

Érico Muniz
Francisco Pereira de Oliveira
Norma Cristina Vieira
(Orgs.)

Múltiplas linguagens na saúde pública:

saberes e vivências em Bragança,
Amazônia Atlântica

**MÚLTIPLAS LINGUAGENS NA SAÚDE PÚBLICA:
Saberes e Vivências em Bragança, Amazônia Atlântica**

**ÉRICO SILVA MUNIZ
FRANCISCO PEREIRA DE OLIVEIRA
NORMA CRISTINA VIEIRA
(Organização)**

**MÚLTIPLAS LINGUAGENS NA SAÚDE PÚBLICA:
Saberes e Vivências em Bragança, Amazônia Atlântica**

Copyright © Autoras e autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

Érico Silva Muniz; Francisco Pereira de Oliveira; Norma Cristina Vieira [Orgs.]

Múltiplas linguagens na saúde pública: saberes e vivências em Bragança Bragança, Amazônia Atlântica. São Carlos: Pedro & João Editores, 2024. 178p. 16 x 23 cm.

ISBN: 978-65-265-1624-9 [Impresso]

978-65-265-1625-6 [Digital]

DOI: 10.51795/9786526516256

1. Linguagens. 2. Saúde pública. 3. Profissionais da saúde. 4. Cuidados e prevenção. I. Título.

CDD – 610/370

Capa: Luidi Belga Ignacio

Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828

Diagramação: Diany Akiko Lee

Editores: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Conselho Editorial da Pedro & João Editores:

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil); Ana Patrícia da Silva (UERJ/Brasil).



Pedro & João Editores

www.pedroejoaoeditores.com.br

13568-878 – São Carlos – SP

2024

PREFÁCIO

Abro o prefácio das **“MÚLTIPLAS LINGUAGENS NA SAÚDE PÚBLICA: SABERES E VIVÊNCIAS EM BRAGANÇA, AMAZÔNIA ATLÂNTICA”** emanado de alegrias e de agradecimentos ao convite recebido pelos organizadores da obra, pois, na condição atual de Reitor da Universidade Federal do Pará, considerada numericamente a maior do norte do Brasil, e como docente desta Instituição, sinto-me imbuído de um pertencimento que, exageradamente, diria que perfaz o tamanho de uma Amazônia. Sim, Amazônia brasileira, lugar de onde falo, de onde trabalho e de onde elabora ensino, pesquisa e extensão.

Celebro a oportunidade de prefaciá-la obra que considero de uma imensa importância, uma vez que os organizadores, Prof. Dr. Érico Muniz, Prof. Dr. Francisco Pereira de Oliveira e Profa. Dra. Norma Cristina Vieira, tiveram o cuidado, o compromisso e a sensibilidade para trazer capítulos vinculados às políticas públicas de saúde no município de Bragança, estado do Pará. Mas, a nobreza desta obra não está somente nos direcionamentos de políticas públicas, e sim nos desdobramentos dados em cada tema com a escrita cheia de experiências e de pertencimento à área da saúde pública.

Enumero as vivências pelo fato de as autoras e os autores dos capítulos desta obra, serem servidores(as) públicos(as) da Secretaria Municipal de Saúde de Bragança (PA), em convênio firmado entre a Prefeitura Municipal de Bragança e a Universidade Federal do Pará, por meio do Programa de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes na Amazônia (PPLSA), numa estratégia coordenada pelo Campus Universitário de Bragança. O referido convênio fez a seleção de dez servidores(as) públicos(as) a partir de um edital publicado, em que o público eram profissionais da saúde entre médicas(os), enfermeiras(os), agentes comunitárias(os) de saúde, nutricionistas, agentes de

endemias, pedagogas(os) e psicólogas(os), estes são os que realizam suas pesquisas e trazem suas vivências profissionais para somar na academia.

A inspiração das(os) autoras (es) para cada capítulo seguiu a premissa da ação profissional na área da saúde pública, pois as escritas e as entrelinhas trazem suntuosas informações que nos levam a conhecer, analisar e compreender dados que são próprios de quem vivencia diariamente cada situação, desde a visita planejada do(a) agente comunitário(a) de saúde às famílias, quando absorve das queixas mais simples às mais complexas; da enfermeira que direciona, acolhe e faz os primeiros cuidados àquelas pessoas que chegam adoecidas; da médica que diagnostica e faz os encaminhamentos medicamentosos para sanar aquela situação; da nutricionista que pensa a dieta alimentar de cada paciente; do agente de endemias que faz a vigilância sanitária com a identificação de incidências de doenças infectocontagiosas e orienta a prevenção; do(a) pedagogo(a) que faz a mediação, orientação e encaminhamentos para que os usuários dos sistema de saúde sejam acolhidos, ouvidos e encaminhados; da psicóloga que acolhe, atua na análise e tratamento de fatores internos que impactam no comportamento psíquico da pessoa.

Logo, saliento que as descrições acima estão harmonicamente dispostas em cada capítulo à luz das linguagens e dos saberes da Amazônia, área de concentração do PPLSA, vestido pela interdisciplinaridade, campo do conhecimento que permite a transversalidade de questões tão importantes como é o campo da saúde pública.

O presente livro, sabiamente, foi pensado e organizado com a pretensão de trazer à tona “As múltiplas linguagens da saúde pública no município de Bragança”, com o enfoque aos “saberes e às vivências de profissionais” que cotidianamente atendem a população da região bragantina, pessoas oriundas de áreas urbanas, campesinas, ribeirinhas e costeiras –, que trazem suas culturas, seus costumes, suas crenças e as mazelas que as cercam e

que chegam aos profissionais da saúde em busca de alternativas de prevenção e cura.

A organizadora e os organizadores demonstraram habilidades no processo de seleção e dispersão dos textos numa ordem que facilita o entendimento e o intercruzamento de conteúdos e vivências descritas por cada autoria de capítulos, o que, sem dúvidas, torna esta obra convidativa e recomendada para leitura. Imagino que muitas pessoas, mesmo as que vivem na região bragantina, não tinham conhecimento de como ocorrem as políticas públicas de saúde na Amazônia, interior do nosso querido Pará e, em especial, por ser uma obra escrita por pesquisadoras e pesquisadores da/na Amazônia, em que os saberes e vivências transversalizam os capítulos.

De modo geral, externo aos(às) organizadores(as) o meu agradecimento e carinho pela oportunidade que me deram de prefaciá-la esta obra, essencialmente por ser fruto de parcerias entre o Programa de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes na Amazônia, do Campus Universitário de Bragança, da nossa Universidade Federal do Pará, em que se revelam magnitudes na pesquisa interdisciplinar e, acima de tudo, fazendo ciência por meio dos saberes e vivências de profissionais da saúde tão necessários(as) e queridos(as).

Prof. Dr. Gilmar Pereira da Silva

Reitor da Universidade Federal do Pará (UFPA)

APRESENTAÇÃO

Diversas são as contendas para compreender as múltiplas dimensões dos processos de saúde e doença na Amazônia brasileira. Se de um lado a imensidão territorial das vilas, aldeias e municípios com seus rios, mares, estradas e caminhos, frequentemente permeados por conflitos de diversas ordens, apresentam desafios para gestores e profissionais da saúde pública na execução de políticas que efetivamente assegurem o dever do Estado de reduzir os riscos de doenças e assegurar um acesso universal e igualitário aos serviços e ações em saúde; por outro lado, a sociobiodiversidade da fauna e floresta experimentada de forma ancestral por povos ribeirinhos, costeiros, extrativistas, pescadores artesanais, indígenas, quilombolas e outras populações tradicionais apresenta um manancial incrível de modos de organização de vida, práticas alimentares, cosmovisões, conhecimentos e práticas medicinais e produtivas tradicionais riquíssimas, com as quais o mundo muito tem a aprender.

No meio deste território estão alguns dos desafios presentes também na promoção à saúde na Amazônia Atlântica: combinar os esforços de gestores públicos e a expertise de servidores da saúde comprometidos com a melhoria geral do acesso aos serviços, sem deixar de considerar os modos de vida herdados e perpetuados pelos povos tradicionais.

No município de Bragança, localizado no nordeste do Estado do Pará, mais especificamente a 210 quilômetros da capital, Belém, gerações de médicos, enfermeiras/os, psicólogas/os, técnicas/os de diversas formações em saúde vêm contribuindo para que a saúde, como direito cidadão, chegue a um número cada vez maior de pessoas do campo e da cidade de Bragança e dos municípios vizinhos.

Bragança compõe o 4º Centro Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (CRS-SESPA). Muitos dos serviços em saúde pública prestados no município são referências para a região do nordeste paraense, tais como o Centro de Atenção em Saúde Mental (CASM), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Saúde Penitenciária, Policlínicas, Melhor em Casa, Centro de Testagem, Acolhimento e Serviço de Atendimento Especializado (SAE/CTA).

Nesse sentido, fortalecer programas e qualificar a formação de seus servidores é uma das ações necessárias para compreender melhor os desafios amazônicos, ajustar a rota das ações, compreendendo suas potências e fragilidades. Este livro “Múltiplas Linguagens na Saúde Pública: saberes e vivências em Bragança, Amazônia Atlântica” é justamente um dos produtos resultado do esforço expresso através de um convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde do município de Bragança e o Programa de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes na Amazônia (PPLSA) - Campus Universitário de Bragança (CBRAG), Universidade Federal do Pará (UFPA). Através desta parceria firmada no ano de 2023, 10 (dez) servidores/as da saúde estão tendo a oportunidade de cursar o mestrado em Linguagens e Saberes na Amazônia, tendo como objeto de investigação desdobramentos das suas experiências na linha de frente do Sistema Único de Saúde (SUS).

As pesquisas espelham, portanto, temas e problemas de natureza diversa, aqui apresentadas em 10 capítulos através de um recorte dos resultados já alcançados. O trabalho de Nádila Ronnielly Fontel do R. de Quadros, Joana d’Arc de Vasconcelos Neves e João Plínio Ferreira de Quadros investiga as práticas integrativas e complementares e a sua implementação no SUS como possibilidade de diálogo com saberes amazônicos. A pesquisa de Camilo de Oliveira Soares, Francisco Pereira de Oliveira e Silvia Helena Benchimol Barros apresenta um panorama da raiva humana no município através de relatos e narrativas de pesquisa. O capítulo de autoria de Gilmaira Pires Filgueira, Sebastião Rodrigues da Silva Júnior e Mario Ribeiro da Silva Júnior discute as percepções das profissionais de enfermagem que atuam

no Centro de Atendimento à Saúde da Mulher (CASM) do município sobre o tratamento de mulheres com displasias mamárias. As linguagens e saberes observadas no âmbito do Centro de Testagem, Acolhimento e Serviço de Atendimento Especializado (SAE/CTA) de Bragança estão presentes no capítulo de Talita Soares dos Santos Risuenho e Norma Cristina Vieira, observando os desafios dos serviços de atendimento para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) em meio aos avanços biomédicos convivendo com tabus e estigmas sociais.

A interiorização da COVID-19 na Amazônia é tema do texto de Josiel da Luz Silva e Marcelo do Vale Oliveira, nele os autores apresentam a perspectiva da História Oral para pensar os desafios específicos enfrentados em Bragança pelo pessoal da chamada "linha de frente" e pela população de maneira geral. No sexto capítulo Izabel Odilene Medeiros Lima e Francisco Pereira de Oliveira revelam dados de uma pesquisa inédita sobre a incidência do Acidente Vascular Cerebral (AVC) na costa amazônica brasileira, contribuindo para adensar nosso entendimento sobre o tema. Suellen da Silva Souza Rocha e Ana Paula Vieira e Souza, por sua vez, trazem à baila o tema da sífilis e refletem sobre a obtenção de dados e as lacunas sobre a enfermidade enfrentadas no cotidiano da saúde pública. A memória e a história dos 30 anos de atuação do Serviço de Saúde da Família são trabalhadas por Ellen Cristina Rocha Aranha dos Santos e Maricília Nascimento Preste, Joana d'Arc de Vasconcelos Neves e Francisco Pereira de Oliveira assim, as experiências de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e do Programa de Saúde da Família (PSF) são narradas mostrando os avanços, as conquistas e os desafios da saúde pública. Por fim, Luís Fernando Ribeiro Pereira e Rogério Andrade Maciel trazem no penúltimo capítulo um estudo de caso da vila de pescadores da comunidade de Caratateua para abordar as doenças adquiridas no processo da atividade da pesca e a assistência ergonômica como práticas de RPG (Reeducação Postural Global) e outras práticas educativas realizadas nas comunidades. Por fim, Ellen

Cristina Rocha Aranha dos Santos, Francisco Pereira de Oliveira e Maricília Nascimento Prestes discutem aspectos da violência psicológica na infância tematizando seus reflexos na vida adulta.

Diversas perspectivas em análise, narrativas, protocolos e soluções pensadas, criadas e executadas por mulheres e homens em uma interação respeitosa com detentores dos saberes da razão prática estão aqui apresentadas, com os modos de vida e as práticas da saúde de um município amazônico. Esperamos que esses novos olhares para a saúde pública, considerando a diversidade e a alteridade presentes na Amazônia inspirem novas pesquisas e qualifiquem estudantes e profissionais para que através da saúde avancemos também na luta pela democracia e no avanço da cidadania no Brasil.

Érico Silva Muniz
Francisco Pereira de Oliveira
Norma Cristina Vieira
(Organização)

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	17
Decolonialidade e Práticas Integrativas e Complementares (PICs): convergências para os cuidados em saúde na Amazônia	
Nádila Ronnielly Fontel do R. De Quadros Joana d’Arc de Vasconcelos Neves João Plínio Ferreira de Quadros	
CAPÍTULO 2	37
O Panorama da Raiva Humana no Município de Bragança-Pará: Um relato de experiências na construção das práticas de pesquisa	
Camilo de Oliveira Soares Francisco Pereira de Oliveira Silvia Helena Benchimol Barros	
CAPÍTULO 3	53
Percepções de enfermeiras sobre o cuidado às mulheres com diagnóstico de displasias mamárias em Bragança-PA	
Gilmaira Pires Filgueira Sebastião Rodrigues da Silva Júnior Mario Ribeiro da Silva Júnior	
CAPÍTULO 4	69
Tenho AIDS. E agora? Dizeres plurais de Testagem, Acolhimento e Serviço de Atendimento Especializado em Bragança, Amazônia brasileira	
Talita Soares dos Santos Risuenho Norma Cristina Vieira	

CAPÍTULO 5	83
Práticas de cura em tempos de pandemia da COVID-19 em Bragança-PA, uma cidade na Amazônia brasileira (2020-2021)	
Josiel da Luz Silva Marcelo do Vale Oliveira	
CAPÍTULO 6	95
Prevalência e incidência do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no município de Bragança-Pará, Costa Amazônica Brasileira: estudos preliminares com marcadores bibliográficos e dados de campo	
Izabel Odilene Medeiros Lima Francisco Pereira de Oliveira	
CAPÍTULO 7	115
Sífilis: discursividades maternas na Amazônia bragantina	
Suellen da Silva Souza Rocha Ana Paula Vieira e Souza.	
CAPÍTULO 8	129
Memórias e Narrativas dos 30 anos de Estratégia Saúde da Família na Amazônia Bragantina	
Ellen Cristina Rocha Aranha dos Santos Maricília Nascimento Prestes Joana d’Arc de Vasconcelos Neves Francisco Pereira de Oliveira	
CAPÍTULO 9	145
Pesca e Saúde: uma análise da assistência ergonômica para os pescadores da Comunidade de Caratateua, em Bragança, Nordeste do Pará	
Luís Fernando Ribeiro Pereira Rogerio Andrade Maciel	

CAPÍTULO 10	157
A violência psicológica na infância e o reflexo na vida adulta: narrativas de uma sobrevivente na psicoterapia no município de Bragança, Pará	
Ellen Cristina Rocha Aranha dos Santos	
Francisco Pereira de Oliveira	
ÍNDICE REMISSIVO	175
ORGANIZADORES E ORGANIZADORA	177

CAPÍTULO 1

DECOLONIALIDADE E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS): CONVERGÊNCIAS PARA OS CUIDADOS EM SAÚDE NA AMAZÔNIA

Nádila Ronnielly Fontel do R. De Quadros¹

Joana d'Arc de Vasconcelos Neves²

João Plínio Ferreira de Quadros³

INTRODUÇÃO

O movimento decolonial é uma abordagem crítica que procura desafiar e repensar as estruturas de poder, dominação e conhecimentos que emergiram ao longo processo colonial e ganham novas dimensões nos tempos atuais. Ele se baseia na ideia de que as relações de poder colonial continuam a

¹ Graduada em Enfermagem (CESUPA). Enfermeira da Unidade de Saúde do Acarajó vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Bragança-PA. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes na Amazônia (UFPA, Campus de Bragança-PA). Endereço: Alameda Leandro Ribeiro, Bairro: Aldeia, Cidade: Bragança, CEP: 68600-000. Email: nadilafontel.2024@gmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5960160385885734>. ORCID: 0009-0001-5491-7266.

