Saúde, os quais são responsáveis pela realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população; nas Unidades de Consultório Isolado que são salas isoladas destinadas à prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais de saúde de nível superior e outros, não houve um aumento tanto significativo, como Unidades Farmacêuticas que estabelecimento de saúde isolado em que é feita a dispensação de medicamentos básicos/essenciais (Programa Farmácia Popular) ou medicamentos excepcionais/alto custo previstos na Política Nacional de Assistência Farmacêutica; nas Unidades de Vigilância em saúde que promovem ações de vigilância, prevenção e controle de doenças; e em Unidades Móveis de nível pré-hospitalar-urgência/emergência que são veículos terrestre, aéreo ou hidroviário destinado a prestar atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar a paciente vítima de agravos a sua saúde.

No entanto, há uma descontinuidade ou carência na implementação de Centros/unidades Hospitalares para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população; Clínica/ambulatório Especializado destinado à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência; Posto de saúde; Hospital Geral que em 2006 havia 03 (três) e, em 2015 funcionara apenas 01 (um).

Cabem também ressaltar, outros estabelecimentos como Unidade móvel fluvial e terrestre que são veículos equipados como unidade de saúde, especificamente, para prestação de atendimento ao paciente, estes não funcionam na região, mas que são extremamente fundamentais, pois visam à particularidade de Barcarena já que é um município rico em ilhas.

O DATASUS revela ainda que há uma considerável redução de 2006 a 2015 em relação à quantidade de leitos disponíveis para a população de Barcarena (ver Tabela 3), divididos entre leitos hospitalares, ambulatoriais e de urgência. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2014) o ideal para um município é que seja ofertada uma média de 03 (três) a 05 (cinco) leitos para cada 1000 (mil) habitantes, isto é, em uma média, seria necessário de 366 (trezentos e sessenta e seis) a 610 (seiscentos e dez) leitos disponíveis para a população de Barcarena.

Tabela 3: Leitos por Habitantes 2006-2015

LEITOS	2006	2011	2015
Número de Leitos – Hospitalares	120	119	89
Número de Leitos – Ambulatórios	7	4	2
Número de Leitos – Urgência	15	13	12
Total de leitos	142	136	103
Leitos/ Mil Habitantes	1,87	1,32	0,89

Fonte: DATASUS/MS

Elaboração: FAPESPA/SEPLAN/2016

Este levantamento mostra que em Barcarena se mantém muito abaixo em termos de número médio de leitos por hospitais, com os 103 (cento e três) leitos, revelando uma abrangência deficitária para o enfrentamento de tantas doenças alojadas na região dentre elas muitas ocasionadas pelos impactos indesejáveis das grandes empresas além de ser preocupante e contraditório de observar a diminuição de leitos num contexto de agravamento das condições de saúde no município.

Há indícios de pesquisas, em estudos mais avançados, que revelam que a taxa de mortalidade na região está relacionada diretamente aos impactos e toda poluição provocada pelas atividades industriais sobre o meio ambiente e suas implicações sobre a saúde e qualidade de vida da população. Essas informações indicam, conforme Lima *et al* (2016), que a população está exposta às mais variadas formas de contaminação (contato ou consumo de alimentos e águas contaminados ou por meio da aspiração do ar contendo material particulado oriundo dessas atividades industriais), fatores estes que podem ampliar a incidência de doenças infecciosas e parasitárias (DIP) de veiculação hídrica e doenças respiratórias (DR).

Essas problemáticas acerca de doenças causadas pela implantação de indústrias no mundo são recorrentes, e em função disso, vários tipos de doenças respiratórias surgiram decorrentes dessa poluição industrial (LIMA *et al*, 2016, p. 444).

A pesquisa expõe como a concentração dos poluentes em áreas afetadas por incidentes ambientais nos últimos anos provocou o perfil de morbidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) de veiculação hídrica e por doenças respiratórias (DR) em indivíduos residentes do município de Barcarena, no período de 2008 a 2012. Os indicadores de saúde estudados alertam um risco para a saúde de populações em Barcarena para condições possíveis de contaminações ambientais na região. Como apresenta os resultados da pesquisa:

O padrão de morbidade (internações) e de mortalidade por DR no município de Barcarena apresentou oscilações para o período de 2008 a 2012. As doenças respiratórias representaram um total de 11,8% (n=7.016) de todas as internações (n=59.436) realizadas no município nesse período. Crianças na faixa etária de 0 a 14 anos e idosos acima de 60 anos foram, aparentemente, os grupos mais expostos a essas causas no município, no período de 2008 a 2012, atingindo 2.827 casos, dos quais 138 pessoas vieram a óbito. [...] Quanto às DIP provocadas por veiculação hídrica, é possível observar que as diarreias e as gastroenterites de origem infecciosa presumível foram as doenças que apresentaram maior frequência (91,7%) do número total (1.244) de internações. A maior incidência ocorreu em crianças menores de 5 anos e adultos maiores de 60 anos. Houve uma redução do número de óbitos por DIP em Barcarena, no total, foram registrados 75 casos no município nesse período onde o maior número de mortalidade por DIP ocorreu na faixa etária de 30 a 59 anos, em ambos os sexos, no período de 2008 a 2010 (LIMA *et al*, 2016, p. 445-446)

Para Lima *et al* (2016), o aumento de casos por doenças respiratórias (doenças como a asma, alergias e outros sintomas respiratórios) podem estar relacionado com o aumento das concentrações de poluentes atmosféricos. Essa condição é evidenciada a partir do registro de emissão de fuligem resultante do processo de beneficiamento de caulim para o ambiente, o que talvez esteja prejudicando a qualidade do ar da região e, dessa forma, levando ao aumento de casos de DR no município. Já a DIP associada diretamente com as condições socioeconômicas precárias (habitação, alimentação e higiene), o que reflete em baixa qualidade de vida (LIMA *et al*, 2016, p. 448).

As empresas, que justificam um modelo de “desenvolvimento”, são responsáveis por tais devastações ambientais, além de seu papel na expropriação

das comunidades que têm como base, os recursos naturais da região como forma de sobrevivência.

A poluição, o desrespeito às normas ambientais, os tímidos investimentos em tecnologias que poderiam evitar a poluição, a falta de fiscalização e as poucas responsabilizações parecem fortalecer uma lógica de pressão sobre as comunidades para forçá-las a sair e fugir da poluição. Cada vez mais, a população sente a necessidade e a urgência de sair daquele lugar que prejudica a sua saúde, suas plantações e seus modos de vida (HAZEU, 2015).

As comunidades do município de Barcarena têm enfrentado os enormes impactos das indústrias minero-metalúrgicas com pouco apoio do Estado, pois ele (Estado) deve ser o mediador e responsável por criar estratégias de enfrentamento para a situação de saúde local e suprir as demandas existentes da população de Barcarena. Devido à dinâmica social, as situações de vulnerabilidade atualizam-se e novos cenários de riscos são criados, exigindo políticas contínuas para sua redução (OPAS, 2014).

Consta no *site* do portal da transparência ministrada pelo governo federal (BRASIL, 2018), o valor de R\$ 18.606.967,82 milhões repassados para a esfera municipal de Barcarena com a finalidade de atender os Blocos de Financiamento em Saúde em 2017 (Ver Tabela 4).

Ao longo dos anos, de 1998 a 2017, o aumento de repasses financeiros ao município cresceu significativamente junto aos serviços e empreendimentos em saúde, ou seja, em 1998 foram repassados ao município R\$ 687.121,87 e em 2017 R\$18.606.967,82. A tabela 4 mostra que de 1998 a 2017 os repasses aumentaram aproximadamente em 2700 %, tendo maior diferença de repasse na atenção básica, o qual foram de R\$ 7.778.024,17. Nota-se com isso que, a população do município, ao mesmo tempo em que cresceu, aumentou os problemas de saúde.

Como esses serviços que eu te falei é do governo, eu acredito que foi negativo, porque só tem isso tudo por causa dos problemas que as empresas estão causando. Porque se não tivesse todos esses problemas relacionado à empresa, a gente também não tinha nada disso, não era necessário. Porque se tem tanto investimento? Porque a gente tem muitos problemas de saúde. A população tem muitos problemas de saúde. Então, quando há um crescimento das estratégias de saúde, em cada comunidade, é porque o problema causado pelas empresas é muito grande e cada dia aumenta mais, então, eu acredito assim, sinceramente falando, eu não vejo vantagem nas empresas, na nossa comunidade não. Por exemplo, há duas semanas que caiu uma coisa estranha no rio e matou dezenas de peixes, o povo precisa se alimentar desse peixe e eles não vão consumir mais esses

peixes desse riozinho porque eles tem medo. Então, eles só vão tirando o que a comunidade tem. A cada dia que passa nós vamos só perdendo, só perdendo. A gente não tem muitos ganhos, porque tipo assim, eles falam que a empresa possibilita emprego. Não tem, não tem pessoas empregadas nas empresas aqui do lado, as pessoas estão desempregadas. Então, não justifica, nós só temos prejuízos. Lucro mesmo não (DONA HELENA, 2018).

A população barcarenense sofre como apresenta a realidade local, com o paradoxo entre os contínuos incrementos na produção e a ausência de mecanismos governamentais de controle dos impactos ambientais e sociais. Perante isso, surgem várias indagações que ao serem postas revelam grandes contradições, principalmente a respeito dos recursos disponibilizados para a rede básica de saúde e de todo o valor de isenções e multas não pagas pelas empresas transnacionais que, se bem investidos (isenção e multa), poderiam beneficiar setores fundamentais e aparatos condizentes com a realidade da população, não só como Saúde, mas como Educação, Segurança, Transporte, Habitação, Saneamento, etc.

Em 2009, o IBAMA multou a mineradora Hydro, pelo mesmo motivo que vem sendo acusada em 2018: vazamento de rejeitos. As multas somam 17,1 milhões de reais e não foram pagas até hoje. Uma reportagem produzida pelo jornal eletrônico *Diário Online* revelou ainda que o governo do Pará isentou em 7,5 bilhões a empresa: “O Pará deixará de receber cerca de R\$ 7,5 bilhões, entre 2015 e 2030 - prazo de validade do acordo firmado entre o Governo e a mineradora. Se toda essa fortuna fosse investida em obras no Estado, daria para melhorar, e muito, a vida do povo” (DIÁRIO ONLINE, 2017).

Para Harvey (2014), como no passado, o poder do Estado é com frequência usado para impor esses processos mesmo contrariando a vontade popular. A regressão dos estatutos regulatórios destinados a proteger o trabalho e o ambiente da degradação tem envolvido a perda de direitos. A supressão de direitos comuns obtidos graças a anos de luta de classes (o direito a uma aposentadoria paga pelo estado, ao bem-estar social, a um sistema nacional de cuidados médicos) ao domínio privado tem sido uma das mais flagrantes políticas de espoliação implantadas em nome da ortodoxia neoliberal (HARVEY, 2014, p.123).