² Doutora em Educação pela Universidade Federal do Pará (2014). Mestre em Educação pela Universidade Federal do Pará (2007). Professora adjunta da Universidade Federal do Pará, Faculdade de Educação no Campus Universitário de Bragança e professora do Programa de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes na Amazônia. Endereço: Alameda Leandro Ribeiro, Bairro: Aldeia, Cidade: Bragança, CEP: 68600-000. Email: jdvasconcelosneves@gmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5658289632563411> ORCID: 0000-0002-3110-3649.

³Graduação em Licenciatura em Pedagogia (UFPA). Doutorando em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido (PPGDSTU/ UFPA). Endereço: Alameda Leandro Ribeiro, Bairro: Aldeia, Cidade: Bragança, CEP: 68600-000. Email: joaoambiental2017@gmail.com. Currículo Lattes: <https://lattes.br/3037460785271685>. ORCID: 0000-0003-2456-353X.

subalternizar povos e pensamentos, organizando as diferenças a partir das relações de saber-poder e insubordinação aos modelos epistemológicos de inspiração eurocêntrica e universalista (Mignolo, 2010). Como afirma Quijano (2005), a colonização não terminou com a exploração territorial, apenas se metamorfoseou,

Logo, verifica-se que tal movimento é um procedimento intencional que busca romper com discursos de falsa neutralidade e se constitui dentro de um cenário marcado por movimentos contra hegemônicos em várias esferas. Neste texto, será apontado para a área de conhecimento da saúde. O propósito reside em subverter paradigmas e destacar a importância de se reconhecer a linguagem e saberes, resultando, por conseguinte, em amplificar a visibilidade dos agentes amazônicos e suas cosmovisões ancestrais (como pajés, curandeiras, parteiras, pescadores artesanais e ribeirinhos), que, habitualmente, sofrem subvalorização no contexto da biomedicina e suas abordagens hospitalocêntricas (Fertonani et al., 2015); (Filho, 2016).

A escolha de empreender o presente ensaio surge da imperiosidade de reconhecer a inserção do diálogo decolonial no escopo das denominadas “Práticas Integrativas e Complementares de Saúde” (PICS), especialmente à luz das análises críticas que emergiram dos diálogos realizados no desenvolvimento desta pesquisa. Assim, à luz das relações dialógicas no campo da saúde, do debate sobre a medicina tradicional brasileira e amazônica e das inquietudes abertas, apresentamos neste ensaio acadêmico a seguinte problematização: qual a importância de descolonizar os saberes amazônicos em saúde no debate das “Práticas Integrativas Complementares”?

METODOLOGIA

Do ponto de vista metodológico, o presente estudo adota uma abordagem de natureza qualitativa e se fundamenta nos estudos documentais e no levantamento bibliográfico. Consoante às considerações de Minayo (2009), a pesquisa bibliográfica

faculta um engajamento com as obras literárias pertinentes à temática em destaque ou que estejam em consonância com ela, viabilizando, assim, a identificação das contribuições já existentes e a compreensão dos parâmetros, limitações e extensões do escopo de discussão pretendido. Dessa maneira, possibilita-se a amplificação do entendimento e o fomento de bases para a instauração de futuras análises e debates.

A pesquisa bibliográfica envolve um engajamento com as obras literárias pertinentes à temática em destaque ou que estejam em consonância com ela, viabilizando assim a identificação das contribuições já existentes e a compreensão dos parâmetros, limitações e extensões do escopo de discussão pretendido.

Assim, objetivando ampliar os diálogos sobre as práticas de saúde tradicionais, nosso estudo voltou-se para análise dos documentos da saúde brasileira sobre as práticas integrativas e complementares, especificamente: política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso, 2015; as Portarias n. 849, de 27 de março de 2017, que Inclui a Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, 2017; além do Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS, 2018; assim como, estudo dos autores amazônidas sobre as práticas de saúde tradicionais.

A análise desses documentos e dos trabalhos acadêmicos selecionados, foram realizadas à luz de reflexões de autores como Quijano (2005), Dussel (2005) e Escobar (2015).

O trabalho é composto pelos seguintes tópicos, respectivamente: O percurso de desenvolvimento das PICS e sua implementação no SUS (Sistema Único de Saúde), a decolonialidade como alternativa para desafiar paradigmas hospitalocêntricos, especialmente com a apresentação de crenças, saberes, religião e saúde na Amazônia; e, por fim, as considerações finais.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) COMO ALTERNATIVAS DECOLONIAIS

A busca por uma conduta nova e de opção decolonial na área da saúde pode ser sublinhada na década de 70 (século XX). Tal período é considerado um “divisor de águas” para os modelos médicos ligados às “medicinas tradicionais”, pois foi nesse contexto que o então diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Halfdan Mahler, em 1978, fez uma declaração histórica sobre a inadequação da medicina moderna em abordar as necessidades de grande parte da população mundial. Halfdan Mahler enfatizou em seu discurso que os sistemas de saúde ocidentais não estavam adequados para atender as realidades culturais, sociais e econômicas de muitas comunidades (Luz, 2005).

A partir desse discurso, verifica-se o esforço por um movimento crescente em direção à valorização das práticas de medicina tradicional e ao reconhecimento de que essas práticas, não só eram relevantes para muitas populações, como também podiam desempenhar um papel vital na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Além disso, é possível observar iniciativas de projetos de integração das medecinas tradicionais nos sistemas de saúde nacionais e também o apoio a pesquisas para o desenvolvimento dessas práticas.

A World Health Organization (WHO, 2000) apresenta de forma abrangente a essência da medicina tradicional e destaca sua natureza diversa e multifacetada, classificando-a como um sistema de conhecimentos e práticas relacionadas à saúde e à cura desenvolvida e transmitida ao longo de gerações em uma cultura ou comunidade específica.

Essa definição ressalta o alcance das várias dimensões da medicina tradicional, que incluem conhecimentos, habilidades, práticas, teorias, experiências e crenças derivadas de culturas em todo o mundo. Além disso, reconhece que a medicina tradicional tem conhecimentos, mesmo não sendo os construídos pela lógica da racionalidade da ciência ocidental.

Desde então, emerge a perspectiva de uma racionalidade em saúde diferenciada, notadamente em sistemas terapêuticos e fundamentada em paradigmas divergentes da medicina moderna. Um exemplo claro reside no atual crescimento da assimilação da medicina tradicional chinesa no Ocidente. Nesse contexto, o governo brasileiro tem implementado programas e políticas com o objetivo de promover o atendimento mais humanizado, introduzindo, tanto a integração de fitoterápicos, quanto de algumas terapias holísticas no âmbito do SUS.

Essas abordagens terapêuticas passaram a ser conhecidas como "alternativas", "paralelas" ou "complementares" à abordagem biomédica, e foram assimiladas não apenas na cultura urbana brasileira, mas também em diversas nações latino-americanas, com uma certa predominância das terapias oriundas de sistemas médicos tradicionais complexos, como é o caso da medicina tradicional chinesa e da homeopatia, mas construindo a sua própria lógica intrínseca (Luz, 2005).

Essas terapias conhecidas por "medicinas alternativas" chegam às unidades de atendimento de saúde brasileira ganhando em todas as camadas da população brasileira, a exemplo da Homeopatia, cujo objetivo é de recolocar o sujeito "[...] no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia, o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões" (Brasil, p. 21, 2015). No caso da medicina chinesa, algumas contribuições no que se refere a abordagens terapêuticas são a acupuntura, fitoterapia, dietoterapia, práticas corporais e mentais, além das técnicas de anamnese, avaliação do pulso, observação facial e da língua (Brasil, p. 17, 2015).

Ressalta-se que estas alternativas estão sendo gradualmente integradas e incorporadas aos serviços públicos de saúde no Brasil, apesar das resistências originadas por parte da esfera médica hospitalocêntrica. A materialização desse processo teve seu início por meio da "Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde", instituída pela

Portaria n. º 971/2006, do Ministério da Saúde com apenas cinco práticas autorizadas: Homeopatia, Fitoterapia, Acupuntura, Medicina Antroposófica e Termalismo Social. Posteriormente, a Portaria n. º 849/2017 oficializou a inclusão de mais 14 novas práticas, seguida pela Portaria n. º 702/18, em 2018, que adicionou outras 10 práticas ao rol das opções institucionalizadas pelo Ministério da Saúde.

Com isso, passam a integrar a Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares 29 PICS, sendo elas: terapia de florais; acupuntura; homeopatia; fitoterapia; antroposofia; termalismo; arteterapia; ayurveda; biodança; dança circular; meditação; musicoterapia; naturopatia; osteopatia; quiropraxia; reflexoterapia; reiki; shantala; terapia comunitária integrativa; ioga; apiterapia; aromaterapia; bioenergética; constelação familiar; cromoterapia; geoterapia; hipnoterapia; imposição de mãos; ozonioterapia.

É crucial salientar que, no âmbito do "modelo biomédico", há uma lacuna para considerar as vozes dos sujeitos e suas experiências de sofrimento, bem como para a oferta de acolhimento e para a abordagem integral de atenção à saúde (Lacerda; Valla, p. 93, 2006). Assim, na contramão desse modelo, as PICS objetivam incorporar, ao sistema de saúde, práticas que apresentam a potencialidade de oferecer uma abordagem diferenciada em relação ao cuidado de "adoecimento" e "sofrimento", desviando-se das linhas do modelo médico hegemônico. Nessa perspectiva, desloca-se a ênfase exclusiva na doença ou nas lesões para um novo foco de atenção, o indivíduo (Favareto, 2006).

Estes postulados indicam que as PICS podem viabilizar uma abordagem mais holística e ampla da saúde, contemplando não somente a dimensão física, mas também os aspectos emocionais, mentais e espirituais do indivíduo. Entretanto, ainda se percebe inúmeras lacunas, sobretudo, quando relacionamos esse debate aos saberes e a "Medicina Tradicional Popular Amazônica" (MTPA).

A MTPA inclui uma variedade de práticas, como o uso de plantas medicinais da floresta, rituais de cura, cerimônias xamânicas, conhecimento sobre as propriedades terapêuticas das plantas e o uso de métodos de diagnóstico e tratamento que diferem dos métodos ocidentais convencionais (Filho e Bentes, 2019), assim como são diferenciadas das 29 práticas autorizadas da Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares.

A MTPA, conforme descrita pelos autores supracitados, engloba também um sistema complexo de abordagens de saúde que inclui diversidade de práticas e conhecimentos sobre plantas medicinais, rituais de cura e outros saberes como é o caso das parteiras, benzedeiras, pajés, pescadores tradicionais, ribeirinhos e quilombolas que não se configuram como participantes das proposições populares do governo brasileiro até o presente momento.

Vale mencionar que não é nossa pretensão alegar que as PICS - até então institucionalizadas pelo Ministério da Saúde - não são efetivas. Há um avanço significativo para romper com o dogma da medicina conhecida como moderna, eurocêntrica, imposta pelos colonizadores, principalmente na América Latina, na qual disseminaram que a principal forma de tratamento médico a ser seguido seria a possível comprovação científica, transformando as demais em conhecimentos subalternizados (Dussel, 2005).

A riqueza da heterogeneidade de tantos saberes sobre o cuidado com o corpo e mente através das cosmovisões Amazônicas, subalternizada na relação de colonização do saber, ainda continuam sendo desvalorizadas, desperdiçadas. Ou seja, um encobrimento do saber amazônico. Nas palavras de Santos e Meneses (2010, p. 7),

Este seria manifestado na supressão destruidora de alguns modelos de saberes locais, na desvalorização e hierarquização de tantos outros, o que levou ao desperdício – em nome dos desígnios colonialistas – da rica variedade de perspectivas presentes na diversidade cultural e nas multiformes cosmovisões por elas produzidas.

Isso nos remete ao que Quijano (2005) pontua acerca da importância de superarmos o veneno que se encontra nas raízes da modernidade que, ainda, nos intoxica e nos mata. Depreende-se que o pensamento de Quijano pode ser relacionado ao movimento decolonial no campo da saúde, que visa desafiar a dominação da medicina hegemônica e promover a valorização das práticas médicas e saberes locais e tradicionais amazônicos. Esse movimento busca questionar as estruturas que perpetuam desigualdades de saúde e promover a inclusão de múltiplas perspectivas e abordagens de cuidados de saúde, além disso, também avança na perspectiva de viabilizar a diversidade e pluralidade de medicinas tradicionais na América Latina, pois

[...] a medicina tradicional indígena, que com mais precisão se deveria escrever no plural, devido à sua variedade, embora tenha um mesmo paradigma básico; a medicina de origem afro-americana, também plural, embora mais homogênea que a primeira; e as medicinas alternativas derivadas de sistemas médicos altamente complexos, recentemente introduzidas na cultura urbana dos países ocidentais (Luz, 2005, p. 154).

Nesse processo de existência e resistência, autores como Luz (2005), destacam que a medicina tradicional indígena é considerada a mais persistente, justamente pelas agressões culturais sofridas, protagonizadas pelos colonizadores luso-espanhóis. Esta prática, “fortemente enraizada nas culturas locais dos países sul-americanos, sobreviveram como puderam ao massacre cultural do período histórico da colonização, e ao da modernização que lhe sobreveio com o século XIX” (Luz, 2005, p. 155).

Do mesmo modo que a medicina tradicional indígena, a medicina originária das culturas das tribos africanas também se caracteriza pela cultura de resistência e é transmitida de geração em geração, de um modo social muito eficiente e tradicional, através do ensino iniciático.

Ambas abordagens valorizam a interconexão entre corpo, mente e espírito, considerando não apenas os aspectos físicos da

saúde, mas também os aspectos emocionais e espirituais. Práticas rituais, ervas medicinais, danças, cantos e outros elementos presentes nas religiões africanas e na pajelança indígena desempenham papéis importantes nos processos de cura e bem-estar.

DESMISTIFICANDO OS SEGREDOS DA SAÚDE AMAZÔNICA: PARA ALÉM DO CONVENCIONAL

Historicamente, sob a égide de uma pretensa neutralidade, as ciências se constituíram como discursos legitimadores de opções político-econômico-ideológicas que fizeram de uma experiência particular de modernidade o padrão universal incontestável, por meio de dogmas propagados na sociedade, de uma forma que fomentou processos de exclusão, segregação e dicotomias. Por isso, torna-se relevante pensar a saúde, sobretudo para a Amazônia, através de uma epistemologia decolonial, uma vez que o território amazônico é constituído por identidades, no qual dogmas científicos não dão conta de atender toda essa diversidade.

Compreende-se a expressão “Amazônia” de forma polissêmica, ao passo que possui uma gama de sentidos, crenças, costumes, vários significados:

A Amazônia é, sobretudo, diversidade. Em um hectare de floresta existem inúmeras espécies que não se repetem, em sua maior parte, no hectare vizinho. Há Amazônia da várzea e da terra firme. Há Amazônia dos rios de água branca e os rios de águas pretas. [...] Há a Amazônia dos cerrados, a Amazônia dos manguezais e a Amazônia das florestas (Gonçalves, 2001, p. 09).

Por isso, pode assumir ares de geografia, de história, de uma região longínqua, de um lugar idealizado. Todo esse panorama evidencia a necessidade de arcabouços teóricos e práticos mais próximos da realidade amazônica, e os campos de investigação científica – seja no campo educacional, político, geográfico, de saúde – são caminhos que podem maximizar esse processo decolonial, em busca de conhecimentos que prezam por uma

ecologia dos saberes em detrimento da monocultura do saber, como afirma Boaventura de Sousa Santos (2010).

A partir de tal premissa, tanto Maués (2012) quanto Barreto (2017), ambos antropólogos, trazem para o debate a relação entre religião e saúde que acontecem na Amazônia, sobretudo através das cosmovisões das populações, incluindo indígenas e outras populações típicas da região amazônica.

[...] a 'tradição intelectual' indígena, de ver, de pensar e de organizar o mundo, os seres e as coisas, de relacionar, de manipular e perceber as mudanças, está ancorada em uma epistemologia que não é aquela que aprendemos nas escolas e nas universidades convencionais. Ela está ancorada na cosmologia e no cosmo política, que são a base de conhecimento e o fio condutor de pensamento e das práticas indígenas (Barreto, 2017, p. 603).