O intenso crescimento populacional vinculado ao avanço dos empreendimentos capitalistas não veio acompanhado de planejamento por parte dos governantes municipais. As mudanças provocadas pela implementação do polo industrial de Barcarena surtiram maior impacto nos corpos hídricos localizados

próximo ao complexo industrial (FERREIRA 2015). A grande concentração dessas indústrias transformou a área em uma zona de conflito. Para Ferreira (2015) uma das razões disso é que o processo de produção de efluentes é intensivo nos corpos hídricos e altamente poluidor do ar, principalmente, nas comunidades tradicionais que vivem nas proximidades dos empreendimentos.

O acesso a serviços de saúde pública pode ser considerado um avanço, mas não é suficiente para atender a demanda populacional que sofre com a dinâmica das atividades destas empresas. O Estado atende minimamente as condições de manutenção da vida dos moradores das comunidades ali existentes. Ao mesmo tempo em que o Estado atende as condições mínimas de saúde da população, ele (O Estado) financia em alto nível a lógica capitalista, a mesma que provoca a não-saúde da população em detrimento de investimentos na qualidade da atenção básica na área da saúde. A ocorrência de inúmeros desastres sociais ao longo do processo de execução das atividades dos grandes projetos, o *déficit* de profissionais em saúde, de aparatos em saúde como unidades ambulatoriais essenciais e leitos que não dão conta das demandas impostas pelas particularidades do povo local, são totalmente insatisfatórios.

Tabela 4: Repasses Financeiros (em R\$) - Município: Barcarena-PA

BLOCOS DE FINANCIAMENTO EM SAÚDE¹¹.							
	1998	1999	2001	2005	2010	2015	2017
Atenção Básica	678.943,87	1.654.436,51	1.249.382,29	1.463.212,00	4.643.832,00	7.842.674,75	8.456.968,04
Média e Alta Complexidade	-	-	866.237,33	2.343.879,36	4.775.211,56	6.043.530,32	7.029.459,37
Ass. Farmacêutica	-	43.601,67	61.358,67	83.625,16	422.301,13	642.472,50	682.050,04
Gestão do SUS	-	-	2.925,78	-	6.350,00	-	16.000,00
Vigilância em Saúde	8.178,00	14.405,68	15.339,67	345.684,33	667.020,25	1.287.124,69	1.490.290,37
Investimento	-	-	-	-	-	859.995,00	932.200,00
Diversos	-	-	-	50.000,00	120.000,00	-	-
TOTAL	687.121,87	1.712.443,86	2.195.243,74	4.286.400,85	10.634.716,94	16.675.797,26	18.606.967,82

Fonte: BRASIL, 2018.

¹¹Ver Quadro 2 (anexo).

4 CONCEPÇÕES E PRÁTICAS TRADICIONAIS DE SAÚDE NAS COMUNIDADES TRADICIONAIS EM BARCARENA

4.1 Organização e Modo de Vida de Comunidades Tradicionais

Neste capítulo se discute as concepções e práticas tradicionais de saúde em comunidades no município de Barcarena, dentro de uma leitura da saúde tradicional ou saúde tradicionalizada, que apresentam elementos constitutivos da tradicionalidade fundamentadas nas práticas de saúde de agentes/sujeitos terapêuticos locais, os quais possuem saber popular e que residem e resistem perante a lógica de um sistema excludente e que se organizam, em algumas comunidades no Brasil, de forma estratégica para a construção e continuidade da legitimidade para suas ações.

Serão apresentadas práticas e agentes que juntos formam um sistema de saúde tradicional atendendo a um modo de vida e identidade coletiva coletadas/pesquisadas nas comunidades tradicionais existentes no polo industrial de Barcarena. Comunidades estas que são autodeclarantes¹² tradicionais, geograficamente cercadas pelos grandes empreendimentos instalados aos seus entornos, tornando-as extremamente vulneráveis às atividades minero-metalúrgicas e que sofrem com a acumulação da poluição e com os acidentes ocasionados pelas indústrias instaladas no município de Barcarena.

Nas comunidades tradicionais o conhecimento e saberes em relação à saúde fazem parte da cultura e tradição, ou seja, não podem ser abordadas somente a partir da aparência das práticas. Estes saberes milenários são adquiridos e aplicados dentro de uma lógica não escrita, não registrada, mas como parte do modo de vida, como conhecimento coletivo de experiências trazidas de seus ancestrais.

¹² Houve um avanço no campo legislativo, onde comunidades tradicionais são reconhecidas conforme a definição da Lei nº 9.985, de 18 de julho de 2000. Segundo esta Lei que regulamenta o Art.225 da Constituição Federal e institui o Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza, menciona explicitamente as denominadas “populações tradicionais” (Art.17) ou “populações extrativistas tradicionais” (Art.18) e focaliza a relação entre elas e as unidades de conservação (área de proteção ambiental, floresta nacional, reserva extrativista, reserva de desenvolvimento sustentável).

A saúde diferenciada para os indígenas, de acordo com Piná e Naldo Tembé, das aldeias do Guamá, e Waldecy Tembé, da aldeia Suçuarana, no Gurupí, significa uma prática de saúde em que é possível acionar as origens culturais, quer dizer, uma memória coletiva dos conhecimentos do pajé, das parteiras, mas também a garantia de sobrevivência do grupo. A saúde é, no discurso das lideranças, muito mais do que não estar doente. Significa, sobretudo, a integração entre homem, terra, floresta e cultura. (PONTE & AQUINO, 2014, p. 191).

Segundo Sevalho (1993), a história das representações de saúde e doença foi sempre pautada pela inter-relação entre os corpos dos seres humanos e as coisas e os demais seres que os cercam. Elementos naturais e sobrenaturais que constituem estas representações desde tempos imemoriais, construindo e condensando a cultura, os valores e as crenças dos povos em uma relação sob o entendimento básico de ser e conhecer, apontando a importância de identificarem como sujeitos dentro do seu ambiente, em afinidade com a natureza.

Ao longo dos séculos, povos antigos como os gregos, os hindus, os incas entre outros, acreditavam em certos preceitos de equilíbrio, entre relações complexas e diversas, entre elementos do corpo e elementos fundamentais da natureza. Equilíbrio que devia ser vinculado, através dos cuidados com o corpo, hábitos alimentares saudáveis, em uma convivência harmônica com o ambiente natural, onde o ser humano era visto como parte integrada desta natureza. Esta arte de saber viver em equilíbrio engloba um processo de ter, obter e permanecer em ausência de doenças.

Ainda, hoje, persiste a busca por técnicas não convencionais para tratar uma gama de enfermidades, o conjunto desses saberes, inclusive, compõe o corpo de conhecimentos da etnomedicina, definida como práticas de saúde baseadas em tradições, envolvendo aspectos da espiritualidade ou constatações puramente empíricas, transmitidas, especialmente, de forma oral por membros pertencentes a uma dada comunidade e difundidas a partir dos processos migratórios estabelecidos na realidade da dinâmica das relações socioculturais humanas (ARAÚJO, 2004).

Os sujeitos desta pesquisa em Barcarena carregam em sua história, no sangue e na vida descendência quilombolas, indígenas, entre outras populações, as quais possuem um conhecimento e identificação com:

[...] práticas terapêuticas tradicionais e locais através do uso de plantas e produtos de origem animal, práticas de benção e técnicas de manipulação corporal, desenvolvidas por benzedoras, parteiras, curandeiros (pajés), entre outros (as) especialistas locais (ARÊDA-OSHA, 2017, p. 12).

Há nessas comunidades pessoas que desenvolvem práticas de raízes tradicionais em seus modos de vida que se caracterizam como práticas de saúde sem a necessidade de formação acadêmica, onde estas práticas estão ligadas a tratamentos com chás, massagens, preparação de remédios ou misturas de ervas, entre outras plantas, além de práticas de benção e outros tipos de cuidados mediante as doenças que já existiam e as que estão em decorrência após os agravos dos acidentes provocados pelos grandes empreendimentos ou até mesmo pela própria prevenção.

Estas práticas e agentes eram muito comuns e constantemente acionados pela população antes da chegada dos grandes empreendimentos industriais e portuários, mas que hoje em dia tentam resistir e permanecem de formas diferenciadas, na atualidade, paralelamente ou em oposição a novas práticas e agentes de instituições em saúde que vieram juntos com a industrialização e a presença mais efetiva do Estado moderno no município.

A população tradicional de Barcarena, antes da chegada dos grandes projetos industriais, residia em pequenos sítios - de posse de cada família determinando um ou vários tipos de produção – dispostos em áreas cortadas por rios e igarapés além de recursos naturais abundantes. De acordo com Maia e Moura (1995), a maioria da população é de origem “cabôca”¹³, nascida e criada na região, esta população guarda fortes traços indígenas em seus aspectos, tanto físicos quanto culturais. A prática da roça e pesca é um indicio dessa herança, constituindo-se sua principal fonte de reprodução.

Ainda de acordo com as autoras, Maia e Moura (1995), a organização do espaço se caracterizava de forma coletiva sendo respeitados os espaços individuais, pois a divisão destes espaços significava conservar a posse da terra e a garantia das condições de reprodução da família.

Ao redor das casas ficavam além de plantas medicinais, das quais faziam amplo uso no trato de suas doenças, as árvores frutíferas regionais e que juntamente com a farinha e o carvão constituíam-se em sua fonte básica de renda [...]. Os moradores dos sítios mantinham com as frutas uma íntima

¹³ Segundo Fialho Nascimento (2006), entende-se por *cabôco* o habitante do interior amazônico que pratica atividades fundamentalmente herdadas da cultura indígena, como a prática da caça, pesca, coleta florestal e pequena agricultura, independentemente de uma raiz étnica estrita e necessariamente índia (FIALHO NASCIMENTO, 2006, p. 13).

relação simbólica, representadas como símbolo da fartura da região (MAIA; MOURA, 1995, p. 234).

Essa é uma mentalidade que é compartilhada pelos próprios moradores, como evidenciam as falas dos entrevistados:

Como antes, eu ainda era criança, era uma vida bastante tranquila também, nós não tínhamos muitas preocupações. [...] As coisas que mais marcam na infância era aquela liberdade de brincar sem se preocupar, por exemplo, com a violência. A questão do meio ambiente, por exemplo, a gente não precisava se preocupar com a qualidade de água, não se preocupava com a qualidade de ar, então, eu acredito assim: do jeito que a natureza nos dava, nos apresentava, a gente utilizava daquela maneira. Eu lembro que a gente retirava água da praia pra utilizar, tanto pra beber quanto pra lavar roupa e tomar banho. Nossos pais eram todos pescadores e as mães trabalhavam na roça. Nossa alimentação era baseada nas verduras tiradas da roça, do peixe e caça. (DONA HELENA, liderança de comunidade tradicional, 2018).

A relação com a saúde antes era tudo curativo natural. A gente não tinha muito acesso à medicação, à farmácia, medicamentos manipulados da farmácia. Então, tudo era natural. Assim, a maioria das coisas eram resolvidas. Tudo na verdade mudou, tudo foi modificado (DONA HELOISA, moradora de comunidade tradicional, agente de saúde, 2018).

Estas falas refletem o modo de vida tradicional, as atividades cotidianas desenvolvidas na comunidade para obtenção de renda e para o consumo diário da família além da relação simbólica com a natureza: rios, frutos, igarapés, plantio de verduras e a própria mata que continuam a ser fundamental no processo produtivo familiar e para o bem estar da própria comunidade visto como saúde coletiva e, ao mesmo tempo, na abstração de alguns componentes da floresta na obtenção da cura quando estavam doentes. O conjunto de elementos que integravam a vida dessas famílias só podem ser compreendidos dentro da lógica que orienta a organização social da região (MAIA & MOURA, 1995, p. 235).

Nesta relação harmônica entre o homem e a natureza o qual retira tudo que possa precisar para sua subsistência, sobrevivência e até mesmo como proteção para a saúde e combate das principais doenças que afligem a população local percebe-se a ideia, em sua totalidade, de bem-estar como sinônimo de bem viver, de já possuir qualidade de vida e felicidade, onde não precisava de abundâncias, mas sim do necessário, de poder estabelecer formas de produzir, reproduzir e de viver.

Pautada nas reflexões de Lamarca e Vettore (2015) em torno da categoria Bem-Estar, a qual engloba a satisfação com a vida e a felicidade, e representa um

indicador de qualidade de vida, tendo muitas experiências emocionais positivas e poucas negativas. No entanto, pouco se sabe sobre o processo que sustenta essa condição de bem-estar elevado, e isso ocorre, principalmente, devido a uma característica: a subjetividade.

Cada sujeito possui um modo de ver o mundo com uma representação única e singular, isto é, embora as pessoas vivam em ambientes objetivamente definidos, o bem-estar individual diz respeito ao mundo subjetivamente percebido (ANDREWS & WITHEY *apud* LAMARCA & VETTORE, 2015).

As reflexões sobre Bem-Estar fazem referências ao conjunto de coisas que são necessárias para viver bem, ou seja, considera-se ampliar a visão para uma gama de “outras coisas” que são importantes na vida das pessoas, como ter uma boa educação, viver em um meio ambiente de qualidade, ter uma moradia adequada, além da obtenção da própria renda.

A questão mais forte das minhas lembranças da vivência quando criança era que a gente vivia numa comunidade de parentesco, onde todo mundo se respeitava e se protegia. Isso era felicidade! O bem estar está muito relacionado à felicidade, entendeu? Pra mim, bem estar é você poder usufruir os bens da natureza com qualidade. Então eu digo assim: que o bem estar pra mim é você se alimentar com qualidade. Isso era qualidade de vida! Isso nós tínhamos na Montanha, o prazer de brincar, de viver, de se alimentar bem com a alimentação que a natureza nos dava. Tenho saudade desse tempo, era um tempo muito legal. A vida era muito fácil de viver, até o tempo parece que demorava a passar (DONA HELENA, liderança local, 2018).

A concepção que surge da fala da Dona Helena, de saúde tradicional é tida como bem-estar que sempre foi caracterizado a partir de uma forte identidade de um povo que respeitava e se protegia que encontrava na vida abundante da mata os elementos necessários para seu bem viver. Este bem viver que carrega consigo um conjunto de valores, crenças, elementos culturais, os quais adequam a ideia de ser livre, liberdade de viver, e estes subsídios, para o povo tradicional, proporcionam felicidade e isto, esta diretamente envolvido com a concepção de saúde.

Para ter saúde é preciso ter alimentação saudável e direito ao território, se prevenir “das coisas ruins” e assim cuidar do espírito, respeitar os seres vivos em roupagens humanas ou não, e cuidar do ambiente (ARÊDA-OSHAI, 2017, p. 12).

Saúde tem haver, na verdade com tudo, várias situações, é o meio onde você vive, como você vive, né?! Quais as melhorias que você tem para adquirir os recursos que você tem. Eu acho que a base de tudo é a saúde, pois se você não tiver saúde as outras coisas também não caminham bem. Aí, é um atraso muito grande (SEU JOÃO, morador antigo da região, aposentado, 2018).

Pautada nesta leitura e em diálogo com os entrevistados moradores de comunidades tradicionais em Barcarena, nota-se que o conceito de saúde trata de um conjunto de variáveis que englobam boa alimentação, boa convivência com as demais pessoas, possuírem lazer, poder afirmar-se com sentimento de pertencimento a determinado lugar/espço de origem, possuir condições físicas e materiais de trabalho, consumir e/ou obter produtos saudáveis das florestas, dos rios, da roça, isto é, tudo aquilo que os proporcione bem estar, vida saudável, ausência de doenças, etc.

Tive a oportunidade de contato com duas senhoras que possuem o saber popular em atividades terapêuticas sobre saúde/doença e sobre noções de parto e acompanhamento com gestante em seu período gestacional, Dona Joana e Dona Marta.

Dialoguei com Dona Marta, dona de casa, que mora na fronteira entre a comunidade de Curupeté e Canaã, revelando-se descendente de índios, uma senhora simples, com um conhecimento grandioso em relação às plantas as ervas, raízes e cascas de árvores, entre outros elementos derivados da natureza para proporcionar bem estar a qualquer pessoa que a procurasse com determinada afecção para ser tratada. Cada planta em seu quintal tem subsídios necessários para o tratamento ou prevenção de várias doenças. Segundo Dona Marta, ela se torna bastante procurada na região por fazer misturas, chamadas também de garrafadas, produzidas de plantas medicinais para curar doenças de pele, doenças respiratórias, doenças estomacais muito comuns na atualidade nesta região:

Então, sobre as ervas medicinais, eu tenho muitas plantas, pra várias doenças. Vem muita gente aqui comigo. Muita gente vem aqui porque tem problema respiratório, problemas de inflamação, problemas de coração, alergia na pele, aí vêm comigo. Deu uma alergia um ou dois anos atrás muito grande aqui, em todo o povo. A gente até pensava que fossem nossos colchões que estavam velhos, mas não era. Aqui em casa eu tenho muito cuidado com as coisas, de manhã eu abro logo a casa pra entrar aquele ar. Mas você sabe que aquela doença está no ar, a poluição vem no ar (DONA MARTA, 2018).

Todo esse meu conhecimento veio da minha mãe. Você sabe que dessa área aí dos índios, os índios sabem de muitos remédios e eu ficava

observando a minha mãe, minha mãe era índia, era parteira. Minha mãe fazia aquelas garrafadas pra evitar filho, pra fortalecer o útero e eu aprendi com ela. Eu digo assim: que a erva medicinal é muito melhor que os remédios farmacêuticos. Olha, tudo isso aqui (mostrando as diversas plantas existentes em seu quintal) é remédio pra diabetes. Esta árvore aqui, minha filha, é Caju do campo, é um santo remédio para eliminar a diabetes (DONA MARTA, 2018).

Imagem 4: Plantas medicinais na horta da dona Marta, Comunidade Canaã/Curupeté



Fonte: Pesquisa de Campo, 2018.

Imagem: Silvany Favacho, 2018.

As plantas medicinais, para os sujeitos terapêuticos locais são elementos que servem para fins curativos, preventivos, espirituais, entre outros que fortalecem a identidade tradicional e estabelece promoção de saúde.

Dona Joana, moradora de Vila do Conde há 69 anos, dona de casa, realiza até hoje partos de mulheres que a procuram, segura em sua técnica com parturientes. Ela relata que já fez muitos partos na região, contou até o quinquagésimo parto e logo depois “se perdeu” na contagem. Ela, além de realizar partos produz diversas misturas, remédios caseiros, garrafadas para tratamento e prevenção de doenças que afetam frequentemente a região. Novamente a concepção de “bem-estar” é posta como definição de saúde:

Saúde pra mim, minha filha, tem haver com bem-estar, de estar bem, de pode fazer de tudo sem depender de ninguém (DONA JOANA, 2018).

Eu aprendi a fazer parto e os remédios com a minha mãe. Era ela quem fazia parto e também fazia muito remédios bons, tudo a base de plantas naturais. Aí ela faleceu, mas eu aprendi. Só de parto que ela fazia era muito, de toda essa gente aí, de todo esse pessoal antigo que mora aqui. Eu fiz muitos partos também, eu contei até o cinquenta (50) partos, depois não contei mais. Nenhum morreu na minha mão (DONA JOANA, 2018).

Tive uma conhecida minha que tava grávida e ela não queria de jeito nenhum ir para o hospital, queria que eu fizesse o parto dela, tinha medo que os médicos operassem ela (referência ao parto cesário). Eu fui pra casa dela, fiquei lá ajudando, fazendo massagem, tranquilizando quando estava com dor, até que chegou a hora. Foi tudo tranquilo! O bebê nasceu bem, saudável, mamou bastante depois. A mãe, no mesmo dia, conseguia se levantar, cuidar do menino, fazer as coisas [...] (DONA JOANA, 2018).

[...] também vem uns e outros aqui comigo, direto do hospital, com infecção se queixando que o remédio de lá (do hospital) não dá jeito e quando dá jeito provoca outras coisas, como dor no estômago ou problema no fígado por ser muito forte e a pessoa não tá acostumada com remédio forte, quando vê já tá sofrendo com o fígado, dor de cabeça... aí minha filha, não tem condições. Eles vêm aqui pedir para eu preparar um remédio pra isso. Aí eu vou lá, pego umas folhas do barbatimão, canarãna, eu faço um chá bem forte e cura tudo, eles ficam tudo bom (DONA JOANA, 2018).

A Dona Joana, como mostram os trechos citados da sua entrevista, é uma referência para os moradores e assim sustenta uma rede social de convivência e vivência, alimentando a noção e identidade de uma comunidade tradicional, a partir das suas práticas, valores, convivência e territorialidade.

A questão da tradicionalidade, do conhecimento que atravessa gerações de grupos de descendência quilombola ou indígena permite uma reflexão em uma relação intrínseca entre o lugar e a saúde, a historicidade e a saúde, as relações sociais e saúde, o meio ambiente e saúde, entre outros fatores que não podem ser desconsiderados perante o sentimento de pertencimento e condições para qualidade de vida de uma população que carrega como elemento de afirmação de identidade tradicional.

Tanto a análise do discurso dos moradores quanto dos sujeitos terapêuticos locais da região do distrito industrial de Barcarena, mostra que tais noções sobre saúde mediante a diversidade de alternativas provenientes de produtos extraídos da floresta para fins medicinais (cura ou prevenção) estão presentes nas comunidades analisadas, suas experiências e vivências fazem parte da realidade da população barcarenense e são consideradas práticas de arremate para as condições de vida e

amenização do sofrimento o qual se encontram a população local que está sendo constantemente afetada pelas tragédias ocorridas há 38 anos na região ocasionados pelas atividades dos grandes projetos instalados em Barcarena. Atividades estas que violam o ecossistema através da poluição do ar, da terra, dos rios e igarapés, dos desmatamentos, dos derramamentos de resíduos tóxicos (lama vermelha, caulim, substâncias químicas oriundas dos processos de industrialização, agrotóxico, soja, minério, etc.) os quais desestruturam a vida social das comunidades locais tradicionais provocando adoecimento.

Abastecido desta discursão engendrada no laço real, comprovado e contínuo de um processo milenar de subsistência, sobrevivência e integração do homem com a natureza e, até mesmo, com a interação do homem com o próprio homem o qual se estabelece o vínculo imaterial de saúde - com seu modo de vida tradicional, seus preceitos e suas práticas mediante ao meio ambiente intacto e não afetado pela degradação humana advinda pela lógica capitalista - e de doença oriunda, na maioria dos casos, da quebra do elo de sua cultura, tradição, hábitos e práticas por espoliação sob um processo que privilegia o capital.