O campo da antropologia tem contribuído para a construção de um arcabouço teórico, pautado na interdisciplinaridade, como afirma Maués: “religião e saúde nas áreas rurais da Amazônia” têm se concentrado em vários aspectos, com “predominância sobre o catolicismo, a pajelança, os hábitos alimentares, as concepções médicas, religiosas e cosmológicas e o tratamento de doenças” (2012, p. 36).

Portanto, compreende-se, a partir das premissas, que as crenças religiosas e espirituais não são apenas aspectos culturais, mas também estão intrinsecamente entrelaçadas com as práticas de saúde e as visões de bem-estar nas comunidades amazônicas. Isso destaca a importância de entender e respeitar as perspectivas culturais e espirituais das populações locais ao desenvolver abordagens de saúde e intervenções na região, e pensar nas possibilidades de sistematizar essas práticas em saúde.

Ao cogitar a integração de cuidados com saúde a partir da linguagem e saberes amazônicos, Luz (2005) atesta que esse sistema de cura se encarrega do tratamento de “doenças espirituais” (mau-olhado, feitiço, etc.), ou então daquelas doenças para as quais a medicina ocidental não oferece ainda perspectiva

de cura, cujo tratamento é considerado como excessivamente invasivo, como câncer, AIDS, e várias doenças crônicas.

Assim, no campo dos saberes indígenas e afrodescendentes (Luz, 2005), a "religiosidade do caboclo amazônico/seres e acontecimentos sobrenaturais" caracteriza o sujeito amazônida, legitimando os modos dos sujeitos amazônicos conceber sua cosmogonia, os sinais de sua saúde e seus males. Como explica Maués (2012, p. 41), os "pajés sacacas amazônicos recebem diretamente das entidades místicas ou seres encantados as receitas e técnicas mais eficazes para tratar seus pacientes".

"Doenças" como o "mau-olhado", cujos sintomas deixam a criança "despombalecida", caracterizado por febre, falta de apetite e desânimo para as atividades rotineiras e, "quebranto", que apresenta sintomas semelhantes aos supracitados e é causado pela admiração ou exaltação da beleza da criança, fazem parte do universo amazônico paraense e seus sintomas são aliviados por meio das rezas realizadas por benzedeadas, pajés e curandeiras/os.

Na dinâmica de explicar as realidades, os amazônicos acionam uma relação entre humano, natureza e mítico, a exemplo dos estudos de Maués (2018) intitulado "O modelo da 'reima': representações alimentares em uma comunidade amazônica", no qual ao estudar as concepções de uma comunidade amazônica pesqueira sobre alimentação, explorando especialmente os conceitos associados à reima, revela que "[...] representações, que transcendem a simples esfera do alimento e abrangem também os domínios rituais, xamânicos e até mesmo a própria cosmovisão dos habitantes de Itapuã" (Maués; Maués, 2018, p. 123). Em outras palavras, os sentidos atribuídos às formas de "reimoso" e "não reimoso", manifestam a ampla abrangência das suas implicações culturais e simbólicas.

O que é "reimoso", os informantes respondem que se trata de um alimento que "faz mal", só podendo ser consumido por alguém em perfeitas condições de saúde; ao passo que o alimento manso é considerado inofensivo para as pessoas, em qualquer estado (Maués; Maués, 2018).

Da mesma forma, o termo "reimoso" é elaborado por Begossi et al. (1999) para categorizar "os tipos de alimentos proibidos durante qualquer doença ou por mulheres menstruadas, ou no puerpério (resguardo)". Assim, nesses estudos os autores observam a relação que as comunidades Amazônicas estabelecem entre o conceito de "reimoso" a crenças de que determinados alimentos podem desencadear ou agravar certas patologias, como, por exemplo, quando são consumidos por mulheres grávidas ou que passaram por cirurgia de parto, ou mesmo por indivíduos com feridas abertas. Um exemplo elucidativo é o caranguejo, que, na cultura da Amazônia paraense, é proibido para mulheres que deram à luz, sendo liberado apenas a partir do terceiro período do resguardo (Maués; Maués, 2018).

Tais saberes demonstram como as restrições alimentares estão socialmente influenciadas e adaptadas culturalmente, para acomodar situações específicas de saúde e/ou dos ciclos de vida.

De maneira geral, os estudos sobre as formas como as populações amazônicas lidam com a saúde e as doenças, apresentam categorias que estabelecem diferenças entre as doenças naturais e não-naturais. Ambas apresentam explicações externas aos condicionantes biológicos e ambientais em relação ao corpo, que terminam por orientar os modos de vida dessa população. Assim, embora diferenciadas em suas causas: uma destaca a mão Divina, "doenças naturais são as doenças enviadas por Deus" e outra, revela as doenças não naturais "causadas pelas forças dos encantados, seja, das matas ou das águas, como descreve Heraldo Maués (2008, p.76),

[...] Outra faceta dos "encantados" é a sua "malineza". Concebidos como seres perigosos, podem provocar doenças nos seres humanos, além de outros males. Por isso, é necessário ter cautela com eles, não só pedindo a proteção divina contra os males que podem provocar, como adotando atitudes respeitadas no momento em que se passa pelos locais onde costumam manifestar-se, assim como quando se está assistindo ao trabalho de um pajé.

[...] Os "encantados-do-fundo" podem provocar "doenças", como o "mau-olhado", a "flechada-de-bicho", a "corrente-do-fundo" [...]. Além disso, são também perigosos por costumarem atrair as pessoas para suas moradas "no fundo", onde elas também se transformarão em "encantados". Os "encantados-da-mata" ("anhangá" e "curupira") também provocam o "mau-olhado" e têm o poder de "mundiar" as pessoas, isto é, fazê-las perder-se na floresta. Isto acontece, sobretudo, no caso de caçadores que cometem abusos, matando persistentemente um só tipo de animal ou uma quantidade de caça superior às suas necessidades.

Isto, aliás, é um elemento importante na ideologia regional, desde que esses seres funcionam também como uma espécie de defensores míticos da floresta, dos rios, dos campos e dos lagos. Tudo tem sua "mãe" (um "encantado"): abusos são castigados pela "mãe do rio", quando este é poluído, pela "mãe do mato", quando a floresta é devastada, e assim sucessivamente.

Desta forma, numa relação simbiótica entre a defesa do território pelas suas "mães protetoras", modos de vida são construídos em respeito ao corpo, que também é natureza. Assim, no caso das doenças naturais, é proibido, como vimos anteriormente, consumir certos alimentos, em virtude de serem remosos "para aqueles que estão com abomina é proibido peixe de lixa, carne e peixe muito gordo; para aqueles que sofrem de asma: porco, galinha de raça e pimenta; para quem tem problemas no estômago, peixes como gurijuba, pacamum e sarda. No contexto das doenças consideradas não naturais, não é permitido ingerir peixes grandes (pacamum, peixe pedra) para as flechadas de bicho; na doença de espírito, as comidas proibidas são peru, pato e porco; na condição de estar mal-assombrado, deve-se evitar o consumo de bode e veado, ou seja, carnes de caça" (Maués; Maués, 2018).

Sob essa perspectiva, à luz dos estudos conduzidos por Sousa (2020), torna-se perceptível que as transmissões intergeracionais constituem elementos cruciais que definem essas comunidades, a partir das cosmovisões relacionadas a pesca e/ou a agricultura. A base familiar carrega, ao longo das sucessivas gerações, uma cultura própria, enraizada em uma

perspectiva de mundo distintiva, bem como em hábitos, tradições, crenças, normas e valores.

Esses elementos, entrelaçando-se nas relações cotidianas, gradualmente se disseminam e se consolidam. Dentro do corpo de saberes, determinadas comunidades destacam-se no que se refere ao uso de determinadas plantas medicinais. Um exemplo citado é o uso do boto como remédio para tratar males associados ao "mau olhado". Isso demonstra uma convergência com a noção de "doença não natural" abordada por Maués e Maués (2018).

Dentro desses contextos de saberes, destacam-se os saberes das parteiras tradicionais em relação ao cuidado com a saúde. Na visão de Farias (2013, p. 31),

As parteiras são possuidoras de uma forma particular e singular de saber, de fazer e saber-fazer, que foi se constituindo e se reformulando de geração em geração, marcado de crenças, religiosidade e misticismo, que foram acumulados e praticados ao longo dos tempos, se tornando não somente memórias, mas histórias autênticas de mulheres que executam seu fazer com raras influências do conhecimento científico, e com isso continuam mantendo viva sua tradição de partejar e benzer.

A ideia supracitada ressalta a singularidade do conhecimento das parteiras, sua conexão com tradições ancestrais e a importância de manter vivas essas práticas, apesar das influências externas, perpetuando assim uma tradição valiosa no contexto do cuidado de saúde materna.

Ratificando, o livro intitulado "Pajés, benzedores, puxadores e parteiras: os imprescindíveis sacerdotes do povo na Amazônia" de Filho (2016), ressalta que suas qualidades de sabedoria, habilidade e capacidade de apoiar, confortar e encorajar as mulheres durante o processo de parto e acompanhamento nos cuidados de seus bebês e filhos, as tornam figuras de extrema importância para as famílias que vivem nas áreas rurais.

Dentre os saberes e fazeres das parteiras, além do acompanhamento e aconselhamento das mulheres, baseada em relações de bases familiares, nas quais são vistas nas comunidades

como a “mãe de umbigo”, elas desempenham de acompanhamento antes, durante e depois do parto. Exercem o papel de puxadeiras e, quando necessário, realinham o feto na posição apropriada para o momento do nascimento (Filho, 2016). Elas possuem conhecimentos sobre a preparação de “remédios feitos a partir de ingredientes naturais, como raízes, cascas e ervas, além de recorrerem a orações direcionadas a santos e outros métodos que garantem um parto bem-sucedido para suas pacientes” (Filho, 2016, p. 21).

Nestes contextos, as parteiras, benzedadeiras, curandeiras e pajés são, na perspectiva do mundo amazônico, elos privilegiados da ligação/relação do social com uma parte do mundo natural, “dom de Deus”, e o sobrenatural, o mundo dos “encantados-do-fundo”, e dos “encantados das matas e florestas”. Assim, ao contrário do que ocorre no caso da medicina ocidental, forjada dentro da tradição individualizante e de medicalização, o universo da saúde tradicional amazônica e de outras partes do mundo assume, através dos métodos de seus saberes e fazeres, um sistema complexo de caráter “holístico”, totalizante, que também é condizente com a cosmovisão das populações tradicionais que as procuram para acompanhamento da gestação e/ou para tratamentos de seus males físicos e de seus conflitos psíquicos.

Dessa maneira, problematizar a legitimidade das políticas de saúde que, como destacam Leite e Lima Junior (2015), buscam padronizar ou uniformizar o conhecimento, o uso de formas terapêuticas consideradas tradicionais, entretanto, sem considerar as cosmovisões de saúde amazônica, indica ainda uma colonialidade desses saberes. Em outras palavras há, ideologicamente, representações de que as formas de cuidados das comunidades e populações tradicionais amazônicas são menos avançadas ou menos qualificadas em comparação com as técnicas tradicionais oriundas da Europa e até mesmo da China, como descreve Lima Junior (2014, p. 694),

[...] Na onda de busca por oficialização de práticas não comumente utilizadas no serviço público de saúde, o Ministério da Saúde publicou um documento que apresenta algumas dessas práticas pouco convencionais como potencialidades a serem desenvolvidas e executadas pelos municípios, posto que autorizados pela principal agência elaboradora da política pública em saúde no Brasil. Porém, ao visualizar as terapêuticas envolvidas e contextualizadas no documento, percebe-se que algumas práticas tão comumente encontradas nas margens do saber do cuidado, como é o caso das parteiras e benzedeiras, não configuram como participantes dessa proposição popular ao governo.

Ao circunstanciar a afirmativa em questão, fica evidente que certas práticas amplamente difundidas nas esferas menos formalizadas do cuidado, como as atividades das parteiras e benzedeiras, não são autorizadas na iniciativa governamental em articular o sistema de saúde à medicina tradicional. Esse pressuposto sugere uma possível lacuna na inclusão de práticas que, embora enraizadas nas culturas locais e profundamente relacionadas com os saberes tradicionais, ainda não são incorporadas nas políticas oficiais de saúde.

Essa observação pode reforçar novamente uma reflexão sobre a necessidade de uma abordagem mais inclusiva e holística acerca das parteiras tradicionais nas práticas de cuidado, sobretudo como possibilidade de inserção nas PICS. Tal enfoque realça a crucial importância de uma abordagem mais sensível à diversidade cultural no âmbito da saúde pública.

A sinergia entre práticas tradicionais e estratégias de saúde contemporâneas pode ampliar a qualidade da prestação de cuidados de saúde e fomentar um entendimento mais profundo das necessidades peculiares das comunidades ribeirinhas e costeiras da Amazônia, sobretudo, no contexto dos serviços oferecidos nas Unidades de Atenção Básica de Saúde mais longínquas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalmente, reafirmamos a necessidade de aprofundar ainda mais este estudo, reconhecendo sua relevância em termos de enriquecer o campo dos saberes tradicionais em saúde. No entanto, é possível registrar algumas compreensões parciais. Primeiramente, a urgência em se desenvolver novas epistemologias que sustentem teoricamente o impulso rumo à decolonialidade em diversas esferas amazônicas, especialmente quando se trata da saúde sob uma perspectiva não hegemônica. Em segundo lugar, é fundamental que as "Políticas Públicas em Saúde", ao endossar a incorporação das "Práticas Integrativas Complementares", não marginalizem certas terapias, sobretudo os ricos saberes medicinais e cuidados com a saúde presentes na Amazônia.

Encerrando esta análise, surge um paradoxo intrigante. À medida em que problematizamos essa temática, novas inquietudes se manifestam, abrindo espaço para possíveis investigações futuras. Assim, embora se defenda com otimismo a integração das práticas alternativas de saúde no âmbito das complementações aos tratamentos fornecidos pelo "Sistema de Saúde Brasileiro", questiona-se: como institucionalizar esses saberes tradicionais amazônicos sobre saúde, sem que seus sujeitos sejam invisibilizados e seus conhecimentos sejam diminuídos ao serem formalmente adotados?

REFERÊNCIAS

Barboza, Roberta Sá Leitão, Barboza, Myrian Sá Leitão. Pezzuti, Juarez Carlos Brito. Aspectos culturais da zooterapia e dieta alimentar de pescadores artesanais do litoral paraense. **Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas**, 24(2), 267-284, 2014.

Bentes, Rosineide da Silva. Medicina Tradicional Popular Amazônica (MTPA):seus saberes e praticantes. *In: A Medicina Tradicional Popular Amazônica (MTPA) e Temas Afins*. Série Vidas, vol. 1. Editora CRV. Curitiba, 2019.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 849, de 27 de março 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, **Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018

Dussel, Enrique. Europa, modernidade e eurocentrismo. *In: LANDER, Edgardo (Org.) A colonialidade do saber: eurocentrismo e Ciências Sociais. Perspectivas latinoamericanas*. Colección Sur Sur, CLACSO, Buenos Aires, 2005.

Escobar, Arturo. Territórios da Diferença: A ontologia política dos “Direitos ao Território”. *In: Revista Desenvolvimento e Meio Ambiente*, Vol.35, p. 89-100, Dez. 2015.

Farias, Degiane da Silva. **Entre o parto e a benção**: memórias e saberes de mulheres que partejam. 2013. 136 f. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar) - Universidade Federal do Pará, Campus de Bragança, Programa de Pós-Graduação em Linguagem e Saberes na Amazônia, Bragança.

Favoreto, Cesar Augusto Orazem. A Velha e Renovada Clínica Dirigida à Produção de um Cuidado Integral em Saúde. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade / Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de

Mattos, organizadores. – Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS ABRASCO, 2006

Fertonani, Hosana, Pattrig.; Pires, Denise Elvira. Pires.; Biff, Daiane.; Scherer, Magda Duarte Anjos. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6):1869-1878, 2015.

Filho, Florên Almeida Vaz. **Pajés, benzedores, puxadores e parteiras**: os imprescindíveis sacerdotes do povo na Amazônia. Universidade Federal do Oeste do Pará. Santarém, 2016.

Gonçalves. Carlos Walter Porto. **Amazônia, Amazônias**. São Paulo. Contextos, 2001.

Lacerda, Alda. Valla, Victor Vincent. As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade / Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. – Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS ABRASCO, 2006.