4.2 A (In)Visibilidade e Resistência das Práticas Terapêuticas Locais

A partir deste ponto, foram traçados considerações a respeito de várias observações na pesquisa de campo como ponto importante para a reflexão acerca da marginalização e invisibilidade das comunidades tradicionais existentes em toda a região barcarenense além das práticas terapêuticas locais engendradas em sua cultura e tradição através do falso discurso de desenvolvimento socioeconômico para a abertura das instalações e atividades das empresas transnacionais para a região visando à usurpação dos recursos naturais existentes e do lucro derivado desta violação ao meio ambiente, recursos estes que eram preservados pelas comunidades locais.

Para alguns autores como Leite e Junior (2015), tanto a concepção de saúde, como as práticas populares no cuidado com a saúde e os agentes de saberes populares tradicionais são construções históricas que se firmam como resistência decolonial¹⁴, e que, presentemente, são inferiorizados dentro do discurso

¹⁴ O termo Decolonialidade, o qual é trabalhado pelos autores Leite e Junior como um olhar crítico para os processos colonizadores presentes na modernidade em geral, ou seja, oferece a principal característica política desse pensamento: a opção por enfrentar a temática colonial buscando um

desenvolvimentista, que carrega consigo a marginalização destas práticas com o advento da abertura de grandes mercados no Brasil e, principalmente na Amazônia na década de 1970 e com isso, fazer valer o padrão hegemônico eurocêntrico:

Assim, pode-se notar certo afastamento das práticas de parteiras e benzedeiras dos centros de saber-poder. Esse afastamento não acontece pelo simples movimento naturalizado pela visão historicista do desenvolvimento científico e medicinal. A hipótese trabalhada é a da marginalização dessas práticas, atividades comumente utilizadas no Brasil até o início da década de 1970, quando se começam a instituir uma medicina de teor mais clínico, se deu com a invisibilização de seus agentes e na construção discursiva da sua atividade como charlatanismo e, por conta disso, alvo de perseguição (LEITE & JUNIOR, 2015).

Para entendermos melhor tais questões que se confrontam na historicidade da construção do conhecimento e de território diante de uma legitimidade institucional, Leite e Junior (2015), levantam a ideia que estão em jogo um enfrentamento de saberes, geograficamente localizado:

Adentrar no universo das práticas referidas permite formular uma hipótese, ainda mais deslocada do padrão explicativo hegemônico: a de que, talvez, essa disputa pelo poder de cura vislumbre não um enfrentamento para além de uma metafísica, mas sim quanto aos saberes e, portanto, a uma determinada geopolítica de produção de conhecimento. O que se questiona aqui é a possibilidade do discurso pró-universalização dos saberes abranger uma narrativa desenvolvimentista que não apenas inibe e toma por inconveniente o uso dos atributos das cuidadoras acima citadas, como também, instaura um ambiente que apaga os vestígios locais de produção e manuseio desse saber. A construção da legitimidade institucional das chamadas novas técnicas e tecnologias em saúde é tamanha que, aos olhos do saber que se pode nomear de homogeneizante, o uso de terapêuticas tidas por tradicionais exhibe e configura, um certo atraso epistêmico-sanitário que precisa ser combatido e erradicado. Nesse caso, tomando a construção de uma linha do tempo dos saberes medicinais, parteiras e benzedeiras são colocadas no início dessa linha progressiva e, portanto, são tomadas como aspectos folclorizados da medicina 'primitivista tupiniquim'. Com essa afirmativa, esconde-se que nesse embate epistemológico dos saberes, existem lugares de partida distintos: um de matriz europeia, mais especificamente franco-alemã, e outra que, provavelmente, parte das experiências autóctones na chamada América Latina (LEITE & JUNIOR, 2015, p. 54, grifo dos autores).

Para o antropólogo Escobar (2005), perante suas críticas dentro de suas especialidades que incluem ecologia política e antropologia do desenvolvimento, movimentos sociais e novas tecnologias, um dos fatores históricos que contribuíram para a marginalização das tradições, do trabalho e também do lugar está sendo o

posicionamento crítico quanto à matriz do pensamento ocidental, que, sem dúvida, precede às conclusões racializadas e modernizadoras do racionalismo (LEITE & JUNIOR, 2015, p. 58).

processo de globalização, pois há um enfraquecimento no/do enraizamento da população local, em conexão com a vida diária, trazendo ao longo da história consequências profundas na compreensão da cultura, das práticas e ações tradicionais, do conhecimento popular, da natureza e da própria economia.

Esta globalização (das redes, dos fluxos, das relações sociais) persiste em uma marginalização no pensar das “realidades submetidas historicamente ao colonialismo ocidental mediante um profundo eurocentrismo” (ESCOBAR, 2005, p.133).

Outro fato percebido na análise das falas perante as experiências vividas está relacionado a questões de conflitos perante a reflexão destas práticas, que se dividem em preconceito e demonização, de um grupo de pessoas que apresentam concepções religiosas fechadas e limitadas diante de diversidade de expressões. Por outro lado, existem grupos de indivíduos que valorizam estas práticas como alternativa de vida, resistência e complementar ao sistema de saúde ou como, por vezes, única saída perante as dificuldades de acesso a consultas com profissionais de saúde do município, exames e a disponibilidade de remédio em postos de saúde da região.

As concepções e práticas tradicionais de saúde em comunidades no município de Barcarena se apresentam de forma livre, porém limitadas, como uma forma de resistência a uma lógica do Estado e de suas ações que não atendem, em sua plenitude, as demandas que estão postas e introduzidas por forças externas, na região. Um dos grandes exemplos disso são os inúmeros conflitos sociais, econômicos e políticos existentes entre barcarenenses /empresas/ Governo do Estado do Pará.

Trata-se de um modo de vida peculiar, preexistente a qualquer outra forma de organização que hoje está presente no território de Barcarena, onde há uma representatividade de identidade, de pertencer, de ser que se mantém, tanto como alternativa à dificuldade de acesso aos serviços de saúde oficiais quanto como resistência a modernidade capitalista simbolizado também pelo sistema de saúde que acompanha as indústrias e investimentos do capital.

Um dos valores que permeia a concepção de saúde é a integralidade em um ambiente saudável, integrada a vida cotidiana com a natureza, além de manter uma continuidade da vida tradicional, no meio de adversidades e transformações em curso em Barcarena, evitando ou resistindo a rupturas completas.

Conceber um sistema de saúde tradicional se refere a toda uma organização, que engloba desde o sujeito terapêutico tradicional, seu conhecimento milenar e cultural no manejo das plantas, das raízes, das ervas, dos animais, do sereno, do tempo, das estações, da posição das estrelas, das funções e estado biológico do organismo e das bezenções, até o momento em que o indivíduo, vulnerabilizado em sua saúde, realiza e experimenta o processo e procedimentos indicados e incorporados com fé e como parte integral da sua vivência como sujeito tradicional da comunidade.

Os agentes do sistema de saúde tradicional em Barcarena são tanto os sujeitos terapêuticos tradicionais quanto as pessoas das comunidades que confiam, recorrem e se curam dentro das práticas e lógica da saúde tradicional, que não podem existir um sem o outro engendrando uma relação subjetiva. Isto diferencia do sistema de saúde oficial, que pode existir com ou sem a confiança e participação das pessoas da comunidade, pois é imposto e operacionalizado numa relação automatizada, verticalizada e hierárquica, sem relação com o ambiente, a natureza e dinâmica de vida local.

Portanto, pode-se considerar a complexidade do sistema de saúde tradicional, com suas práticas e lógicas materiais e imateriais, como um dos elementos fundantes da identidade de uma comunidade tradicional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações exibidas aqui estão longe de serem conclusivas. A ciência está em constante evolução, por isso qualquer discussão expõe apenas o conhecimento construído até este momento. Este trabalho é um recorte de um processo que não acaba.

Além das observações e reflexões apresentadas no texto desta dissertação, há três questões, atendendo aos objetivos desta pesquisa, que abordarei nestas considerações finais. Tratam-se das relações entre a acumulação capitalista e a violação de saúde, as contradições na concepção e política de saúde e as resistências configuradas pela saúde tradicional.

Conforme discutimos com Harvey, empresas capitalistas se caracterizam por sua busca incessante por lucro. Para garantir lucro a empresa precisa explorar trabalhadores e para superar seus concorrentes diminuem todos os custos de produção possíveis. Estas duas lógicas levam inevitavelmente ao adoecimento dos trabalhadores no seu ambiente do trabalho e de moradia.

Dentro das unidades de cadeias produtivas, como as minas, fábricas, e portos, a saúde do(a) trabalhador(a) está sob permanente ameaça, sofre com acidentes, exposição a tóxicos, movimentos repetitivos, pressão e assédio, para mencionar somente alguns dos problemas. Em termos de saúde em Barcarena o capital lucra: 1) prejudicando a saúde dos trabalhadores inseridos nos processos de produção, 2) o adoecimento da população que vive aos entornos dos empreendimentos devido à poluição, ou seja, o não tratamento dos efluentes, e aos desastres, ou seja, o não investimento em medidas de segurança, 3) a transferência da mitigação dos impactos causados na saúde da população para o Estado sem condições de atender estas novas demandas.

No trabalho de campo, através das entrevistas e estudo dos documentos observaram-se efeitos inerentes ao avanço das empresas, portos, fábricas e estradas em Barcarena como a destruição das relações familiares; destruição do meio ambiente e da biodiversidade; poluição dos recursos naturais, deslocamentos forçados, aumento do desemprego, serviços públicos que não conseguem atender as demandas presentes, empobrecimento e todo tipo de violência.

Considerando que a saúde do ser humano depende não só de fatores biológicos, mas depende também do seu modo de vida, da qualidade das suas

relações com o meio em que vivem, do trabalho, etc. quando o indivíduo não está em uma relação saudável, não tem acesso às condições de moradia adequada, água limpa, educação com qualidade, alimentos saudáveis sua vida pode se transformar em uma fonte de adoecimento com efeitos danosos para a saúde física e mental. Neste sentido, todos os impactos mencionados podem ser analisados dentro deste debate sobre a garantia da saúde, superando abordagens fragmentadas, como por exemplo, a questão fundiária, de meio ambiente, moradia etc., o que se aproxima ao debate sobre o conceito ampliado de saúde.

Nesta pesquisa o conceito de saúde pensado tem se transformado ao longo do processo investigativo e reflexivo. O conceito ampliado que se apresentou nas teorias e na história de construção da concepção de direito a saúde mostrou ter suas limitações e contradições na prática da política de saúde, ou na saúde oficial.

Esta mudança se originou na observação e leituras sobre a realidade das comunidades tradicionais (em Barcarena), onde se percebeu que mesmo o conceito ampliado de saúde deixava fora as práticas e conhecimentos tradicionais e não enfatizava as novas realidades criadas com o avanço do capitalismo sobre as comunidades.

Sendo assim, a concepção de saúde, tanto no âmbito do sistema de saúde oficial instituído pelo Estado Moderno, quanto pela concepção de saúde tradicionalizada pré-existente a uma lógica política e econômica possuem contributos em torno de um objetivo maior: atender a uma população que em uma determinada realidade, encontra-se vulnerável ou exposta a expressões da “questão social” presentes. Porém, são compostas por contradições, conflitos e delimitações eminentes ao avanço do capital e em que o próprio Estado democrático de direito está inserido e cofinancia este sistema desigual para manter a conduta de interesses próprios e a garantia da reprodução do capital.

As políticas de saúde oficial se relacionam tanto com uma concepção ampliada de saúde, pautada nas lutas pela universalização dos direitos a saúde, bem estar e bem viver, quanto atendem à lógica da ciência moderna, das exigências da modernidade e do mercado capitalista.

Não se pode negar que a partir da Constituição Brasileira de 1988 a saúde torna-se um direito fundamental do cidadão, cabendo ao Estado Nacional prover meios e condições indispensáveis para o pleno exercício deste, sendo assegurando através de políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos e outros

agravos e no estabelecimento de condições que permitam o acesso universal e igualitário as ações e serviços de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população. A Criação do Sistema Único de Saúde-SUS, foi uma grande conquista social. Tendo como finalidade prestar atendimento igualitário, na assistência à saúde e por obrigatoriedade prestar serviço público, o Sistema Único de Saúde - SUS surgiu a partir do descontentamento e insatisfação quanto aos direitos à saúde dos cidadãos, ou seja, tal descontentamento levou a população (profissionais da área de saúde, donas de casas e trabalhadores em geral) a unir-se em busca de serviços e forma de organização de um sistema de saúde pública que sanasse os inúmeros problemas o qual a população passava¹⁵.

Porém o SUS, enquanto sistema de atenção em saúde, não está sendo suficiente para a efetivação do direito da população à saúde devido as evidências de seus limites da atuação.

A concepção do Sistema Único de Saúde tem na ideia do Único a universalização do direito a saúde pública e a articulação de todos os serviços de saúde, porém, para tal, precisa considerar também a inequidade que existe e a ser superada com atenção específica. A contribuição que um sistema de serviços de saúde pode dar à superação das desigualdades sociais em saúde implica, portanto, na redistribuição da oferta de ações e serviços, e na redefinição do perfil dessa oferta, de modo a priorizar a atenção em grupos sociais cujas condições de vida e saúde sejam mais precárias, bem como enfatizar ações específicas para determinados grupos e pessoas que apresentem riscos diferenciados de adoecer e morrer por determinados problemas.

O SUS também parece ser “único” no sentido de não incluir a possibilidade de outras práticas e saberes em relação à saúde, como a saúde tradicional abordada nesta dissertação. A negação destas práticas tradicionais e o investimento exclusivamente na saúde oficial contribuem de certa forma, com o avanço do capital e do estado sobre as comunidades tradicionais, negando, destruindo e rompendo as suas identidades e características como comunidades tradicionais.

O pressuposto da concepção ampliada de saúde é de reconhecer e inserir a diversidade e especificidades das comunidades e pessoas como parte

¹⁵ Essa organização foi denominada Movimento Sanitário e defendia a ideia de que todos têm direito à saúde e é dever tanto do governo quanto da sociedade desenvolver políticas capazes de alcançar este objetivo.

integralizadora do próprio sistema e não ter como política de saúde uma força homogeneizadora, ou seja, de transformar todas e todos em usuários e trabalhadores em um código, presente no cartão SUS, desconsiderando identidades culturais, étnicas, de gênero, raça e condição tradicional, num processo de colonização capitalista e modernizadora com bases eurocêntricas.

Acaba transformando toda esta questão numa saúde mercantilizada, funcional e seletiva. Não atende a todos, não considera as pessoas na sua totalidade, e não respeita suas particularidades. Com isto, apresenta uma abordagem fragmentada nos atendimentos, nos serviços direcionados e também acaba atendendo as demandas oriundas do processo de reestabelecimento da saúde.

O que torna o sistema de saúde desigual, frágil e muitas vezes inoperante, pois se torna limitado pelas condições dadas dentro do sistema capitalista neoliberal, de precarização dos serviços públicos e da manutenção das desigualdades sociais inerentes e essenciais para o próprio sistema.

Como toda política social na sociedade capitalista, ela atende minimamente às demandas com objetivo de minimizar os problemas, sem pretensão ou possibilidade de garantir saúde integral.

Numa abordagem que inclui a possibilidade de um Sistema Tradicional de Saúde articulado com o Sistema Único de Saúde, o conceito de sujeito terapêutico tradicional de Arêda Oshai (2017), além de identificar as especificidades das pessoas que desenvolvem alguma prática terapêutica com objetivo preventivo ou curativo, faz oposição ou diferenciação com o conceito de agente de saúde, sendo agente alguém de fora que representa a intervenção do Estado na saúde, mesmo inserindo pessoas da comunidade nos cuidados da saúde, enquanto sujeito tradicional de saúde reforça a lógica de pertencimento e da totalidade da concepção de saúde tradicional, local e integral, ambos com um papel na garantia de direito a saúde.

Todo movimento de dominação gera movimentos de resistência, e a luta pela garantia de direito à saúde se enquadra nesta lógica, como também a luta pela identidade tradicional e pelo território também engloba o elemento saúde como estratégia e fundamento movimentos de resistência.

Considerando que a saúde em seu conceito ampliado reconhece a moradia, a convivência familiar e comunitária, modos de vida, acesso serviços básicos etc.

como elementos fundamentais, a violação destas condições pelo capital e o Estado e o não atendimento em sua efetividade pelas políticas públicas, gera resistências em todos estes âmbitos.

A resistência contra os deslocamentos forçados, a luta pela moradia, pela água potável e pela pesca, contra a poluição, por serviços públicos de educação e saúde de qualidade, por terra para morar e plantar, por um meio ambiente sem poluição, por segurança e por trabalho pode ser entendida como movimento pela garantia de saúde.

Por décadas a existência e permanência das comunidades em Barcarena nos territórios destinados nos planos de desenvolvimento para a acumulação capitalista – instalação de empresas e logística – foram negadas e consideradas obstáculo para o “progresso”, suprimindo e silenciando suas identidades tradicionais. Recentemente, as próprias comunidades redescobriram suas raízes tradicionais, ou melhor, reassumiram publicamente a sua existência como povos e comunidades tradicionais como forma de resistência.

Neste contexto todas as lutas travadas incluíram a afirmação da sua (re) existência como comunidades tradicionais com direitos centenários e reconhecidos internacionalmente. Esta tradicionalidade se caracteriza e está presente em todos os elementos da vida, desde as relações familiares, com a natureza, modos de produção e concepção e práticas de saúde.

Neste movimento dialético de negação de identidade (inexistência) e afirmação de tradicionalidade (direito a existência) às práticas tradicionais de saúde se torna uma centralidade na resistência e na dominação.

A identidade tradicional passa pelas práticas de saúde, como evidenciada nas comunidades em Barcarena, onde sujeitos terapêuticos tradicionais, como parteiras, curandeiros, pajés e benzedeiros, numa sabedoria especial cultivam plantas medicinais, atendem a população que as solicitam para realização de partos, curar doenças, preparar remédios naturais que atendem a seus modos de vida e respeitam a seu vínculo com a natureza e ritmo de cura e vida, numa relação que não se explica, mas apenas se vive e aplica para o bem coletivo.

Estas pessoas de referência em saúde tradicional se disponibilizam e oportunizam o tratamento curando ou recuperando as pessoas de qualquer afecção ou enfermidade, sem cobrar nada em troca. Seu conhecimento vem como “dom” que tem como missão a troca de bem estar a quem precisa.

As comunidades se organizam em torno destas práticas, nas quais territórios são ocupados e cujas fronteiras são fluidas, definidas a partir da abrangência de sua influência e referência para a população. Diferente das limitações territoriais geográficas impostas pela administração estatal ou pelos interesses do capital, os territórios das comunidades tradicionais são definidos a partir de suas práticas de produção (pesca, roça, coleta de frutas, caça), de convivência (famílias, festas, rituais) e, também, de práticas de saúde tradicional.

Mesmo a saúde oficial se apresentando em Barcarena como nova referência de tratamento de saúde, as pessoas ao mesmo tempo, mantêm as práticas de saúde tradicional como forma de cuidado com si e com o outro, afirmação de identidade e resistência mediante o contexto da presença das empresas e suas atividades que prejudicam tanto o meio ambiente quanto a própria comunidade.

A descaracterização das identidades tradicionais ou o etnocídio, conta com diversas forças, desde discursos conservadores religiosos, até a lógica capitalista de produção, somando com políticas de incentivo à instalação e operação do grande capital no território, políticas de saúde oficial sem espaço para outras práticas de saúde, e a retirada do Estado da responsabilidade na garantia e efetivação dos direitos sociais.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, Henri. **Conflitos ambientais no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2004.

ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno de. Terras Tradicionalmente Ocupadas: processos de territorialização, movimentos sociais e uso comum. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v. 6, n.1, ANPURR, Rio de Janeiro, maio de 2004, p. 9-32.

_____. **Territórios e territorialidades específicas na Amazônia: entre a "proteção" e o "protecionismo"**. *Cad. CRH* [online]. 2012, vol.25, n.64, p.63-72.

ANDREWS F.M., WITHEY S.B.. **Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality**. New York: Plenum Press, 1976.

ARAÚJO, Alceu Maynard. **Medicina Rústica**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

ARAUJO, A.A.. BRITO. A.M; NOVAES, M. Saúde e Autonomia: novos conceitos são necessários?. **Bioética**. Brasília,16 (1): p. 117-124, 2008.

ARÊDA-OSHAÍ, Cristina Maria. "Não é só médico que cura, não é só a Medicina que cura": perspectivas sobre saúde entre Coletivos Quilombolas no Marajó. 2017. **Tese** (Doutorado em Antropologia). Pará: UFPA, 2017.

BARROS, M. J. B. **Mineração, finanças públicas e desenvolvimento local no município de Barcarena-Pará**. 2009. Dissertação (Mestrado em Geografia). Pará: UFPA, 2009.

BATISTELLA Carlos. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA Angélica Ferreira; CORBO Ana Maria D'Andrea (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 51-86.

BECKER, Bertha. K. A Amazônia no espaço brasileiro. In: **Amazônia**. Séries Princípios, 6 ed. São Paulo: Ática, Princípios, 1997.

BELO HORIZONTE. **Povos e Comunidades Tradicionais**. 2015. Disponível em: <http://politicaspUBLICAS.almg.gov.br/temas/povos_comunidades_tradicionais/entenda/informacoes_gerais.html?tagNivel1=236&tagAtual=10312>, acesso em 05 junho 2017.

BOSCHETTI, Ivanete (Org.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. 1986, Brasília, **Anais Eletrônicos...** Brasília, 1986.

BRASIL. **Constituição Federal da República**. Brasília: Governo Federal, 1988.

BRASIL. Decreto n. 6040, de 07 de fev. de 2007. **Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais**, Brasília, DF, fev 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Repasses financeiros**: Pará- município: Barcarena. Brasília: Ministério da Saúde, 2018 disponível em <http://aplicacao.saude.gov.br/portalthtransparencia/index.jsf>, acesso em 02 Fev. 2018.