Leite, José Carlos; Lima Junior, Luiz Gustavo De Souza. Cuidado em saúde: sujeito, saberes e a opção decolonial. **RIF**, Ponta Grossa/ PR Volume 13, Número 29, p.50-62, setembro 2015 - DOI - 10.20423/1807-4960/rif.v13n29p50-62. IN. Acesso em 07/07/2023. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/folkcom/article/view/18964/209209214895>

Lima Junior, Luiz Gustavo Souza. "Cuidado em saúde e colonialidade do ser: perspectivas para um saber-fazer corporificado." **Seminário apresentado em Humanidades em Contexto**: Saberes e Interpretações, 2014.

Luz, Madel. **Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas**: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*. 2005; 7(1):13-43.

Maués, Raymundo Heraldo. O Perspectivismo indígena é somente indígena? Cosmologia, religião, medicina e populações rurais na Amazônia. Dossiê -Amazônia: **Sociedade e natureza**, v17n1p33, 2012.

Maués, Raymundo Heraldo.; MAUÉS, Maria Angelica Mota. O modelo da "reima": representações alimentares em uma

comunidade amazônica. **Anuário Antropológico**, v. 2, n. 1, p. 120–147, 2018

Minayo, Maria Cecília Souza. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade** - Petrópolis: Vozes, 2009.

Quijano, Aníbal. Colonialidade do poder: eurocentrismo e América Latina. *In: A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Clacso: Buenos Aires, 2005.

Santos, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula [orgs.]. **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010

Sousa, Gamaliel Tarsos de. **Arranjos Produtivos e Saberes Ecológicos em Áreas de Reservas Extrativistas do Litoral Nordeste do Pará**. 2020. 158 f. Dissertação (mestrado Interdisciplinar) - Universidade Federal do Pará, Linguagens e Saberes na Amazônia, Campus Universitário de Bragança.

Who. **General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine**. Genebra: WHO Press, 2000. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66783/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 10/06/2023.

CAPÍTULO 2

O PANORAMA DA RAIVA HUMANA NO MUNICÍPIO DE BRAGANÇA-PARÁ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIAS NA CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS DE PESQUISA.

Camilo de Oliveira Soares¹

Francisco Pereira de Oliveira²

Silvia Helena Benchimol Barros³

INTRODUÇÃO: breve contextualização

O cenário da área campesino amazônico se apresenta como possibilidade de grande celeiro agrícola e produção comercial, onde muitas vezes, a relação do ser humano com o meio ambiente vem sendo alterado através dos processos produtivos contemporâneos, que na busca de atender um modelo de mercado consumidor, provoca danos irreversíveis ao meio ambiente. Diante dessa temática, podemos destacar um intenso processo de desmatamento da floresta amazônica para criação de pastagem,

¹ Licenciado em Física pelo Instituto Federal do Pará. Aluno Mestrando do Programa de Pós-graduação em Linguagens e Saberes na Amazônia – PPLSA/UFGPA. Endereço institucional: Alameda Leandro Ribeiro - s/n - Aldeia, Bragança - PA, 68600-000E-mail: kcamilosoares@gmail.com - <https://orcid.org/0009-0003-6680-2719> - <https://lattes.cnpq.br/6653920599667775>

² Doutor em Biologia Ambiental. Professor da Faculdade de Educação e dos Programas de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes da Amazônia; e de Biologia Ambiental. Participa do grupo de pesquisa do Laboratório de Ecologia de Manguezal (LAMA), Campus de Bragança. E-mail: foliveiranono@yahoo.com.br - ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1327-8362> - Endereço Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6672819410146078>.

³ Doutora na área de Tradução e Terminologia pelas Universidades de Aveiro (UA) e Nova de Lisboa (UNL) – Portugal; Mestre em Linguística pela UFGPA; Graduada em Pedagogia e Licenciada Plena em Letras Inglêss. Professora efetiva - adjunto da Universidade Federal do Pará; e-mail: silviabenchimol@hotmail.com

práticas humanas em prol da agropecuária e agroindústria que não beneficia a natureza. Nesse sentido, é percebido que diversas espécies de animais têm que mudar seus habitats e até hábitos alimentares para sobreviver às novas realidades produzidas pela cultura humana. Por conseguinte, os hábitos alimentares de morcegos hematófagos são alterados, considerados animais silvestres, domésticos e até o ser humano tornam-se vulneráveis às agressões desse transmissor do vírus rábico.

Mediante ao exposto, é sabido que mordeduras por morcego podem desencadear infecção pelo vírus da raiva. A raiva é considerada uma das zoonoses de maior interesse no âmbito da saúde pública, pelo seu desenvolvimento violento e letal, causando grandes custos econômicos à sociedade. A raiva é uma enfermidade viral infectocontagiosa, de distribuição mundial, causada por um vírus de RNA do gênero *Lyssavirus*. Mamíferos, tais como o ser humano, cães, gatos e bovinos, são susceptíveis à infecção. Refere Uieda *et. al.* (1996) a transmissão percutânea é a mais habitual pelo contato da saliva contendo vírus rábico, com ferimentos recentes na pele ou mucosa, causados pela mordedura, arranhadura ou lambedura de um animal infectado.

Os casos nos quais cães e gatos foram os transmissores da raiva diminuíram consideravelmente devido aos programas de vacinação promovidos pelos governos federal, estadual e municipal (Taddei, 2006). Refere, Fernandes *et. al.* (2013), que o perfil epidemiológico da raiva mudou nas duas últimas décadas no Brasil, pois os principais casos passaram a ser relatados como os de agressões por morcegos hematófagos e em menor escala por outros animais mamíferos.

Considerando os casos de raiva humana no Pará, o primeiro caso transmitido por morcego foi relatado em Juruti, Baixo Amazonas, em 1975, com relatos de mortes (Schneider, 2009; Silva, 2014), posteriormente, outros eventos tiveram lugar em outros municípios do estado como o caso de Portel – PA, com ampla divulgação, assim como no município de Viseu (Silva, 2014). As taxas de raiva humana do estado do Pará, até os anos de

1990, mostravam-se das mais elevadas no cenário nacional e estudos, na atualidade, apontam para o fato de que a migração tanto de morcegos hematófagos como também de animais silvestres, constitui fator de transmissibilidade do vírus da raiva na região bragantina.

Nesse sentido, segundo De Paula *et. al.* (2018), observando-se o perfil da população agredida nas últimas notificações, nota-se que se tratam de pessoas que residem na zona rural (campesina), que trabalham e traçam seus modos de vida em contato constante com áreas de preservação ou com pouca interferência humana, como extrativistas e agricultores. A classificação “rural-urbano”, de característica binária, recebe críticas com relação aos critérios oficiais de sua determinação tomando por base a situação de domicílio e enfatizando a “ruralidade como traço característico da estrutura sócio-espacial de ocupação do território brasileiro” (Valadares, 2014, p. 5).

Essas constatações foram a motivação para a realização de minha dissertação de mestrado, ora em curso no Programa de Pós-Graduação Linguagens e Saberes na Amazônia - PPLSA⁴. Este capítulo, portanto, foca no relato de práticas e estratégias de saúde pública na prevenção, controle e monitoramento da raiva humana no município de Bragança-Pará. Esse produto é um recorte do teor da referida dissertação, que trata da importância de produtos técnicos educacionais utilizados para efeito de prevenção de doenças, direcionados para uma população de peculiaridade rural⁵.

⁴ Dissertação em desenvolvimento sob a orientação da Profa. Dra. Silvia Helena Benchimol Barros

⁵ Oficialmente utilizamos a classificação municipal das divisões inframunicipais como áreas urbanas e rurais. Estima-se que a população rural brasileira é de 29,8 milhões de pessoas.

CASOS DE BRAGANÇA-PA: perfil do atendimento antirrábico humano por agressões de caninas, felinas e animais silvestres

O Município de Bragança é um dos 16 municípios que fazem parte do 4º Centro Regional de Saúde (CRS) da Secretaria Estadual de Saúde (SESPA), logo, os casos de agressões por cães, gatos, animais silvestres ou outros suspeitos do vírus da raiva notificados pelo município de Bragança são encaminhados para 4º CRS que, posteriormente, é informado ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

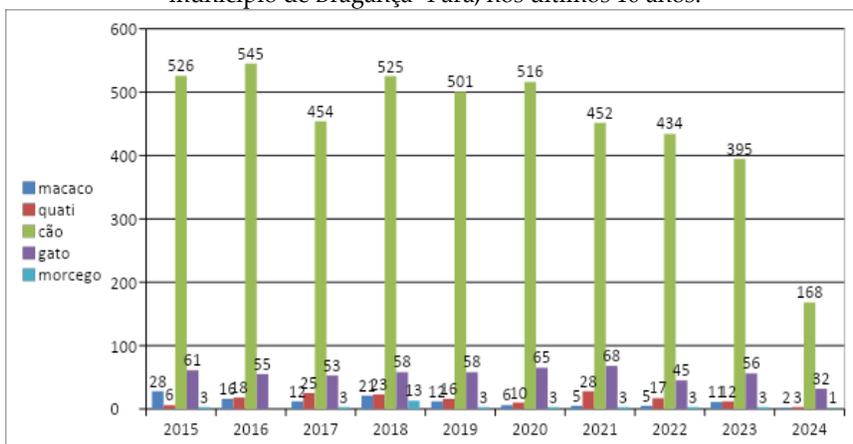
Por sua vez, o SINAN é atualizado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, conforme Portaria de Consolidação nº 4, de 2017, mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região. Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

No município de Bragança, temos a representação de casos notificados por agressões de animais suspeitos do vírus da raiva entre os anos de 2015 a meados de 2024, com prevalência também de caninos, felinos, morcegos e primatas que são animais silvestres e, na maioria das vezes, são domiciliados, ou seja, criados nas residências junto com humanos.

Esse fator não favorece as estratégias da saúde pública, pois muitos são os casos de animais silvestres criados em cativeiro que tornam-se estressados e agressivos fora de seus habitats naturais e, como consequência, temos atendimentos de diversas pessoas vítimas de mordedura e/ou arranhadura de um único animal domiciliado.

O gráfico a seguir (Figura 1), mostra o número de atendimentos antirrábicos nos últimos 10 anos, pois as investigações apontam que esses dados não representam o total de agressões de animais suspeitos de raiva humana no município, uma vez que existem casos que não são informados aos profissionais de saúde e, por conseguinte, não são notificados, principalmente nas comunidades rurais.

Figura 01: Notificação de Atendimento Antirrábico Humano de casos no município de Bragança- Pará, nos últimos 10 anos.



Fonte: SINAN NET, 2024.

Conforme observado na Figura 1, há uma incidência de casos de agressões por animais silvestres, principalmente por quatis (*Nasua nasua*), que são considerados mais exóticos e, provavelmente, essa seja uma explicação para que exista mais animais dessa espécie domiciliado, os primatas também são vistos no gráfico, embora em menor quantidade, ainda assim são fatores de riscos, podendo contribuir para uma possível contaminação pelos vírus rábico em humanos.

Em relação às agressões notificadas pelo SINAN, todas são passíveis de observação e cuidados, sendo administrada a Vacina Antirrábica Humana e o Soro Antirrábico para a prevenção da pessoa exposta ao vírus rábico, conforme Nota Técnica nº 08 de

2022 (CGZV/DEIDT/SVS/MS). Adicionalmente, é observada a prevalência de caninos e felinos como os maiores agressores de humanos, esses casos devem-se à presença desses animais com mais frequência nas ruas, nas residências e como animais de estimação. A prevenção para essa população é feita com a vacina antirrábica de cães e gatos disponibilizada pelo Governo Federal por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que são administradas pelos estados e municípios em todo o País, conforme Nota Técnica nº 134, de 2022 (CGZV/DEIDT/SVS/MS). Logo, chama-se a atenção para a importância de vacinar cães e gatos a cada ano com o objetivo de prevenção e segurança que nossos “amigos de estimação” não contraiam o vetor de transmissão do vírus da raiva.

Nesse cenário de dados gerais, ressalta-se que a Secretaria Municipal de Saúde de Bragança-Pará, a partir das informações do SINAN, promove estratégias de combate ao vírus da raiva humana, pois faz o mapeamento de áreas e comunidades com maiores incidências de agressões por animais suspeitos do vírus rábico e medidas efetivas são e devem ser tomadas. Entende-se, portanto, que as informações do SINAN são, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da Secretaria de Saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções no território municipal.

RELATOS DE EXPERIÊNCIAS: construção das práticas de pesquisa com prevenção, controle e monitoramento da raiva humana na divisão de zoonoses em Bragança-PA

A construção das práticas de pesquisa está intimamente ligada ao olhar sensível do(a) pesquisador(a), pois desde criança já somos instigados por nossos pais a trilhar uma carreira, mesmo que não seja aquela que sonhamos e/ou queremos trilhar como profissionais. Por outro lado, os caminhos percorridos nesse processo são construídos e reconstruídos de influências, certezas e

incertezas, os quais nos levam a debruçar em concepções filosóficas do desconhecido ou trilhamos nossas práticas vividas, ensinadas ou experienciadas.

Partindo desse viés, retomo a dizer que a construção deste capítulo, é um recorte da minha dissertação de mestrado, cuja temática se relaciona com a importância de produtos técnicos educacionais utilizados para efeito de prevenção de doenças, direcionados para uma população de peculiaridade rural. Assim, minhas experiências com as ações de combate à raiva humana se deram conforme desenvolvimento do meu emprego/trabalho como Gerente de Zoonoses da Secretaria Municipal de Saúde de Bragança-Pará.

Minha investida no cenário profissional ocorreu no ano de 2007, quando a Prefeitura municipal de Bragança-Pará lançou o Edital N° 001/2007 e um dos cargos ofertados era o de Agente de Vigilância Sanitária, com 04 vagas imediatas, as quais concorri e fui aprovada para uma delas. Após a aprovação veio o período de espera para a convocação, para mim foi angustiante, pois não sabia ao certo onde iria trabalhar ou com o que trabalharia, no meu pensamento o trabalho se restringia apenas com a fiscalização de alimentos na feira livre da sede do município de Bragança.

Em novembro do mesmo ano, fui chamado para tomar posse. Tudo muito novo para mim, pois comecei a trabalhar no Departamento de Vigilância em Saúde (DVS), prédio anexo à Secretaria Municipal de Saúde. O DVS é estruturado com os seguintes serviços: Divisão de Vigilância Ambiental, Divisão de Vigilância Epidemiológica, Divisão de Vigilância em Zoonoses, Divisão de Vigilância Nutricional, Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador e Divisão de Vigilância Sanitária, todos gerenciados por seus responsáveis técnicos e coordenados por um único profissional, tido como o coordenador do departamento de vigilância em saúde no município.

Embora houvesse diversas divisões no DVS, todos os funcionários eram capacitados ou orientados a compor cada setor

do departamento, ou seja, hoje, os mesmos Agentes de Vigilância Sanitária que fiscalizam os alimentos também vão a campo compor a equipe de Vigilância em Zoonoses nas diversas coletas de materiais biológicos. Atualmente, considero o DVS como um grande laboratório de práticas de prevenção, monitoramento, orientação, imunização e fiscalização no município de Bragança.

Lembro-me que no meu primeiro dia de serviço, a expectativa era grande. Nesse dia, fui enviado juntamente com a equipe da Vigilância em Zoonoses para uma comunidade do interior bragantino para fazer a vacinação antirrábica em cães e gatos como medida preventiva de bloqueio ao vírus da raiva. Naquele momento, pensei: como farei este trabalho de vacina se não tenho curso técnico? Logo, veio ao alívio: minha participação era como registrador das informações nas carteiras de vacinação com nome do animal, sexo, idade, nome do vacinador e data da vacinação (Figura 2). Na oportunidade, observei que muitas pessoas das comunidades rurais desconhecem o risco que os animais domésticos são expostos, assim como são pouco esclarecidas sobre a raiva humana e seus métodos de prevenção. Observação que me levou a ficar ainda mais curioso, ainda mais por que era o meu primeiro contato com animais de áreas de riscos de contágio do vírus da raiva.

Figura 2. Vacinação Antirrábica de cães na zona rural de Bragança-PA.



Fonte: Arquivo pessoal dos autores.

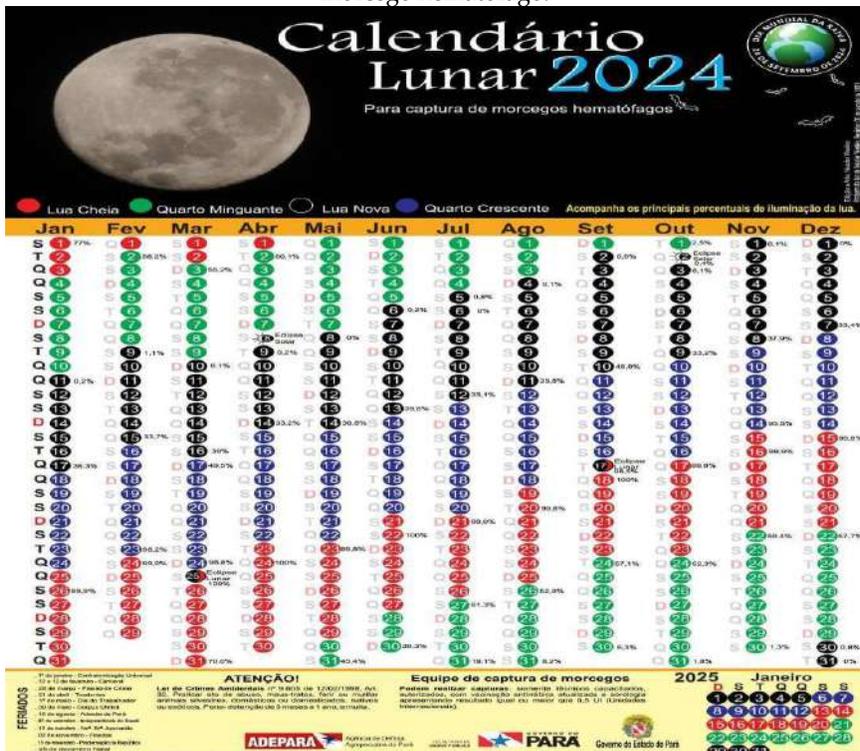
A Figura 1 traz o registro fotográfico de um técnico da Vigilância em Zoonoses em atividade de vacinação antirrábica de cães e gatos na zona rural de Bragança. Essa ação representa um bloqueio vacinal do vírus rábico em área de risco. A vacina antirrábica de cães e gatos faz parte do calendário vacinal do Ministério da Saúde e acontece uma vez por ano, sendo efetivada na Campanha Nacional de Vacinação Antirrábica de Cães e Gatos. Essa ação preventiva garante que animais domésticos como cão e gato não sejam acometidos pelo vírus da raiva e se torne vetor de transmissão para humanos.

Em continuidade às práticas desenvolvidas no DVS, no mês seguinte, houve a captura de morcego hematófago, que é uma prática para coleta de material biológico, ainda com a equipe da Vigilância em Zoonoses e, nessa atividade, é necessário que seja feita uma investigação prévia por parte dos agentes do DVS ou dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das áreas onde existam agressões de morcegos hematófagos em animais de grande ou pequeno porte, sejam bovinos, equinos, suínos e até mesmo humanos. As agressões por morcegos hematófagos são comuns nas comunidades rurais bragantinas, com isso, é

importante também que os proprietários de animais procurem os profissionais da saúde para informar a ocorrência de agressões.

A captura de morcego hematófago na Divisão de Zoonoses, acontece uma vez por mês, respeitando o calendário lunar (Figura 3), ou seja, a fase da lua nova que são as noites escuras sem luar, haja vista que esses animais têm hábitos noturnos e se alimentam com frequência nesse período.

Figura 3: Calendário lunar ano 2024 como base para o processo de captura do morcego hematófago.



Fonte: Agência de Defesa Agropecuária do Pará-ADEPARA.

O Calendário Lunar, conforme Figura 3, é uma ferramenta usada pelas equipes de captura de morcegos e indica os dias de noites escuras, ou seja, lua nova. As noites escuras são as mais propícias para a captura de morcegos hematófagos. Além do

calendário lunar, são necessárias as investigações feitas pelos ACS das áreas ou pelos técnicos da zoonoses para a identificação dos locais de maiores incidências de agressões por morcegos daquela espécie.

Assim, a cada dez morcegos hematófagos capturados (Figura 4), um se torna amostra que é enviada para o Laboratório do Instituto Evandro Chagas na capital do estado do Pará, Belém, para análise do vírus rábico e, os demais são soltos, mais antes são “tratados”, lambuzados, com uma pasta vampiricida, que produz hemorragias internas e generalizadas, capaz de exterminar vários morcegos em uma mesma colônia. Essa atividade de captura é uma forma de controle da população de morcegos hematófagos, que são considerados os principais transmissores do vírus da raiva.

Figura 4. Morcego Hematófago capturado em rede de neblina.



Fonte: Arquivo pessoal dos autores.

A Figura 4, apresenta um morcego hematófago capturado com rede de neblina em abrigo de animais, pois geralmente os animais de pequeno porte como caninos, felinos, suínos, aves e outros são os que sofrem mais agressões por morcegos desta espécie.

O monitoramento do vírus rábico é outra prática comum no DVS/Zoonoses, que consiste na coleta de encéfalo de animais para análise laboratorial, ou seja, essa prática acontece quando um animal bovino, equino, suíno, cão ou gato são suspeitos do vírus da raiva. Os sintomas da raiva são bastante peculiares, tornam os animais agressivos e desconhecem seus donos; os cães se tornam perigosamente agressivos, com tendência a morder objetos, animais e o ser humano, inclusive seu próprio dono; muitas vezes morde a si mesmo, infligindo-se graves feridas (Taddei *et al.*, 2006).

Na maioria das vezes, os donos dos animais suspeitos de raiva procuram os Agentes de Saúde da área para relatar o fato e a partir destas informações o ACS faz contato com a coordenação do DVS, que aciona a equipe da zoonoses para ir até o local fazer a coleta do material biológico (Figura 1), fatos mais ocorridos na zona rural bragantina.

Figura 5. Coleta de material biológico, encéfalo bovino, área



Fonte: Arquivo pessoal dos autores.

A Figura 5 é a representação da coleta de material biológico desenvolvido pela Divisão de Vigilância em Zoonoses da Bragança-Pará, pois essa atividade garante o monitoramento do vírus rábico nas diversas comunidades bragantinas, assim como colabora para a elaboração das estratégias de combate ao vírus rábico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo buscou demonstrar pelos relatos de experiências que a infrequência de casos positivos de raiva humana em Bragança-Pará é reflexo do efetivo trabalho de prevenção, controle e monitoramento do vírus rábico, desenvolvido pelo departamento de vigilância em zoonoses. Ainda assim, são necessárias ferramentas que possibilitem que as informações a respeito dessa zoonose, que não tem cura, sejam divulgadas e multiplicadas principalmente entre os moradores das comunidades rurais de Bragança. Com essa perspectiva, é válido a aplicabilidade de cartilhas educativas utilizadas como elementos de educação, controle e prevenção de possíveis contaminações pelo vírus da raiva. As cartilhas, por sua dinâmica discursiva que tende à ilustração e simplificação do léxico especializado com fins de atingir seus objetivos e ampliar a recepção da informação, adquire papel de relevância no processo. Portanto, como exposto, essa estratégia de saúde pública é preconizada e referida no estudo de dissertação, que trata da importância de produtos técnicos educacionais utilizados para efeito de prevenção de doenças, direcionados para uma população de peculiaridade rural bragantina.

REFERÊNCIAS

Agência de Defesa Agropecuária do Estado do Pará. Calendário Lunar ano 2024. Disponível em: <https://www.adepara.pa.gov.br>

De Paula, N S. et al. **Characterization of rabies post - exposure prophylaxis in a region of the eastern Amazon, state of Pará, Brazil, between 2000 and 2014.** 2018, p. 1–9. doi: 10.1111/zph.12444

Fernandes, M.E.B. et al. Rabies in humans and non-human in the state of Pará, Brazilian Amazon. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases.** v. 17(02), p.251-253, 2013.

Nota Técnica Nº 134/2022-Cgzv/Deidt/Svs/Ms. Orienta o uso do soro antirrábico humano e da imunoglobulina antirrábica humana no Brasil em período de escassez destes imunobiológicos. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/r/raiva/publicacoes/nota-tecnica-no-134-2022-cgzv-deidt-svs-ms/view>

Nota Técnica Nº 8/2022-Cgzv/Deidt/Svs/Ms Informa sobre atualizações no Protocolo de Profilaxia pré, pós e reexposição da raiva humana no Brasil. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/r/raiva/imagens/nota-tecnica-n-8_2022-cgzv_deidt_svs_ms.pdf/view

Portal SINAN. (2020). Doenças e Agravos. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/doencas-e-agravos>

Portaria De Consolidação Nº 4, De 28 De Setembro De 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/imagens/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_4_28_SETEMBRO_2017

Schneider, M.C.; Romijn, P.C.; Uieda, W.; Tamayo, H.; Silva, D.F.; Belotto, A.; Silva, J.B.; Leanes, L.F. Rabies transmitted by vampire bats to humans: an emerging zoonotic disease in Latin America? **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.25 (3), p. 260-269, 2009.

Taddei A.V. et al. **Distribuição do morcego vampiro *Desmodus rotundus* no Estado de São Paulo e a raiva dos animais domésticos.** Coordenadoria de Assistência Técnica Integral, Campinas. 107p, 1991. TRAVASSOS DA ROSA, E. S. et al. Bat-transmitted human rabies outbreaks, Brazilian Amazon. *Emerging Infections Diseases*, v. 12, n. 8, August, 2006.

Uieda, W.; Hayashi, M.M.; Gomes, L.H.; Silva, M.M.S. Espécies de quirópteros diagnosticadas com raiva no Brasil. **Boletim do Instituto Pasteur**, São Paulo, 2 (1), p. 17-36, 1996.

Valadares, Alexandre Arbex. **O Gigante Invisível: Territórios e População Rural para Além das Convenções Oficiais**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2014.

CAPÍTULO 3

PERCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS SOBRE O CUIDADO ÀS MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE DISPLASIAS MAMÁRIAS EM BRAGANÇA-PA

Gilmaira Pires Filgueira¹

Sebastião Rodrigues da Silva Júnior²

Mario Ribeiro da Silva Júnior³

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Enfermeira e Coordenadora do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU-192, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Bragança-PA. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes na Amazônia (UFPA, Campus de Bragança-PA). Endereço: Rua Projetada 79, Alameda A casa 10, Bairro: Perpétuo Socorro 2, Cidade: Bragança, CEP: 68600-000. Email: gilmaira_enfermagem@hotmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2279892089250139>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9921-6992>

² Doutor em Sociologia (UFPA-2013). Mestre em Ecologia de Ecossistemas Costeiros (UFPA-2008). Bacharel e Licenciado em Ciências Sociais (UFPA-1995). Professor Associado II da Faculdade de Educação do Campus de Bragança (UFPA). Professor do Programa de Pós-graduação em Linguagens e Saberes da Amazônia (PPLSA). Tem experiência na área de Sociologia, com ênfase em Sociologia, Estado, Movimentos Sociais. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Educação de Jovens e Adultos e Diversidade na Amazônia (GUEAJA). Universidade Federal do Pará, Campus Universitário de Bragança. Rua Leandro Ribeiro S/N Aldeia, Cidade: Bragança, CEP: 68600-000. Email: sebast@ufpa.br. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3931008488643780> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7308-6990>.

³ Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Pará - UFPA (1992), especialista em Gastroenterologia pela Associação Médica Brasileira - Federação Brasileira de Gastroenterologia (1997), mestre em Clínica das Doenças Tropicais pelo Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará - UFPA (2010) e doutor em Clínica das Doenças Tropicais no Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará - UFPA (2018). Pós doutorando em Patologia pela Universidade de São Paulo - USP (2021) Foi nomeado Secretário Municipal de Saúde e Vice-Prefeito do município de Bragança-PA Endereço: Travessa Coronel Antonio Pedro, nº 209, Bairro: Aldeia, Cidade: Bragança, CEP: 68600-000. Email: marioribeiro@bragança.pa.gov.br. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3647378081227477>.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é talvez, dentre os tumores malignos que acometem mulheres, o que mais causa medo, pela sua grande frequência e principalmente pelas mudanças psicológicas significativas, que podem alterar a imagem corporal e a sexualidade feminina (Almeida *et al.*, 2001).

Esta patologia representa um grave problema de saúde pública em todo o mundo, devido a sua alta incidência, morbidade, mortalidade e elevado custo do tratamento (Figueiredo *et al.*, 2009). É o segundo tipo mais frequente no mundo e sua incidência teve um crescimento contínuo na última década. A doença é uma das questões de grande relevância na área da Saúde da Mulher, visto ser a maior causa de óbitos por câncer na população feminina, principalmente na faixa etária entre os 40 e 69 anos (Brasil, 2011).

O câncer de mama, por afetar o órgão de representação da sexualidade e da maternidade, causa um impacto direto na identidade feminina (Voz *et. al.*, 2006; Duarte; Andrade, 2003). A mulher com câncer de mama vivencia, em sua trajetória, inúmeras situações como aquelas relacionadas à integridade biopsicossocial, a incerteza do sucesso do tratamento, a possibilidade da recorrência e a morte. Aceitar sua nova condição e adaptar-se à nova imagem de seu corpo exige um esforço muito grande para o qual, não estão preparadas (Pereira *et al.*, 2006).

O tratamento de pacientes com câncer de mama exige uma abordagem cirúrgica denominada de mastectomia que frequentemente é acompanhada de sequelas físicas representadas principalmente por dor, limitação de amplitude de movimento, alterações de sensibilidade do membro superior homolateral à cirurgia (Brasil, 2011).

Assim, é um dos tratamentos em que a maioria das mulheres com câncer de mama é submetida à mutilação dela decorrente favorece o surgimento de muitas questões na vida das mulheres, especialmente aquelas relacionadas à imagem corporal. Assim,

como em outras doenças estigmatizantes, o câncer de mama e as alterações mamárias são, ainda, muito temidos em nosso século, isso porque, na contemporaneidade, vem crescendo impetuosamente (Ferreira; Mamede, 2006).

Cuidar dessas mulheres exige uma atitude profissional diferenciada, pela gravidade da doença e pela influência que ela exerce no aspecto biopsicossocial da paciente, sendo que, muitas vezes, desestrutura sua rotina, seus hábitos e sua vivência na sociedade (Lopes *et al.*, 2015).

Contudo, é essencial dispor de sensibilidade para compreender e intervir frente às dificuldades as quais a mulher está passando, com uma visão humanística e integral do cuidado, preocupando-se com o estado físico, emocional, social e familiar da paciente. Sendo de suma importância que este acompanhamento seja dotado de dedicação e confiança, possibilitando o restabelecimento da saúde em seu sentido mais amplo (Galdino *et al.*, 2017).

A partir destas considerações, o presente capítulo deriva da seguinte questão norteadora: “qual a percepção de cuidado e práticas desenvolvidas junto às mulheres diagnosticadas com alterações na mama sob a ótica de enfermeiras atuantes no Centro de referência municipal localizado no na região central do Município de Bragança no Pará?”, a qual direcionou ao objetivo que foi conhecer a percepção das enfermeiras sobre o cuidado e as práticas desenvolvidas junto às mulheres com diagnóstico de displasias de mama.

A partir desta problematização, tem-se o intuito de repensar o cuidado de Enfermagem e saúde ofertados a essas mulheres, a fim de propor mudanças à qualidade de futuras políticas públicas e estratégias em saúde, com vistas à assistência de Enfermagem integral e humanizada.

Estes dados irão proporcionar um direcionamento da assistência voltada para as peculiaridades da mulher costeira da Amazônia, a fim de estabelecer estratégias de cuidado destinadas a esta mulher.

METODOLOGIA

No que se refere à atenção integral à saúde da mulher, preconizam-se ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos integrados e continuados pelos serviços da rede primária de saúde. Entre estas ações na atenção primária em saúde, especificamente na zona rural e costeira do município de Bragança, tem-se enfatizado a detecção precoce do câncer de mama, não apenas pela importância da realização de etapas iniciais relacionadas à identificação de sinais e sintomas do câncer, mas por sua capacidade na coordenação do cuidado.

No atual cenário da estratégia de saúde da família no município de Bragança, trabalhando como enfermeira há 06 anos, pude observar o crescente aumento de casos de mulheres cada vez mais jovens apresentando alterações mamárias, sejam elas quilombolas, agricultoras, lavradoras e marisqueiras, até mesmo servidoras da saúde que residem na comunidade. Desde então a busca por soluções para lidar com este mal silencioso refletiu em minha vida.

Em virtude disto optei por desenvolver este artigo para conclusão de disciplina a qual é uma pesquisa de delineamento qualitativo, do tipo exploratório-descritiva. A pesquisa qualitativa é a que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações e das percepções, apresentando melhor conformação a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores (Minayo, 2014). Já a pesquisa descritivo-exploratória tem como objetivo a descrição de características de determinada população ou fenômeno, buscando uma maior familiaridade com o objeto do estudo, visando o esclarecimento ou a constituição de hipóteses (Gil, 2010).