CARMO, E. D. (e.o) (org.). **Barcarena Livre Informa**: Informativo. Belém, 2016, 22p.

CARNOY, Martin. **Estado e Teoria política**. (equipe de trad. PUCCAMP) 2 ed. Campinas: Papyrus, 1988.

CARVALHO, C. O *et al.* Relações Comunitárias Na Amazônia: as atividades coletivas como instrumentos de organização sóciopolítica das populações ribeirinhas para acesso a bens e serviços sociais. IN: 2º ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL/9º ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL. 2014. Vitória/ES. **Anais Eletrônicos...** Vitória/ES, 2014.

CASTRO, E. Racionalidade e novos padrões na gestão do trabalho em grandes empresas na Amazônia. **Paper do NAEA**, v. 54, p. 1-8, 1995.

CASTRO, O.; DUARTE, E. **Oficina Amazônia e Pará**: contradições e conflitos. 1 ed., Belém, 2010.

CHAVES, M. do. P. S. R. et al. **Pueblos Ribereños De La Amazonía**: haberes y habilidades. *Interações*, Campo Grande, v. 9, n. 2, p. 129-139, jul./dez. 2008.

CHAVES, M. do. P. S. R; LIRA, T. M. Comunidades ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. **Interações, Campo Grande, MS**. v. 17, n. 1, p. 66-76, jan./mar. 2016.

CRUZ, V. C **Lutas Sociais, Reconfigurações Identitárias E Estratégias De Reapropriação Social Do Território Na Amazônia**. Tese (Doutorado). Niterói/RJ: 2011.

DOL – DIÁRIO ON LINE. **Hydro não pagará R\$7,5 bilhões em impostos**. Disponível em: < [http://www.diarioonline.com.br/noticias/para/noticia-390843-hydro-nao-pagara-r\\$75-bilhoes-em-impostos.html](http://www.diarioonline.com.br/noticias/para/noticia-390843-hydro-nao-pagara-r$75-bilhoes-em-impostos.html)>. Acesso em: 15 jun. 2018.

ESCOBAR, Anturo. O lugar da natureza e a natureza do lugar: globalização ou pós-desenvolvimento. **Em Livro: A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas**. Edgardo Lander (org). Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Setembro, 2005. p. 133-168.

FERREIRA, D.L.M. **Conflito pelo uso da água na Amazônia Brasileira**: uma análise envolvendo a atividade minero-metalúrgica e as comunidades Ilha São João e Curuperé no município de Barcarena-PA. 2015. Dissertação (Mestrado em Geografia). Belém-Pa: UFPA/IFCH, 2015.

FIALHO NASCIMENTO, N. S. **Amazônia e desenvolvimento capitalista: elementos para uma compreensão da “questão Social” na região.** 2006. Tese (Doutorado em Serviço Social). Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

FREITAS, *et. al.* Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC.** 2011 Set-Out; 13(5) p. 937-943.

Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas (FAPESPA). Estatísticas Municipais Paraenses: Barcarena. **Diretoria de Estatística e de Tecnologia e Gestão da Informação.** – Belém, 2016.

G1PARÁ. **Dez pontos para entender o vazamento de barragem de mineradora que contamina Barcarena no Pa.** Disponível em: <<https://g1.globo.com/pa/para/noticia/10-pontos-para-entender-o-vazamento-de-barragem-de-mineradora-que-contamina-barcarena-no-pa.ghtml>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

HAZEU, M. T. **O não-lugar do outro: sistemas migratórios e transformações sociais em Barcarena.** 2015. Tese. (Doutorado em Planejamento do Desenvolvimento). Belém-Pa: UFPANA/NAEA, 2015.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo. Cortez. 2011.

IBAMA. **Relatório de acidentes ambientais 2009.** Brasília: IBAMA, 2010. Disponível em <http://ibama.gov.br/phocadownload/relatorios/acidentes_ambientais/ibama-2009-relatorio_acidentes_ambientais.pdf>, acesso em 10 Jun. 2018

IBGE. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso 07 Mar. 2018

IBGE. **População estimada.** Estimativas da população residente com data de referência 1 de julho de 2017. Rio de Janeiro IBGE. 2018

IBGE. **Cidades.** Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=150130&search=para|barcarena>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

LAGROU, Elsie Maria. Prefácio. In: **BARCELOS NETO.** Aristóteles. A arte dos sonhos. Lisboa- Portugal: Assirio & Alvaim, 2002.

LAMARCA, G. A; VETTORE, M. V. O conceito de bem-estar e as políticas sociais em avaliação. 2015. Disponível em <<http://dssbr.org/site/2015/10/o-conceito-bem-estar-e-as-politicas-sociais-em-avaliacao/>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

LAURELL, A. C. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: BARRADAS, R. et al.(Orgs.) **Eqüidade e Saúde: contribuições da epidemiologia.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 1997.

LEAL, A. L.; SÁ, M. E. R.; NASCIMENTO, N. S. F.; CARDOSO, W. S. Produção mineral no estado do Pará e reflexos na (re) produção da miséria: Barcarena, Marabá e Parauapebas. **Revista de Políticas Públicas,** v. 16, n. 1, 2012.

LEITE, José Carlos; JUNIOR, Luiz Gustavo de Souza Lima. Cuidado em saúde: sujeito, saberes e a opção decolonial. **RIF Artigos/Ensaio**s. Ponta Grossa, v. 13, n.29, 2015, p. 50-62.

LIMA, C.M.G. de; DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.de; KAKEHASHI, S. Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. **Rev. latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 21-30, janeiro 1996.

LIMA. M. O. Programa de meio ambiente e saúde no entorno das áreas portuárias e industriais de Barcarena e Abaetetuba, Estado do Pará. SEMINÁRIO POLUIÇÃO, ACIDENTES E MULTIPLICIDADE DE CONFLITOS NO EIXO BARCARENA E ABAETETUBA. 2017. **Anais Eletrônicos...** Barcarena/Belém-Pa, 2017.

LIMA M. O. *et.al.* Avaliação preliminar dos impactos ambientais referente ao transbordo e lançamentos irregulares de efluentes de lama vermelha na cidade de Barcarena, estado do Pará. **Relatório Técnico**. Belém: INSTITUTO EVANDRO CHAGAS, 2018.

LINHARES, J. F. P. Populações Tradicionais da Amazônia e Território de Biodiversidade. **Revista Pós Ciências Sociais**. v. 1, n. 11, São Luís, 2009.

LUKÁCS, György. **Ontologia do ser social**: os princípios ontológicos fundamentais de Marx. São Paulo. Editora Ciências Humanas. 1989.

MAIA, M. L. S.; MOURA, E. A. F.. Da Farinha ao Alumínio: os caminhos da modernização na Amazônia. In: CASTRO, Edna; MAIA, Maria Lúcia Sá; MOURA, Edila A. Ferreira. (Orgs). **Industrialização e Grandes Projetos. Desorganização e Reorganização do Espaço**. Belém. Editora Universitária. UFPA, 1995, p. 223-260

MARQUES, G. S. Estado e desenvolvimento na Amazônia: a inclusão amazônica na reprodução capitalista brasileira. 2007. **Tese** (Doutorado). Rio de Janeiro: UFRRJ/CPDA, 2007.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. São Paulo: Bertrand Brasil, 1990.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Inquérito Civil Público** nº 1.23.000.000661/2015-70. Belém: Ministério Público Federal/Ministério Público Estadual, 2016.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Laudo Técnico** Nº 001/2016 – Seap. Belém: Ministério Público Federal, Centro Regional de Perícia 4, 2016.

MOURA, E. Laranjal sem laranjas: condições de vida após a implantação dos grandes projetos na Amazônia. 1990. **Anais Eletrônicos...** UNICAMP: ABEP; NEPO, 1990.

NASCIMENTO, P. A. M. Gestão Ambiental em Área de Risco no Município de Barcarena-Pará. In: II ENCONTRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE SOCIOLOGIA. 2010. **Anais Eletrônicos...** Amazônia – Mudanças sociais e perspectivas para o século XXI. Belém: UFPA, 2010.

NAHUM, J. S. Usos do território e poder do atraso em Barcarena (Pará). **Cuadernos de Geografía-Revista Colombiana de Geografía**, v. 20, n. 1, 2011.

NETTO, José Paulo. A ontologia de Marx: questões metodológicas preliminares. In: **Lukács**. São Paulo. Ática. 1992.

_____. Crise do socialismo e ofensiva neoliberal. São Paulo: Cortez, 1993.

Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde - OPAS. **Desastres naturais e saúde no Brasil**. Brasília, Opas, Ministério da Saúde, 2014. Série Desenvolvimento Sustentável e Saúde, v.2.

PIANA, MC. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

PICOLI, F. A expansão do capital. In: PICOLI, F. **O capital e a devastação da Amazônia**. São Paulo: Expressão Popular, 2006.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social**. São Paulo. Cortez. 2008.

PONTE, V. S.; AQUINO M. J. S.. Ação local, território e serviço público de saúde: os Tenetehar–Tembé entre a diferenciação e a universalização. **Revista Pós Ciências Sociais** . v.11, n.21, jan/jun. 2014, p. 185-200.

SANTANA, J. V. Desenho ideológico do BID: modelo de gestão no Promaben em Belém, Pará. **Revista Katályses**, Florianópolis, n. 1, 2012.

SCLIAR. M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro,17(1): 29-41,2007.

SEICOM. **Plano de mineração do estado do Pará - 2013-2030**. Belém, 2012, apresentação em slides. Disponível em < sedeme.com.br/portal/download/oficinas/plano-mineracao-agosto-2012.pdf>, acesso em 10 Jun. 2018.

SETRAN – Secretaria de Estado de Transportes do Estado do Pará. **Análise espacial da mineração no Pará**. FIPE, São Paulo, 2009.

SEVALHO, Gil. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 3, Set. 1993.

SOUZA, W.C.A. **Vinte e cinco anos depois: efeitos sociais do Projeto ALBRÁS/ALNORTE em São Lourenço (Barcarena-Pará)**. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Belém-Pa: Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Belém, 2006.

TAVARES, M. G. C. A Amazônia brasileira: formação histórico-territorial e perspectivas para o século XXI. **GEOUSP: espaço e tempo**, n. 29 África, 2011.

TRINDADE JÚNIOR., S. C.; CHAGAS, C. A. N. A company Town do alumínio: Concepção e práticas espaciais. In: TRINDADE JR., S. C.; ROCHA, G. M. **Cidade e**

empresa na Amazônia: gestão do território e desenvolvimento local. Belém: Pakatatu, 2002.

VIEIRA, E. **Democracia e política social.** São Paulo: Cortez, 1992.