Foi realizada uma pesquisa de campo com as enfermeiras atuantes no Centro de Atendimento à Saúde da Mulher (CASM) localizada na região Central do Município de Bragança-PA. Estas enfermeiras atuam diretamente no cuidado de pacientes que recebem o diagnóstico de alterações mamárias e que são

direcionadas às Unidades Básicas de Saúde da zona rural e urbana após resultado de exames que apresentem alterações mamárias ou uterinas. Dentre os critérios de inclusão foram considerados: a) ser enfermeira (o) graduada (o); b) tempo de experiência na área maior que seis meses; c) atuar diretamente em contato com as mulheres. No que tange aos critérios de exclusão, foram excluídas enfermeiras que tinham tempo menor de atuação, que atuam na gerência ou coordenação, que não tinham contato direto com as mulheres.

A coleta de dados aconteceu em outubro de 2023, por meio de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas acerca do cuidado ofertado às mulheres com diagnóstico de câncer de mama, oportunizando às participantes discorrer livremente sobre a temática proposta.

As entrevistas tiveram caráter individual, sendo realizadas em um espaço que garantiu a privacidade da participante. A gravação ocorreu por meio de aparelho digital com o consentimento do participante, de modo a registrar integralmente a fala, assegurando material autêntico para a análise posterior.

A narrativa, seja ela biográfica ou autobiográfica, assim como aquela do entrevistado que se dirige ao entrevistador, propõe acontecimentos que, por não se desenrolarem em uma estrita sucessão cronológica (qualquer um que coletou histórias de vida sabe que os entrevistados perdem constantemente o fio da sucessão cronológica), tendem ou pretendem se organizar de acordo com sequências ordenadas por relações inteligíveis. O sujeito e o objeto da biografia (o entrevistador e o entrevistado) têm de alguma maneira, o mesmo interesse em aceitar o postulado do sentido da existência relatada (e, implicitamente, de toda a existência) (Bourdieu; Pierre, 1986, p. 01).

Após a realização das entrevistas, ocorreu a transcrição dos dados obtidos por meio das gravações das falas das participantes de forma literal em um editor de textos, constituindo o corpus da pesquisa. O pesquisador, além de se apropriar dos dados apresentados, deve julgá-los, interpretá-los e tomar posição em relação a eles. Tanto o sujeito que comunica como aquele que o

interpreta são marcados pela história, pelo tempo e pelo seu grupo (Minayo, 2014).

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo do tipo temática, proposta por Minayo. A análise temática sucedeu em três etapas: a) organização dos dados onde houve a identificação do material coletado, escuta assídua e sistemática, transcrição das falas, leitura inicial e primeiras impressões dos dados obtidos; b) classificação dos dados a partir das questões teoricamente elaboradas, foi feita seleção dos trechos mais relevantes e ideias centrais. Para este agrupamento, foi considerada a relevância da fala acerca do objeto, recorrência do tema e expressividade; c) análise e interpretação final com movimento entre os conteúdos teóricos e empíricos, correlacionando em um movimento dialético.

Para preservar o sigilo e anonimato, cada uma das duas participantes foi identificada pelo código alfanumérico como E1 (Entrevistada 1), E2 (Entrevistado 2) e E3 (Entrevistado 3), obedecendo a ordem em que as entrevistas foram realizadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte do estudo três enfermeiras. O tempo de atuação no serviço de referência variou entre um ano e meio a dois anos. Ambas são egressas da rede de Atenção Básica Municipal e já tinham experiência no trabalho com a saúde da mulher.

A partir da análise qualitativa do conteúdo foi possível identificar os discursos de acordo com os aspectos abordados sobre as percepções dos enfermeiros frente ao cuidado às mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Como resultado, emergiram dois temas: 1) Cuidados de Enfermagem às mulheres com câncer de mama: práticas e enfrentamentos; e, 2) Dificuldades enfrentadas pelas mulheres com câncer de mama, na voz dos enfermeiros.

PRÁTICAS E DIFICULDADES NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES COM DISPLASIAS MAMÁRIAS

Ao serem questionados sobre os cuidados ofertados às mulheres que recebem o diagnóstico de alterações na mama, percebe-se a importância que os entrevistados delegam à necessidade de uma abordagem da doença não apenas na sua condição clínica, que acomete o âmbito biológico, mas que atinge a vida da mulher na perspectiva psicológica e social do ser. Neste contexto, o apoio psicológico aparece como um dos principais cuidados destinados a essas mulheres, principalmente pelos medos e anseios após diagnóstico.

Primeiro elas esbanjam medo da morte com a incerteza da cura ou evolução positiva da doença, temos o acompanhamento psicológico disponível para todas as pacientes do serviço (E1).

Primeiramente algumas já tentaram ler, e ficam muito ansiosas devido a linguagem técnica, chegam cheias de dúvidas já perguntando o resultado pois já recorreram a internet só ficando confusas, outras com pouco ou nem um estudo escutam as explicações e orientações atentas porém como enfermeira não podemos dar diagnóstico apenas orientamos a ficarem calmas e esperar o parecer da médica (E2).

A primeira preocupação é unanime, financeira, se ela parar de trabalhar quem vai botar comida em casa, alimentar os filhos e netos, como ela vai arcar com os custos do tratamento, depois vinha o medo da invalidez e morte (E3).

Ao cuidar de pacientes diagnosticadas com câncer de mama, a enfermagem deve estar preparada para atendê-las integralmente, considerando ser uma enfermidade agressiva em diversos aspectos, não se limitando à dimensão física, mas que perpassa todo o círculo que rege a vida da mulher.

Pollak (1985) tem explorado as complexas interações hormonais que podem influenciar o desenvolvimento do câncer de mama, sua abordagem multidisciplinar se alinha à compreensão de que o câncer de mama não é apenas uma condição biológica, mas também é moldado por fatores sociais,

econômicos e culturais. A atenção do autor a essas dimensões mais amplas contribui para uma visão abrangente do câncer de mama, considerando não apenas os aspectos biológicos, mas também os contextos sociais que podem afetar a incidência e o manejo da doença.

Pode-se imaginar, para aqueles e aquelas cuja vida foi marcada por múltiplas rupturas e traumatismos, a dificuldade colocada por esse trabalho de construção de uma coerência e de uma continuidade de sua própria história. Assim como as memórias coletivas e a ordem social que elas contribuem para constituir a memória individual que resulta da gestão de um equilíbrio precário, de um sem-número de contradições e de tensões (Pollak, 1985).

Para tanto, estratégias de apoio psicológico podem ajudar as pacientes a lidarem com o câncer e os efeitos dos tratamentos. Para prover cuidado integral às pacientes, é preciso conhecer suas necessidades e de que modo pode-se minimizar o impacto psicossocial da doença e os efeitos adversos de seus tratamentos (Santos & Souza, 2019). As condutas humanizadas dos enfermeiros acabam por aliviar o peso do diagnóstico e do tratamento, contribuindo para uma melhor reabilitação da paciente, que aos poucos vai reconstruindo e ressignificando sua vida.

Além do apoio oferecido às pacientes, faz-se necessário que esse cuidado se estenda também às tradições religiosas, culturais e místicas. As mulheres da Amazônia tem afinidade e costume de realizá-las.

[...] As mulheres já relatam uso de medicamentos fitoterápicos/empíricos para tratamento não farmacológico dos problemas psicológicos, porém a família pesa muito no acompanhamento (E1).

Muitas relatam que tem fé que Serão curadas e usam isso como poder de cura, fazem chás, banhos e rezas nas rezadoras da própria comunidade, mas se a família e amigos não tiverem junto, é bem difícil o processo para a mulher (E2).

As mulheres relatam que perdem até a libido em virtude do problema, a vergonha de tirar a roupa, sutiã na frente do parceiro, acaba prejudicando a relação

conjugal das pacientes, nesse ponto a família tem que ajudar também e principalmente o marido (E3).

Neste contexto de discurso infere-se que as mulheres bragantinas chegam aos serviços de saúde utilizando saberes caboclos amazônicos, nos quais se destaca a fé, medicações, chás, práticas de cura que aprendem com os pajés, rezadeiras e benzedadeiras.

A categoria cabocla não é apenas uma categoria relacional, mas antes de tudo, intersticial, intervalar, categoria mediadora entre o dentro e o fora, o interior e exterior, e não pode ser apreendida em termos de descontinuidades e rupturas, conceituais ou práticas, entre um espaço regional e um tempo colonial, e os espaços e tempos pós-coloniais, translocais e transnacionais. Mas, ainda que, conceitualmente, imprecisa e politicamente não situada, deslocada entre fronteiras e margens, exatamente por isso pode permitir melhor o exercício de auto-reflexividade sobre o contexto amazônico e a constituição de seus sujeitos (Rodrigues, 2006).

Para isso, o enfermeiro que cuida deve ampliar seu campo de atuação, contemplando o contexto social em que ela está inserida (Kuhn et al., 2018), ofertando-lhes suporte, valorizando e respeitando seus sentimentos e expectativas após o diagnóstico da doença. Entende-se que, na medida em que a mulher e seus familiares encontram-se acolhidos e amparados, apresentam melhores condições para vivenciar este período (Ziguer; Bortoli; Prates, 2016).

Além do cuidado ofertado pelo enfermeiro, ao considerar a assistência sob uma ótica biopsicossocial e espiritual, torna-se fundamental a atuação de uma equipe multiprofissional, conforme é destacado no depoimento a seguir.

[...] a gente sempre tem o apoio da equipe multidisciplinar. Temos o acompanhamento psicológico para todas as pacientes (E1).

[...] reconheço que algumas mulheres enfrentam maior dificuldade pra chegar ao serviço devido a falta de informação e transporte devido suas finanças limitadas.

[...] Mesmo o município tendo uma rede de apoio bem estruturada acaba esbarrando na grande demanda do estado (E2).

A gente tem a equipe multi né, mas ainda acho que a família tem um poder de ajudar nesse momento tanto quando a equipe (E3).

O habitus, conceito chave da teoria de Bourdieu, pode ser explorado na forma que as mulheres enfrentam a doença, moldando suas reações emocionais, estratégias de busca de informações e decisões relacionadas a seu diagnóstico e tratamento.

No cuidado à mulher com câncer de mama, a equipe multiprofissional deve resgatar os valores humanos em seu processo de trabalho, desconstruindo o cuidado mecanizado e rotinizado, proporcionando uma práxis inovadora e transformadora da relação entre profissional e paciente, permitindo a esta mulher um atendimento holístico, promovendo o restabelecimento da saúde no âmbito biopsicossocial e espiritual (Nascimento *et al.*, 2014).

Entretanto, o relacionamento do enfermeiro com o paciente nunca é neutro. O enfermeiro deve reconhecer que sua presença é tão importante quanto o procedimento técnico. A prestação destes cuidados é considerada efetiva quando o enfermeiro tem propriedade sobre a patologia e habilidade em lidar com os sentimentos dos outros e com as próprias emoções frente ao doente, com ou sem possibilidade de cura (Sousa *et. al.*, 2009).

DIFICULDADES ENFRENTADAS PELAS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, NA PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM

Desde a descoberta do diagnóstico do câncer de mama, as mulheres vivenciam sentimentos negativos, como ansiedade, medo, depressão, angústia e desespero; em que muitas passam pelo chamado processo de negação. Aquelas que vivem este processo, geralmente na fase inicial da doença, negam a enfermidade, levando-as, muitas vezes, à recusa do fato de estarem doentes. Ao descobrir-se com câncer, a mulher inicia uma

nova trajetória em sua vida, que vai desde a aceitação da doença até a sua readaptação e ajustamentos psicossociais, devido à condição de vulnerabilidade e de perdas emocionais ocasionadas pela doença. Esse fato traz mudanças significativas no cotidiano da mulher, cuja incerteza quanto ao futuro somam-se ao desespero e ao medo de morrer (Vargas *et. al.*, 2020).

A acessibilidade também se traduz como uma dificuldade que as mulheres com câncer de mama enfrentam. Principalmente em municípios menores como é o caso de Bragança, os quais não dispõem de tratamento oncológico, há a necessidade de as pacientes se deslocarem a outros municípios que disponibilizam o tratamento por meio do Sistema Único de Saúde.

A gente não esta apto para tratamento de casos mais graves, então a mulher e a família tem que arcar com as despesas de ir pra Belém (E1).

[...] quando a doença é descoberta no início o tratamento pode ser feito aqui no município o que facilita porém se avançado ela precisará se deslocar para Belém ao serviço disponibilizado pelo HOL para quimioterapia e radioterapia e até mesmo a mastectomia procedimentos invasivos e que levam tempo pois são várias seções (E2).

A noção de campo de Bourdieu é aplicada ao sistema de saúde, examinando como as estruturas sociais influenciam no processo de recursos médicos, tratamentos e o suporte disponível para estas mulheres.

Mulheres em situação de vulnerabilidade econômica que enfrentam o câncer de mama frequentemente enfrentam desafios acentuados. As disparidades socioeconômicas podem impactar o acesso a cuidados de saúde adequados, desde exames preventivos até tratamentos especializados. Barreiras financeiras podem resultar em atrasos no diagnóstico, limitando as opções de tratamento e impactando negativamente os resultados.

Além disso, a vulnerabilidade econômica pode intensificar o impacto psicossocial da doença. Custos adicionais associados ao tratamento, como despesas com transporte e medicamentos, podem sobrecarregar ainda mais as mulheres economicamente vulneráveis. A falta de recursos pode afetar a capacidade de

manter o emprego ou realizar ajustes na rotina diária para lidar com os efeitos colaterais do tratamento.

A compreensão dessas dificuldades destaca a necessidade de abordagens integradas que considerem não apenas os aspectos médicos do câncer de mama, mas também as condições socioeconômicas das mulheres, visando proporcionar suporte abrangente e equitativo durante todo o processo de enfrentamento da doença. Ainda, aquelas que não possuem condições de se deslocar com carros próprios e dependem de carros da saúde disponibilizados pelos municípios de origem, estão expostas ao contato direto com outros pacientes de diversas patologias e necessitam esperar a realização dos procedimentos de todos os pacientes para o retorno à sua cidade, ficando expostas a um alto risco de desestabilização e possíveis contaminações (Ferrari *et. al.*, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do desenvolvimento e resultados oriundos desta pesquisa, foi possível analisar diligentemente a percepção das enfermeiras frente aos cuidados às mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Assim, fica evidenciada a importância do cuidado à mulher em sua totalidade. Para tanto, a relação estabelecida entre enfermeiro-paciente-família torna-se fundamental para a exteriorização dos sentimentos provocados pela doença, considerando que cada ser é único e vive este processo de forma particular. Este olhar ampliado para o cuidado auxilia a mulher na superação dos obstáculos impostos pelo diagnóstico de uma doença carregada de estigmas, além de contribuir para os próprios enfrentamentos dos enfermeiros que cuidam e não estão neutros neste processo.

Com base nos resultados desta pesquisa, considera-se que esta poderá auxiliar os profissionais de saúde, em particular da Enfermagem, a legitimar ou revisar suas práticas de cuidado relativas à mulher que enfrenta o câncer de mama, considerando

que o apoio ofertado é importante para a aceitação e reestruturação na vida da mulher. Para o público em geral, a pesquisa traz um exemplo atualizado do conhecimento produzido e disponibilizado para a comunidade acadêmica a respeito da temática, representando uma importante contribuição e indicativo para estudos futuros.

REFERÊNCIAS

Bourdieu, P. L'illusion biographique. In: **Actes de la recherche en sciences sociales**. Vol. 62-63, pp. 69-72, juin 1986. Tradução de Olívia Alves Barbosa.

Brasil. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

Ferrari, C. F., Abreu, E. C., Trigueiro, T. H., Silva, M. B. G. M., Kochla, K. A. Souza, S. R. R. K. (2018). Orientações de cuidado do enfermeiro para a mulher em tratamento para câncer de mama. **Rev Enferm**. UFPE Online, 12(3), 676-683. <https://pdfs.semanticscholar.org/2930/57ca3f5840f8e13a5c97e17e6771c9c2431b.pdf>

Ferreira A, M.L.S.M.; Mamede, M.V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2003; 3(11): 299-304.

Figueiredo, N.M.A.; Leite, J.L.; Machado, W.C.A.; Moreira, M.C.; Tonini, T. **Enfermagem Oncológica: conceitos e práticas**. São Paulo: Yendis; 2009.