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL



Quadro 1: Desastres Ambientais em Barcarena

	Ano	Identificação	Acidente/ Desastre	Informações
A	2000	Miss Rondônia	Vazamento de óleo	Cerca de meia tonelada de óleo vazou no domingo (5) da balsa Miss Rondônia, afundada no rio Pará, em Barcarena, há 32 dias, de acordo com informações da Texaco e do Ibama (Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis). A quantidade foi divulgada somente nesta segunda (6), quando deve ocorrer uma reunião para decidir o que fazer com a balsa, que tinha 300 toneladas de óleo BPF (usado em caldeiras). A meia tonelada que vazou foi absorvida por sacos de areia colocados no fundo do rio logo após o naufrágio da balsa para evitar acidentes ambientais. Ainda não há avaliação dos danos causados pelo vazamento.
B	2002	Alunorte	Vazamento de coque no rio Pará	Moradores identificaram a presença de uma mancha escura de quase dois quilômetros pairando sobre as águas do Rio Pará. A mancha foi provocada pelo derramamento de cerca de 100 kg de coque (pó preto derivado do petróleo, também conhecido como carvão mineral), devido a uma falha no intertravamento da esteira usada para transportar produtos químicos dos navios.
C	2003	Alunorte	Vazamento de lama vermelha para o rio Murucupi	Transbordamento de lama vermelha nas nascentes do rio Murucupi, ocasionando a mudança total da coloração de suas águas passando da característica barrenta para vermelho e também ocasionando mortandade de peixes.
D	2003	Alunorte	Morte de peixes na praia de Itupanema, carreamento de efluentes	
E	2004	Alunorte	Nuvem de fuligem	Moradores da Vila do Conde relataram sobre um pó preto cobriu a areia das praias, residências, estabelecimentos comerciais e igrejas do vilarejo. A nuvem se deu em decorrência da emissão do produto pelas chaminés de indústrias mineradoras, como resultado de queima de químicos que foram lançados na atmosfera.
F	2006	-----	Floração de algas no igarapé Mucuruça e	

			na praia de Caripi	
G	2006	Imerys	Contaminação de poços	Moradores do bairro industrial denunciam contaminação do lençol freático e, conseqüentemente, dos poços artesanais do bairro, há pelo menos 4 meses. A contaminação ocorre por rejeitos de caulim depositados em uma das bacias de rejeitos construída pela empresa Rio Capim Caulim. Foram retiradas amostras de água que comprovaram a contaminação.
H	2006	Imerys	Nuvem de fuligem	Lançamento excessivo de fuligem das chaminés da Imerys, atingindo o bairro industrial
I	2007	Imerys	Vazamento de efluentes ácidos para igarapés	Em junho de 2007, um vazamento numa bacia de rejeitos da Imerys Rio Capim Caulim causou derramamento de mais de 200 mil m ³ de caulim, que percorreram 19 Km nos igarapés Curuperé e Dendê, atingindo o rio Pará e tornando a água imprópria para consumo humano. No dia 11 de junho de 2007, ocorreu um vazamento na bacia de rejeitos nº. 3 (BC 3) da Imerys Rio Capim Caulim, que causou derramamento de grande quantidade de rejeitos de caulim nos igarapés Curuperé e Dendê, atingindo também o rio Pará. Foram mais de 200 mil m ³ de caulim, que percorreram 19 Km, comprometendo poços artesanais dos moradores e tornando a água imprópria para o consumo humano e para o banho. Cerca de 73 pessoas foram obrigadas a deixar suas casas. O abastecimento de água passou a ser feito por caminhões pipa, devido à falta de sistema de saneamento básico no bairro
J	2008	Imerys	Vazamento de Caulim	Na madrugada do dia 2 de março houve vazamento de caulim nas águas do rio das Cobras e dos igarapés Curuperé, Dendê e São João. Pela manhã os igarapés apresentavam uma coloração branca e exalavam forte odor, fazendo com que as águas fiquem inutilizáveis tanto para consumo próprio, como para agricultura, além de impedir a pesca na região. A Defensoria Pública do Estado do Pará ajuizou uma ação civil pública contra a Imerys Rio Capim Caulim, pedindo a interdição imediata das bacias operadas pela mineradora.
K	2008	J.F Oliveira LTDA	Vazamento de óleo combustivel no rio Pará, após o naufrágio de rebocador Jeany Filho XXVII	Em setembro de 2008 ocorreu o naufrágio do rebocador Miss Rondônia no Rio Pará, próximo a praia do Caripi. O rebocador estava carregado com cerca de 1900 toneladas de óleo combustivel e deixou uma mancha com cerca de 18 km de extensão na Baía. (confirmar informação - ano de 2000, 2003 ou 2008?)
L	2009	Alunorte	Vazamento de lama vermelha para o rio Murucupi	No dia 27 de maio de 2008 ocorreu o vazamento de lama vermelha no rio Murucupi, contaminando o rio e ocasionando a morte de peixes e danos aos moradores das comunidades ribeirinhas. Um morador sofreu queimaduras ao entrar no rio no dia do acidente. Além disso, a Alunorte não forneceu água potável em quantidade suficiente para o consumo dos moradores.
M	2010	Imerys	Nuvem de fuligem	Nuvem de fuligem expelida pelas fábricas instaladas no parque industrial.
N	2011	Imerys	Rompimento de duto com efluentes ácidos,	

			atingindo os igarapés Curuperé e Dendê	
O	2012	Imerys	Vazamento de caulim	No dia 2 de julho ocorreu uma fissura na tubulação que transporta polpa de caulim entre o porto e a planta da empresa, ocasionando o vazamento de caulim que atingiu o igarapé Maricá. O vazamento durou cerca de 24 horas segundo informação de moradores.
P	2013	Imerys	Vazamento de caulim	<p>“Um vazamento de caulim atingiu o igarapé Curuperé, em Barcarena, nordeste do Pará, na manhã desta segunda-feira (5). O material teria vazado durante uma manutenção feita pela empresa Rio Capim Caulim, do grupo Imerys, em uma das tubulações. Segundo moradores de Vila do Conde, a tubulação teria estourado.</p> <p>A Imerys confirmou o vazamento, e afirmou que o material que atingiu o igarapé é composto por 95% de água e 5% de caulim. O incidente teria acontecido devido à uma falha em uma obra de substituição da tubulação”.</p>
Q	2014	Imerys	Vazamento de caulim das bacias	Entre os dias 6 e 9 de maio ocorreram vazamentos de caulim, contaminando os igarapés Curuperé e Dendê, onde vivem diversas famílias ribeirinhas. O MPF, em parceria com o MPE, expediu uma liminar impedindo a empresa Imerys de armazenar caulim na bacia de contenção nº 5, onde houve o vazamento.
R	2015	Minerva	Naufrágio de navio com 5 mil bois	No dia 6 de outubro o navio Haidar, carregado com cerca de 5 mil bois e 700 toneladas de óleo, começou a afundar no porto da Vila do Conde. Estima-se que de 4.800 bois tenham morrido afogados. Além do óleo que vazou da embarcação, as carcaças dos animais mortos ficaram presos dentro da embarcação, no fundo do rio, por pelo menos 6 meses. Três praias da Vila do Conde e a praia de Beja, em Abaetetuba, foram interditadas para qualquer tipo de atividade. Os danos socioambientais, estimados em R\$ 71 milhões ainda não foram pagos aos moradores.
S	2015	BUNGE	Despejo de soja podre	<p>“No município de Barcarena, região do Baixo Tocantins, no Pará, ribeirinhos denunciam as mortes de dois pescadores e de uma dona de casa atribuídas à contaminação causada pelo transporte, armazenamento e despejo de soja no rio, na região do Porto de Vila do Conde. A atividade é realizada pela multinacional de alimentos Bunge, que se instalou em Barcarena em 25 de abril de 2014. Além dessas vítimas, mais de 200 moradores da localidade estariam doentes devido à contaminação.</p> <p>As autoridades começam a dar ouvidos às reclamações dos movimentos populares sobre a situação vivida no Furo do Arrozal. Pedidos de providências foram enviados aos órgãos públicos estaduais e federais, como IBAMA, secretarias estaduais de Meio Ambiente e de Saúde e Ministério Público Estadual. Mas, até agora, somente pesquisadores do Instituto Evandro Chagas (um médico,</p>

				dois químicos e uma bióloga) estiveram no município coletando amostras de água para exame, na semana passada (...)."
T	2016		Contaminação das praias por metais pesados	Contaminação dos rios Pará e Dendê por metais pesados e resíduos de esgotamento urbano, ocasionando morte de peixes e interdição de praias no município. Essa situação teve impacto direto na vida dos trabalhadores que tiram seu sustento das atividades comerciais, tendo em vista que as praias foram interditadas e as atividades comerciais foram reduzidas.
U	2016	Imerys	Vazamento de caulim	Mais um vazamento de rejeitos de minério de caulim aconteceu neste sábado (29) em Barcarena. Os danos foram causados mais uma vez pela mineradora francesa Imerys Rio Capim Caulim, e atingiram a bacia hidrográfica do Rio das Cobras e os igarapés Cureperé, Dendê e São João, além da praia de Vila do Conde.
V	2016		Naufração Ciclope	Rebocador afundado com 70 mil litros de óleo, transportando duas balsas, naufrágio no Rio Pará entre o porto da Bunge e a praia da vila do Conde.

FONTE: CARMO, E. D. (e.o) (org.). Barcarena Livre Informa: Informativo. Belém, 2016.

Quadro 2: Glossário do Portal Saúde Transparente

- **Blocos de financiamento:** Com a implementação do Pacto pela Saúde, os recursos federais, destinados ao custeio de ações e serviços da saúde, passaram a ser divididos em seis blocos de financiamento (assistência farmacêutica; atenção básica; média e alta complexidade; gestão; investimentos; e vigilância em saúde)
- **Bloco da Atenção Básica:** É formado por dois componentes (Piso de Atenção Básica Fixo – PAB Fixo e Piso da Atenção Básica Variável – PAB Variável). O PAB Fixo é destinado ao custeio de ações de atenção básica à saúde cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos municipais. O PAB Variável é destinado ao custeio de estratégias da atenção básica e seus recursos são transferidos do FNS aos fundos municipais mediante adesão e implementação das estratégias às quais se destinam, desde que constantes nos planos de saúde.
- **Atenção Básica à Saúde:** é a responsável pelo primeiro contato da população com o Sistema Único de Saúde. Ela é caracterizada, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção centrada na família e pela orientação e participação comunitária. A promoção da saúde é a principal estratégia da Atenção Básica que tem o objetivo de reduzir os riscos à saúde e de melhorar a qualidade de vida da população. A Estratégia Saúde da Família é entendida como uma maneira de reorientação do modelo assistencial. Essa estratégia consiste na implantação de equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, que moram em uma área geográfica delimitada.
- **Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade:** É formado por dois componentes (limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar – MAC e fundo de ações estratégicas e compensação – Faec). No componente MAC estão os recursos para financiamento de procedimentos e de incentivos permanentes, sendo transferidos mensalmente (pelo FNS aos estados e municípios) para custeio de ações de média e alta complexidade, em conformidade com o publicado na Programação Pactuada e Integrada (PPI). No Faec estão os recursos para custeio dos procedimentos: a) regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC); b) transplantes e procedimentos vinculados; c) ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e

implementadas com prazo pré-definido; d) novos procedimentos não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, sendo que esses últimos serão custeados pelo Faec por um período de seis meses para permitir a formação da série histórica necessária à sua agregação ao componente MAC.