Lopes, M., Silva, A. C., Ferreira, A. M., Lino, A. A. C. F. (2015). Revisão narrativa sobre a humanização da assistência pela equipe de Enfermagem na área oncológica. **Rev Eletron. Gestão & Saúde**, 6(3), 2373-2390. <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3115/2800>

Lopez, Diana M. et al. ***Making cancer health disparities history: Report of the Trans-HHS Cancer Health Disparities***

Progress Review Group. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, mar. 2004.

Menegócio, A. M., Rodrigues, L., & Teixeira, G. L.. Enfermagem oncológica: relação de afetividade ou meramente técnica? **Ensaio Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, 19(3), 2015, 118-123. <https://www.redalyc.org/pdf/260/26042169004.pdf>

Minayo, M. C. S.. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed., Hucitec, 2014.

Nascimento, K. T. S., Fonsêca, L. C. T., Andrade, S. S. C., Leite, K. N. S., Zaccara, A. A. L., & Costa, S. F. G. Cuidar integral da equipe multiprofissional: discurso de mulheres em pré-operatório de mastectomia. **Esc Anna Nery**, 18(3), 2014, 435-440. <https://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145- ean-18-03-0435.pdf>

Pereira, S.G.; Rosenhein, D.P.; Bulhosa, M.S.; Lunard, V.L.; Lunardi Filho, W.D. Vivência de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Rev. Bras. Enferm.** 59(6): 791-795, 2006.

Pollak, M. **Encadrement et silence:** le travail de la mémoire, Pénélope,12, 1985, p. 37.

Rev Fun Care, 12, 2019 73-78. <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7030/pdf>

Rodrigues, C. I. Caboclos na Amazônia: a identidade na diferença. **Novos Cadernos NAEA** v. 9, n. 1, p. 119-130, jun. 2006, ISSN 1516-6481

Santos, M. A., Souza, C. Intervenções grupais para mulheres com câncer de mama: desafios e possibilidades. **Psic.: Teor. e Pesq.**, 35, 2019, 35410. <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v35/1806-3446-ptp-35-e35410.pdf>

Sousa, D. M., Soares, E. O., Costa, K. M. S., Pacífico, A. L. C., Parente, A. C. M. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto Contexto – Enferm**, 18(1), 2009, 41-47. <https://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a05.pdf>

Vargas, G. S., Ferreira, C. L. L., Vacht, C. L., Dornelles, C. L., Silveira, V. N., & Pereira, A. D. Rede de apoio social à mulher com câncer de mama.

Vos, P.J.; Visser, A.P.; Garssen, B.; Duivenvoorden, H.J.; Haes, H.C.J.M. Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. **Patient Education and Counseling**. 2006; 60: 212-19.

Ziguer, M. L. P. S., Bortoli, C. F. C., & Prates, L. A. Sentimentos e expectativas de mulheres após diagnóstico de câncer de mama. **Espaço para a Saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná**, 17(1), 2016 108-113. <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/374/14>

CAPÍTULO 4

TENHO AIDS. E AGORA? DIZERES PLURAIS DE TESTAGEM, ACOLHIMENTO E SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM BRAGANÇA, AMAZÔNIA BRASILEIRA.

Talita Soares dos Santos Risuenho¹

Norma Cristina Vieira²

DIZERES INICIAIS

Iniciamos este texto com a assertiva, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pode levar a síndrome da imunodeficiência adquirida, a AIDS, isso porque o corpo humano não é capaz de eliminar o HIV, portanto, a partir do momento em que se contrai o vírus, o indivíduo o terá por toda a vida (Unaid, 2023). A infecção com o HIV não tem cura, mas tem tratamento e pode evitar que a pessoa chegue ao estágio mais avançado de presença do vírus no organismo, desenvolvendo, assim, a AIDS, por meio da adesão ao tratamento.

Em todo mundo atualmente são 34 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS, e destes, 1 milhão estão no Brasil. No país a confirmação do primeiro caso de HIV foi em 1982,

¹ Enfermeira, coordenadora do Serviço de Atendimento Especializado e Centro de Testagem e Acolhimento (SAE/CTA), no município de Bragança/PA. Discente do Programa de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes da Amazônia (PPLSA), Universidade Federal do Pará (UFPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8291453742557107>

² Professora doutora da Faculdade de Educação e do Programa de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes da Amazônia (PPLSA), Universidade Federal do Pará (UFPA), Campus de Bragança (CBRAG). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0195364822232443>

identificada, a princípio, como a Doença dos cinco H: Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heronômanos (usuários de heroína), e *Hookers* (profissionais do sexo, em inglês). As notícias enfatizavam a doença negativamente e vinculada aos homossexuais, conforme observado na Figura 01.

Em 1983 foi identificado o primeiro caso mundial de HIV em criança, e no Brasil, o primeiro caso em uma mulher (Fiocruz, 2023). Até aqui, o preconceito e a falta de informações sobre a doença ganhavam forças.

Figura 1: Recorte de jornal datada em 12/06/1983 sobre a epidemia da AIDS no Brasil.



Fonte: FIOCRUZ, 2023.

Historicamente, três fases diferenciam a forma de contágio do HIV/AIDS. Até 1986, a transmissão ocorria pela via sexual, mais especificamente, entre homossexuais (HSH), localizados nas regiões metropolitanas do Sul e Sudeste do Brasil (Barreira, 2002). No ano de 1984, homossexuais e bissexuais representavam 71% das notificações. Essa estatística foi reduzindo à medida que houve mudança de comportamento com práticas sexuais mais seguras (Brito *et al.*, 2000). No final dos anos 80 e início dos anos 90, a principal via de transmissão passou a ser associada ao uso de drogas injetáveis e a transfusão de sangue e hemoderivados em heterossexuais de ambos os sexos, tornando a epidemia mais

diversa e abrangendo as camadas mais pobres (Barreira, 2002; Bastos *et al.*, 2002).

A terceira fase, dos anos 90 até os tempos atuais, apresenta o predomínio da transmissão do HIV entre as mulheres com transmissão através de prática heterossexual e a interiorização do vírus no Brasil (Santos *et al.*, 2009; Barreira, 2002). Estudo realizado com mulheres por Santos *et al.* (2009) aponta para aquelas que receberam diagnóstico após marido/namorado ficarem doentes estavam em 24,7%, as que ficaram doente com sintomas de HIV/AIDS estavam em 24,4%, durante o pré-natal 19,5%, teste realizado por vontade própria 12,7%. Essas mulheres são, em sua maioria, donas de casa (57%), em diferentes níveis de escolaridade e entre 20-39 anos (Barreira, 2002). Assim, podemos observar as mudanças epidemiológicas do HIV/AIDS ao longo do tempo, a expansão da doença em todo território nacional, e as alterações entre o perfil de infectados.

Em 1990, a lei 8.080 cria o Sistema Único de Saúde (SUS), e em 1996, por meio da Lei nº 9.313, ocorreu o acesso ao tratamento com medicamentos antirretrovirais (ARV) para todos os portadores de AIDS, de forma gratuita (Brasil, 1998). No Brasil, nos atendimentos da Atenção Primária à Saúde (APS) e no CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), são ofertados testagens de HIV, Sífilis, Hepatite B e C, também no período do pré-natal para as mulheres e seus parceiros, testes que detectam Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Neste momento, durante a gestação, é que ocorre o diagnóstico pela infecção do HIV para muitas mães, pois na gestação é realizado testagem com frequências durante suas consultas de pré-natal. A testagem é importante para a saúde da mãe e do bebê, para que se possa controlar a infecção por HIV na mulher e garantir a não transmissão vertical do vírus para o feto (Kleinubing *et al.*, 2021).

No estado do Pará, em 2022, de acordo com dados disponíveis publicamente no Sistema de Informação de Agravos

de Notificação (SINAN)³, foram identificados 332 casos de AIDS, em sua maioria entre homens (252) e em 80 mulheres (Datusus, 2023). Estudos epidemiológicos mostram que na região Norte apresenta as maiores taxas de mortalidade por HIV/AIDS, e é a terceira região brasileira em número de pessoas infectadas (Santos *et al.*, 2020). Em um estudo específico de uma unidade de referência de HIV/AIDS no estado do Pará constatou-se que 74,5% dos pacientes atendidos pelo serviço eram do sexo masculino, com idade média de 39,6 anos, solteiros (72,5%) (Capela; Oliveira; Vallinoto, 2022). Na cidade de Belém, observou-se uma queda da incidência do vírus a partir do ano de 2018, também com infecção maior entre o público masculino e de baixa escolaridade, e entre a faixa etária de 20-49 anos (Castelo *et al.*, 2022).

Conforme os registros identificados pelo Serviço de Atendimento Especializado e Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA) do município de Bragança, no período de julho de 2000 até julho de 2023, foram cadastrados 800 pacientes, de diferentes cidades, sendo 307 mulheres e 493 homens. Destes, os que residem em Bragança, totalizam 496 pacientes, sendo 186 mulheres e 310 homens. O município de Bragança, localizado no litoral paraense, tem 123.082 habitantes (IBGE, 2023). É território Tupinambá, e um dos polos iniciais da ocupação na Amazônia, por europeus franceses em 1613 (Bragança, 2023).

No setor saúde, o município pertence à 4ª Regional de Saúde – Rio Caetés, que agrupa mais 15 outras cidades em sua composição, no intuito de organizar e gerir ações e políticas de saúde pública para a Região dos Caetés. Há diferentes serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde, em diferentes níveis de atenção. Na Atenção Primária à Saúde são 28 Unidades Básicas de

³ O Sistema de Informação de Agravos e Notificações utiliza dados de doenças e agravos de notificação compulsória, permitindo a democratização das informações por meio acesso público para identificação de dados epidemiológicos nas regiões geográficas, permitindo o planejamento e definição de prioridades (SINAN, 2023).

Saúde, atendidas por 62 Equipes de Saúde da Família, sendo 8 Equipes de Saúde da Família Ribeirinha, com cobertura de 88,33% da população. No âmbito da saúde mental, existe um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, e um CAPS Infanto-juvenil. Há um Centro Especializado em Reabilitação (CER) e o Centro de Atenção à Saúde da Mulher (CASM), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e três hospitais conveniados ao SUS.

OUTROS DIZERES DE UM MESMO SERVIÇO DE SAÚDE – SAE/CTA BRAGANÇA

No município de Bragança há um local de atendimento específico para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) – o Serviço de Atendimento Especializado e o Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA). A oferta desse serviço ocorre há mais de 20 anos, e Bragança foi o primeiro município do Pará a dispor de um centro específico, localizado na sede deste. O atendimento e acompanhamento dos pacientes acontecem por meio de equipes multiprofissionais capacitadas⁴, formada por médico infectologista, enfermeiro, nutricionista, assistente social, psicólogo e farmacêutica. Trata-se de um serviço de acesso livre para qualquer usuário do SUS, para realização de testes rápidos e atendimentos sobre IST, HIV e AIDS.

Durante o ano esse serviço possui uma agenda de programações específicas, tornando acessível e aproximando as ações da população por meio do CTA Itinerante. Essas ações ocorrem através de solicitações da comunidade (escolas, feira livre, instituições públicas e privadas, etc.). Há também campanhas direcionadas: Carnaval, Julho Amarelo com ênfase em

⁴ As equipes multiprofissionais são formadas por diferentes profissionais da saúde, com vistas a garantir o cuidado de maneira integral e desempenhando um papel ímpar na ajuda aos pacientes que vivem com HIV/AIDS a superar o abandono do tratamento, oferecendo suporte e aparato técnico conforme suas áreas de formação.

Hepatites, e o Dezero Vermelho, específico sobre HIV e AIDS. Nessas ações são realizadas atividades de educação em saúde, orientações, divulgação de informações, testagem, e distribuição de preservativo interno e externo para população em geral.

O SAE/CTA fica localizado na área urbana da cidade, atendendo a população em forma de livre demanda, ou seja, de maneira voluntária, sem restrição territorial, para testagem e aconselhamento, além das atividades de distribuição de medicamentos para tratamento do HIV – a Terapia Antirretroviral (TARV), realização do exame de coleta da carga viral, CD4 e genotipagem. Além disso, é realizado o atendimento para Profilaxia Pós-Exposição (PeP), uma medida de prevenção de urgência quando há situação de risco de infecção para HIV, e para Profilaxia Pré-Exposição (PreP), ingerido diariamente no intuito de estar preparado para um possível contato com HIV. Uma iniciativa disponibilizada a partir do ano de 2024 é o Autoteste de HIV, seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde, que possibilita ao indivíduo coletar em espaço protegido, sigiloso e seguro conforme sua escolha pessoal uma amostra de fluido oral e, sequencialmente, realizar o teste conforme orientações e interpretar o resultado sozinho ou com alguém de sua confiança. Trata-se de mais uma estratégia para viabilizar usuários e acesso a ampla testagem, sem que haja necessidade de comparecer ao SAE/CTA ou outros serviços de saúde para esse fim.

Outras ações que são realizadas no escopo do SAE/CTA, incluem informações, testagem e tratamento para doenças oportunistas, como a Tuberculose. Para tal, são realizados os testes PPD (sigla traduzida do inglês “derivado proteico purificado), como um teste de triagem padrão para identificar exposição prévia ao *Mycobacterium tuberculosis*, auxiliando no diagnóstico de tuberculose ativa, em caso de suspeita de infecção latente, por contato prévio ou recorrente com portadores de tuberculose pulmonar, por exemplo. Além disso, são efetuadas testagens através do LF-LAM – teste lipoarabinomanano de fluxo lateral na urina, a fim de rastrear tuberculose ativa em pessoas

vivendo com HIV/AIDS, agilizando o diagnóstico e otimizando o tratamento.

É crucial que as pessoas diagnosticadas com HIV/AIDS recebam apoio contínuo para aderir ao tratamento e superar quaisquer barreiras que possam surgir. Isso pode incluir o acompanhamento próximo por profissionais de saúde, aconselhamento e apoio psicossocial, acesso a recursos comunitários e programas de suporte, educação sobre a importância da adesão ao tratamento e ações para reduzir o estigma associado ao HIV/AIDS. Um dos objetivos do SAE/CTA é ajudar as pessoas a manterem-se saudáveis, controlar a infecção pelo HIV e melhorar sua qualidade de vida. Para tanto, foram identificadas lacunas no processo de trabalho que influenciavam na má adesão ao tratamento, e realizadas readequações nos fluxos e protocolos para melhorar o serviço.

Uma das primeiras mudanças estava relacionada aos dias de oferta de testagens de carga viral e CD4, que ocorriam quinzenalmente e por ordem de chegada a sede do SAE/CTA. Considerando as características do município, com grande número de comunidades localizadas na zona rural, e as dificuldades de acesso para área urbana, a realização da testagem em apenas um dia específico, gerava, além da aglomeração, a identificação de usuários, que por vezes, deixavam de comparecer com medo de serem reconhecidos por outros cidadãos e terem suas identidades associadas a uma IST. Importante mencionar que, uma das atribuições das pessoas vivendo com HIV/AIDS a fim de receber a TARV, é a realização do teste de carga viral e CD4, para verificar a resposta positiva ao tratamento, com resultado indetectável, quando há boa adesão. Dessa maneira, houve modificação na oferta do serviço, que passou a ocorrer diariamente, no horário de atendimento ao público, evitando filas, aglomerações e exposição dos usuários em frente ao serviço.

Dentro do espaço físico do SAE/CTA foi realizada uma readequação específica para acesso à farmácia com intuito de dinamizar a retirada da TARV. As pessoas vivendo com

HIV/AIDS em tratamento possuem uma rotina diária de uso da medicação, mas também uma rotina de acesso ao tratamento, que inclui a carga viral a cada seis meses no SAE/CTA, e uma vez que esteja com carga viral indetectável e sem queixas clínicas, é possível fazer a retirada da medicação a cada 90 dias, além de organizarem uma dinâmica própria para reduzir as chances de serem identificados como pessoas com HIV/AIDS. Algumas dessas estratégias incluem retirar os medicamentos das caixas, retirar os comprimidos dos *blisters* e colocá-los em embalagens de polivitamínicos, e o uso de sacolas de papel ou tecido para que os medicamentos não sejam visualizados por outras pessoas. Para garantir a privacidade e possibilitar a execução dessas estratégias de maneira mais discreta possível, foi organizada uma estrutura física no SAE/CTA para que cada usuário seja atendido de maneira individual junto à farmácia, e tenha um espaço sigiloso para armazenar a TARV, antes de sair da sede do serviço. É uma adequação simples que possui um efeito importante para aqueles que utilizam o SAE/CTA.