• **Bloco de Gestão do SUS:** É formado por dois componentes (qualificação da gestão e implantação de ações e serviços de saúde). No componente de qualificação da gestão estão os recursos para ações de: regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento; planejamento e orçamento; programação; regionalização; gestão do trabalho; educação em saúde; incentivo à participação e controle social; informação e informática em saúde; estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e outros que vierem a ser instituídos por ato normativo específico. No componente de implantação de ações e serviços de saúde, a transferência dos recursos será feita em parcela única, respeitando os critérios estabelecidos em cada incentivo, sendo atualmente: implantação e qualificação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPs); qualificação de Centros de Atenção Psicossocial; implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental; fomento para ações de redução de danos em CAPS-AD (voltados ao cuidado de pessoas com dificuldades decorrentes do uso de álcool e outras drogas); inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase; implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e outros que vierem a ser instituídos por ato normativo específico.

• **Bloco de Investimentos:** É formado por recursos transferidos (por repasse regular e automático do FNS aos fundos estaduais e municipais) para a realização de despesas de capital, mediante apresentação de projetos, encaminhados pelo ente federativo interessado, ao Ministério da Saúde. Esses projetos deverão ser submetidos à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que avaliará sua conformidade com: o Plano Estadual de Saúde (PES); o Plano Diretor de Regionalização (PDR); e

o Plano Diretor de Investimento (PDI). Os projetos aprovados serão formalizados em portaria do Ministério da Saúde, com o valor, o período de execução e o cronograma de desembolso dos recursos financeiros a serem transferidos.

- **Bloco de Vigilância em Saúde:** É formado por dois componentes (vigilância epidemiológica e ambiental e vigilância sanitária). Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente desde que estejam em conformidade com a PPI e o Plano de Saúde. No componente da vigilância epidemiológica e ambiental estão os recursos para as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, compostos pelo Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS) e pelos seguintes incentivos: subsistema de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar; laboratórios de saúde pública; atividades de promoção à saúde; registro de câncer de base populacional; serviços de verificação de óbito; campanhas de vacinação; monitoramento de resistência a inseticidas para o aedes aegypti; contratação dos agentes de campo; DST- Aids; e outros que vierem a ser instituídos por ato normativo específico. O componente da vigilância sanitária refere-se ao Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVISA), recursos destinados às ações de vigilância sanitária.

- **Assistência Farmacêutica:** Conjunto de ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, que tem o objetivo de viabilizar o acesso e o uso racional dos medicamentos. Envolve os trabalhos de pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos, bem como a aquisição, distribuição, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização.

- **Atenção às Urgências:** genericamente, situações de urgência são aquelas em que se verifica a possibilidade de risco à saúde ou à vida do paciente e para as quais se faz necessário uma ação imediata, tendo em vista que omissões poderiam gerar danos irreversíveis. A atenção às urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, se organizando desde a atenção básica e os serviços especializados até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

- **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192):** é um serviço que procura atender rapidamente as pessoas com urgências de saúde. Ao telefonar para

192, os pedidos são acolhidos, avaliados e priorizados por uma central de regulação que funciona 24 horas por dia. Dependendo do nível de prioridade da urgência, a central pode enviar até o local uma ambulância com médico ou com profissional técnico de enfermagem. Quando necessário, outros meios de socorro podem ser acionados e, em casos de menor gravidade, a central pode aconselhar o solicitante, orientá-lo a procurar pessoalmente uma unidade de saúde e, ainda, se prontificar para nova avaliação caso haja piora da queixa.

- **Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h):** são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e os prontos-socorros hospitalares, que, em conjunto com estas, formam uma rede organizada de Atenção às Urgências. As UPAs funcionam 24 horas por dia e podem resolver problemas como: pressão e febre alta, fraturas, cortes, infartos e derrames. Elas estão diretamente relacionadas ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência (SAMU-192) que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação.

A p ê n d i c e- A: Termo de Consentimento Livre Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

Projeto de Pesquisa: **POLÍTICAS DE SAÚDE EM COMUNIDADES TRADICIONAIS AFETADAS PELOS GRANDES PROJETOS DE INDUSTRIAS MÍNERO-METALÚRGICAS NO MUNICÍPIO DE BARCARENA**

FINALIDADE DA PESQUISA: Analisar a política de saúde em relação a sua cobertura e adequação às mudanças ocorridas no município de Barcarena no contexto da implementação do complexo portuário industrial e do crescimento populacional.

O TCLE será explicado e discutido com os moradores das comunidades pesquisadas, lideranças comunitárias, agentes de saúde da região e representantes da prefeitura de Barcarena convidados/as a participar da pesquisa.

DESTINO DO MATERIAL (OU INFORMAÇÕES) DO SUJEITO PESQUISADO:

As informações obtidas serão utilizadas somente para a presente pesquisa, e serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada qualquer informação que possa levar a sua identificação. Nenhum material biológico será coletado. Os dados coletados nas entrevistas serão arquivados com os pesquisadores e incinerados após 5 anos da pesquisa terminada.

RISCOS, PREVENÇÃO E BENEFÍCIOS PARA O SUJEITO DA PESQUISA:

Os sujeitos desta pesquisa não correm o **risco** da quebra do sigilo das informações, através do uso indevido dos dados coletadas (risco negativo). A fim de **prevenir** tais possibilidades, os documentos coletados serão arquivados e ficarão sob responsabilidade dos pesquisadores.

Os sujeitos desta pesquisa correm o risco de terem suas falas cortadas de acordo com a necessidade da pesquisa, diante disso terem o sentido modificado ou

alterado.

O **benefício** esperado para a pesquisa será a possibilidade de obter informações a fim de subsidiar uma avaliação da política de saúde em relação a sua cobertura e adequação às mudanças ocorridas no município de Barcarena no contexto da implementação do complexo portuário industrial e do crescimento populacional. No entanto, deixamos claro que somente ao final do trabalho é que poderemos tirar conclusões definitivas a respeito dos benefícios.

GARANTIAS E INDENIZAÇÕES:

É garantido aos sujeitos da pesquisa o sigilo e privacidade de seus dados, assim como a liberdade de deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. Em caso de dano pessoal, diretamente provocado pela pesquisa, terão direito as indenizações legalmente estabelecidas.

A instituição e os participantes desta pesquisa têm direito a se manter informados a respeito dos resultados parciais da pesquisa para isto, a qualquer momento do estudo poderão ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa, para esclarecimento de dúvidas.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS:

O principal investigador é a discente do Curso de Mestrado em Serviço Social, Silvany Favacho da Silva, CRESS nº 8638, que pode ser encontrada no seguinte endereço: Travessa Lomas Valentina, Pass Laura Malcher nº 31, CEP: 660952. Caso não seja localizada, a pesquisadora poderá ainda ser contactada ao Prof. Dr. Marcel Hazel, orientador desta pesquisa, encontrado na Universidade Federal do Pará/Centro de Ciências da Sociais Aplicadas, Curso de Mestrado em Serviço Social. Rua Augusto Corrêa, Nº 1. Prédio do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas CEP: 6607110, telefone: (091) 3101-7716.

DECLARAÇÃO

Declaro que compreendi as informações do que li e que me foram explicadas sobre o trabalho em questão. Discuti com a pesquisadora Silvany Favacho sobre minha decisão em participar nesse estudo, ficando claros para mim, quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, os possíveis desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos

permanentes.

Concordo voluntariamente em participar desse estudo podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de justificar o motivo da desistência, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço. Se houverem danos posso legalmente solicitar indenizações.

Belém, _____, de _____ de 2017.

Assinatura do pesquisado

Assinatura de testemunha

Declaro que assisti a explicação da pesquisadora Silvany Favacho da Silva que compreendeu e retirou suas dúvidas, assim como eu, a tudo o que será realizado na pesquisa.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste professor para participação no presente estudo.

Prof. Dr. Marcel Hazeu
Pesquisador responsável

Apêndice B- Roteiro de Entrevista Semiestruturada dirigidas a moradores e agentes de saúde tradicional e agentes de saúde do Estado



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
GRUPO DE ESTUDO SOCIEDADE, TERRITÓRIO E RESISTÊNCIA NA AMAZÔNIA -
GESTERRA**

Nome do Perquisado:

Comunidade:

MORADORES E AGENTES DE SAÚDE TRADICIONAL

1. TRADICIONALIDADE

- a. COMO ERA VIDA (MODO DE VIDA) ANTERIOR ÀS INSTALAÇÕES DAS EMPRESAS?
- b. COMO ERAM SUA MORADIA, SUA ALIMENTAÇÃO, SEU LAZER, ETC?
- c. QUAL SUA CONCEPÇÃO DE BEM ESTAR?
- d. COMO CURAVAM AS DOENÇAS?
- e. QUEM ERAM AS PESSOAS QUE ERAM PROCURADAS PARA CUIDAR DE SAÚDE E COMO FUNCIONAVA?

2. TRANSFORMAÇÕES NA VIDA TRADICIONAL

- a. COMO ESTÁ SENDO SUA VIDA HOJE (MODO DE VIDA) DEPOIS DA CHEGADA DOS GRANDES EMPREENDIMENTOS?
- a. O QUE MUDOU NO MODO DE VIDA? (PRINCIPAIS MUDANÇAS)
- b. COMO ESTÁ SENDO SUA ALIMENTAÇÃO, SEU LAZER,
- c. EM SUA PERCEPÇÃO, QUAIS AS DOENÇAS QUE MAIS SE MANIFESTAM HOJE NA COMUNIDADE?
- d. EM SUA OPINIÃO, ESSAS DOENÇAS TEM RELAÇÃO COM A POLUIÇÃO?
- e. QUAIS OS PRINCIPAIS PROBLEMAS AMBIENTAIS NA SUA COMUNIDADE?

- f. QUAIS AS PRÁTICAS DE SAÚDE TRADICIONAL AINDA EXECUTADAS HOJE EM DIA?

3. SERVIÇOS DE SAÚDE

- a. QUAIS OS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE VOCÊS TÊM ACESSO?
- b. POSSUEM DIFICULDADES OU NÃO AO ACESSAR ESTES SERVIÇOS DE SAÚDE?
- c. EM SUA OPINIÃO, AS DOENÇAS HOJE TEM RELAÇÃO COM A POLUIÇÃO?
- d. AS AÇÕES DO GOVERNO LOCAL ATENDEM OS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE?
- e. POSSUIA ALGUMA LIMITAÇÃO NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE?

AGENTES DE SAÚDE DO ESTADO

1. CONCEPÇÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE

- f. QUAL A COBERTURA E A QUALIDADE DA ATENÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DE BARCARENA?
- g. QUAIS OS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE NA REGIÃO?
- h. A REDE HOSPITALAR E OS SERVIÇOS VOLTADO A POPULAÇÃO ESTÁ ADEQUADA A DEMANDA DA MESMA?
- i. QUAIS AS CONDIÇÕES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO DE BARCARENA?
- j. QUAL SUA CONCEPÇÃO DE SAÚDE?
- k. AS AÇÕES DO GOVERNO LOCAL ATENDEM OS SERVIÇOS DE SAÚDE À POPULAÇÃO TANTO O BÁSICO QUANTO DE NÍVEL COMPLEXO?
- l. QUAIS OS INVESTIMENTOS E/OU COMPENSAÇÕES NA ÁREA DA SAÚDE NA REGIÃO?