Para ampliar o acesso a Profilaxia Pós-Exposição (PeP), especialmente nos horários em que o SAE/CTA não se encontra aberto para atendimento ao público, foi organizada a descentralização da oferta, que passou a ser disponibilizada na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que é uma estrutura de porta aberta com funcionamento 24 horas, todos os dias da semana. A PeP é uma medicação de urgência e seu acesso e uso deve ocorrer de maneira mais imediata possível em até 72 horas após a exposição, tais como acidente ocupacional, violência sexual, e exposição sexual consentida.

Outra medida importante foi a de incluir atividades destinadas à comunidade, com ampliação de informações sobre o SAE/CTA, esclarecimentos acerca dos mitos e inverdades sobre HIV/AIDS e outras ISTs, oferta de testagem e, quando resultado positivo, acolhimento, encaminhamento e orientações corretas ao usuário, e a participação em atividades não apenas na área

urbana, mas nas comunidades no interior do município, em parceria com as Unidades Básicas de Saúde.

Também se fez necessário um contínuo trabalho de educação permanente em saúde junto aos profissionais que atendem tanto no âmbito da Atenção Primária em Saúde, pela Estratégia Saúde da Família, bem como na alta complexidade, nos hospitais do município, para ampliar a testagem e garantir a identificação de casos positivos, incluindo em procedimentos como no pré-natal, pré-cirúrgico, em casos de exposição ao vírus, que incluem situações como sexo desprotegido (com ou sem consentimento), contato inadequado com perfurocortantes, entre outros.

Especificamente quando falamos de saúde da mulher vivendo com HIV/AIDS, incluímos a necessidade de abordar o tema do planejamento familiar para mulheres que tiveram diagnóstico, estão em tratamento, e desejam ser mães. O acolhimento e acompanhamento através de equipe multiprofissional do SAE/CTA tem possibilitado que mulheres com boa adesão ao tratamento possam ter uma vida sexualmente ativa e gestar de maneira segura.

Qualquer mulher, vivendo ou não com HIV/AIDS, deve realizar durante o pré-natal, ao menos duas testagens para ISTs (uma no primeiro trimestre e outra no segundo trimestre). A qualquer momento, havendo identificação de reagente ao HIV, essa gestante deve ser encaminhada ao SAE/CTA para garantir o tratamento por meio da TARV e receber as orientações necessárias. Durante todo pré-natal essa mulher é acompanhada e, no momento do parto, deve ser realizada uma nova coleta de carga viral. Caso a carga viral seja indetectável, é possível a realização do parto normal, via vaginal. Se a carga viral for detectável, faz-se necessária a realização de uma cesárea para minimizar os riscos de contaminação vertical ao recém-nascido.

Entre os anos de 2022 e 2024, foram acompanhadas 15 gestantes pelo SAE/CTA Bragança, destas, 12 mulheres já eram diagnosticadas com HIV/AIDS e usuárias do serviço, tendo uma gravidez planejada e acompanhada, recebendo tratamento

adequado para mãe e filho, o que expressa o vínculo com a equipe multiprofissional e empoderamento sobre os seus direitos. Os recém-nascidos receberam a profilaxia de criança exposta ao HIV, conforme protocolo do Ministério da Saúde, mantendo em seguimento pela equipe, e, até o momento, nenhuma criança desse grupo foi notificada com o vírus.

Por fim, uma relevante informação para mulher com HIV/AIDS que deseja engravidar, é que, mesmo diante da impossibilidade de amamentação, as maternidades do município de Bragança participam do “Projeto Nascer”, que garantem a suplementação desses recém-nascidos com fórmula substituta ao leite humano.

O bebê da mulher vivendo com HIV/AIDS, ainda no ambiente hospitalar realiza a coleta viral e inicia a TARV em xarope como profilaxia para crianças expostas ao HIV, que deve seguir por um período de 28 dias. É acompanhado pelo SAE/CTA e aos 14 dias de vida, realiza uma nova coleta de carga viral. Essa criança, além da suplementação com fórmula, é atendida por nutricionista para avaliação de crescimento e ganho de peso, e acompanhada por toda equipe até completar 2 anos, ou mais, se for necessário.

DIZERES FINAIS

A construção dos dizeres neste capítulo se sustenta com base em dados estatísticos e qualitativos sobre os avanços e as estratégias efetivadas no Serviço de Atendimento Especializado/Centro de Testagem e Aconselhamento – SAE/CTA em Bragança, nordeste do Estado do Pará, Amazônia Brasileira. Aqui, nossa intenção foi visibilizar as especificidades e adequações necessárias para o cuidado integral às pessoas vivendo com HIV/AIDS, nesta parte da Amazônia brasileira, a fim de garantir a boa adesão ao tratamento, o que significa a continuidade dele, sem interrupções.

A produção do cuidado em serviços especializados de HIV/AIDS demanda o enfrentamento de aspectos comuns como o preconceito, tabus, estigmas sociais, mesmo diante dos avanços em pesquisas acadêmicas e em tratamentos já efetivados, o que nos leva a acreditar que ainda há necessidade de políticas públicas contínuas para a educação da sociedade sobre o HIV/AIDS.

Identificamos que não basta possuir um serviço especializado no interior da Amazônia, mas também são necessárias adequações, mesmo que simples, sejam elas de fluxo de serviço ou de espaço físico, educação à saúde em múltiplos espaços, bem como a vinculação com a equipe que oferta atendimento no SAE/CTA como formas estratégicas de viabilizar a boa adesão ao tratamento, garantir acesso ao serviço, ampliar a testagem, e possibilitar a manutenção de planos como ter filhos, mesmo após o diagnóstico de HIV/AIDS.

REFERÊNCIAS

Barreira, Draurio. Contexto e Tendências Atuais da Epidemia da AIDS no Brasil. *In: Conquistas e Desafios na Assistência ao HIV/AIDS*. Parker, Richard; Galvão, Jane; Pimenta, Maria Cristina; Terto Júnior, Veriano. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

Bastos, Francisco Inácio; Hacker, Mariana; Terto Jr., Veriano; Raxach, Juan Carlos; Bessa, Marcelo; Parker, Richard; Berkman, Alan; Remien, Robert. *In: Conquistas e Desafios na Assistência ao HIV/AIDS*. Parker, Richard; Galvão, Jane; Pimenta, Maria Cristina; Terto Júnior, Veriano. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

Bragança. **Prefeitura Municipal de Bragança**. Secretaria de Turismo. Guia Turístico Digital de Bragança. Julho de 2023. Disponível em: Acesso em: 23 de ago. 2023.

Brasil. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais – SICLOM. Brasília: 1998.

Brito, Ana Maria De; Castilho, Euclides Ayres De; Szwarcwald, Célia Landmann. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma

epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, n. 34, v. 2, p. 207-217, 2000.

Capela, Ilva Lana Balieiro; Oliveira, Luciana Santiago; Vallinoto, Antonio Carlos Rosario. **Perfil epidemiológico de pessoas que vivem com HIV atendidos em uma unidade de referência do estado do Pará**. *Braz. J. Infect. Dis.*, v. 26, p. 66, 2022.

Castelo, Elinton Nascimento; Sampaio, Leonardo Machado; Fernandes, Luan Daher; Souza, Pablo Rodrigues Nunes De; Moraes, Thayse Moraes de. Perfil epidemiológico da infecção por HIV no município de Belém, Pará, no período entre 2016 e 2021. **Research, Society and Development**, v. 11, n.13, 2022.

Datasus. **Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde**. Ministério da saúde Disponível em: <<http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>>. Acesso em: 18 out. 2023.

Fiocruz. Fundação Oswaldo Cruz. **A epidemia da AIDS através do tempo**. Disponível em: <<https://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>>. Acesso em: 26 jun. 2023.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Cidades e Estados. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/braganca.html>>. Acesso em: 20 set. 2023.

Kleinubing, Raquel Einloft; Langendorf, Tassiane Ferreira; Padoin, Stela Maris De Mello; Paula, Cristiane Cardoso de. Construção de uma linha de cuidado para atenção à saúde de mulheres vivendo com HIV. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 25, n. 5, p. 1-8, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0033>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/csQkVq9nTRmKGGpMtFG5kDP/?lang=pt>. Acesso em: 02 ago. 2023.

Santos, Ana Claudia Freitas; Mendes, Bárbara Samira; Andrade, Caroline Ferreira; Carvalho, Mariana Miranda De; Espírito-Santo, Luçandra Ramos; D'angelis, Carlos Eduardo Mendes; PRINCE, Karina Andrade de. Perfil epidemiológico dos pacientes internados por HIV no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 48, p. 2-9, 2020.

Santos, Naila J.S.; Barbosa, Regina Maria; Pinho, Adriana A.; Villela, Wilza V.; Aidar, Tirza; Filipe, Elvira M.V. Contextos e vulnerabilidades para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 25, 2009.

UNAIDS. **O caminho que põe fim à AIDS**: Relatório Global do UNAIDS. 2023. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2023.

CAPÍTULO 5

SABERES E PRÁTICAS TRADICIONAIS DE CURA POR TRABALHADORES DA SAÚDE PÚBLICA EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19 EM BRAGANÇA-PA, UMA CIDADE NA AMAZÔNIA BRASILEIRA (2020 -2021)

Josiel da Luz Silva¹

Marcelo do Vale Oliveira²

INTRODUÇÃO

O vírus da COVID 19 acarretou importantes questões sanitárias e de saúde, tanto dos sistemas públicos quanto privados do globo e trouxe desafios a diferentes campos da ciência mundial e das sociedades. No Brasil, os acontecimentos foram parecidos. Nos países ricos, com toda a infraestrutura que tinham, apareceram despreparos e mortes; nos países considerados periféricos acumularam-se mortes. Não houve uma coordenação nacional para o combate ao vírus; cada estado e município tentaram conter a COVID e suas consequências. A proliferação da doença e um sistema de saúde que historicamente tem desafios de cumprir seus objetivos, somado à falta de informação de como se deveria proceder diante dos acontecimentos, ocasionou à população brasileira acumulou grandes perdas de indivíduos (CVI, 2021)³.

¹ Historiador, Geógrafo. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Linguagens e Saberes da Amazônia (PPLSA/UFPA).

² Doutor em Sociologia e Cientista Social. Docente do Programa de Pós-graduação em Linguagens e Saberes da Amazônia (PPLSA/UFPA).

³ O Consórcio de Veículos de Imprensa (CVI) foi uma parceria estabelecida entre 08 de junho de 2020 e 28 de janeiro de 2023, entre os veículos de imprensa

Estados e municípios iniciaram vários protocolos de contenção ao vírus, que se ampliava constantemente. Os leitos de unidades de tratamento intensivo logo se esgotaram, pois a demanda era muito maior do que a capacidade dos hospitais. Clínicas, hospitais públicos e particulares, unidades de pronto atendimento e unidades básicas de saúde também passaram a atender a grande massa de adoecidos todos os dias. A rede de atendimento precisou ser ampliada consideravelmente para tentar dar conta do grande fluxo. Todavia, mesmo com todas as medidas tomadas, parecia nunca ser suficiente para minimizar os danos causados pela enfermidade (Matta, 2021, p. 77).

No Brasil, os centros de saúde precisaram se readaptar para o tratamento contra a Covid. Respiradores passaram a ser comprados em grandes quantidades; os entubamentos tornaram-se práticas corriqueiras nas UTI's. O número de óbitos por dia alcançou 4.000 mil mortos no Brasil (CVI, 2020).

A população foi acometida com enorme frequência pela doença, originando demandas além do sistema de saúde, cujos profissionais da saúde passaram a se sobrecarregar (Santos, 2021, p. 10). O termo mais difundido passou a ser “profissionais da linha de frente”, técnicos de enfermagem, médicos e enfermeiros foram chamados de “heróis” (Souza, 2020, p. 14).

Na Amazônia, especificamente, em Bragança do Pará, apresentou-se, entre 2020/21, grandes índices de mortalidade. Na ocasião ainda não existiam medicamentos específicos para o tratamento da nova patologia. Dessa forma, diferentes grupos sociais se utilizaram de saberes não-hegemônicos e experimentaram substâncias e práticas, entre eles os tradicionais. Aqui definimos saberes tradicionais, referendados por Almeida (2010), que os caracterizam por sua complexidade; se diferem de um modelo padrão de método da Ciência; são construídos nas experiências com os fenômenos do mundo, da natureza e da vida;

brasileiros, tais como: O Estado de S. Paulo, G1, O Globo, Extra, Folha de S. Paulo e universo on-line (UOL).

passam por experimentações e são classificados e reproduzidos socialmente entre uma geração e também entre gerações diferentes. Esses saberes tradicionais, com seus usos e práticas, são realizados com o uso chás, ervas e seus derivados.

Diante desse contexto conflituoso e da necessidade de responder à doença sem os remédios da indústria farmacêutica, nosso objetivo na pesquisa é compreender os usos dos saberes e práticas tradicionais, enquanto práticas de cura, no tratamento da COVID-19, no período de 2020 a 2021, em Bragança, estado do Pará, Amazônia. Nossa pergunta é: de que forma os saberes tradicionais, enquanto práticas de cura, foram usados no tratamento à Covid-19, no município de Bragança-Pa?

Metodologicamente, enfatizamos o grupo social, composto pelos trabalhadores e trabalhadoras da Unidade Básica de Saúde do Taíra (Valdemar Duarte), formado por: técnicos de enfermagem, dentistas, agente de saúde, enfermeiros, auxiliares operacionais e vigilantes. Durante a pandemia, eles fizeram uso das receitas permeadas pelos saberes e práticas tradicionais de cura no tratamento contra a COVID-19. Foram os próprios trabalhadores que tomaram as receitas provenientes desses saberes tradicionais; em nenhum momento essa prática foi aplicada aos usuários do serviço público de saúde.

O uso dessa metodologia, em referência ao nosso trabalho, procurou padrões perceptíveis nas experiências vividas pelos usuários, observando os discursos utilizados pelos interlocutores. A intenção na análise dos discursos foi coletar informações ricas e holísticas sobre as visões e ações das pessoas, bem como a natureza do local em que elas habitam, e por meio da coleção de observações e entrevistas detalhadas a respeito do que se quer analisar; ainda debruçou-se sobre as práticas de cura na feitura das receitas.

A partir das observações feitas em campo, escolhemos a História do Tempo Presente, bem como da História Oral, como métodos, por possuir certas características distintas, dando a conotação/denotação desejada na pesquisa. O ouvir as histórias

desse Tempo de Pandemia nos fez mergulhar nesse enorme arcabouço sobre as práticas tradicionais de cura. Assim, a linguagem é conceituada como uma prática social: o que as pessoas dizem e o que mantêm em silêncio produzem significado e valor na vida social. As práticas linguísticas são socialmente constituídas porque são moldadas por forças sociais e históricas que estão além do controle de indivíduos. Ao mesmo tempo, no entanto, as práticas linguísticas constituem a vida das pessoas juntas, especificando, criando, mantendo e alterando os quadros de sua ação. “Devemos ser capazes de identificar as partes envolvidas nos discursos que se dão, e o ‘segmento do processo do mundo infinito e sem sentido sobre os quais elas conferem significado e sentido” (Barth, 2000, p. 243).

Nesse sentido, a história oral é relevante, pois Thompson (1988, p.337) escreve que “a história oral devolve a história às pessoas em suas próprias palavras. E ao lhes dar um passado, ajuda-as também a caminhar para um futuro construído por elas mesmas”. Assim, o que se busca é olhar a cultura estudada por dentro, através dos significados que os membros dessa cultura expõem com suas ações ou particularidades, suas interações sociais, comportamentos e percepções que ocorrem dentro de grupos, organizações e comunidades, o estudo das práticas tradicionais, com suas receitas de ervas de curas, além de analisar seus impactos na cidade, Bragança do Pará (Bueno et al., 2021, p. 27).

A PANDEMIA DA COVID-19

A história da humanidade é marcada por constantes males. Dentre eles destacam-se: Peste Bubônica, Peste Pneumônica, Gripe Espanhola, Febre Amarela, Varíola e muitos outros flagelos (Vianna, 1975, pp. 8,9,10). Todavia, as sociedades atuais nunca haviam se deparado com uma moléstia de rápida propagação como a COVID-19. Com isso, autores afirmam que a atual pandemia revive, guardadas as devidas proporções, algumas das

características de cada uma das epidemias pelas quais a humanidade já havia se deparado (Da Silva Martin, 2020, p. 14).

O vírus, que surgiu do outro lado do globo terrestre, na China, e em pouquíssimo tempo tomou praticamente todos os países do mundo. A população não estava preparada para o que começava a enfrentar no final de 2019, mas principalmente no que se viveria nos anos de 2020 e 2021. A morte, o desespero, o medo, passaram a assombrar cada canto onde o flagelo chegou. Em outros momentos históricos, as gerações, mesmo com toda a tecnologia que marcava cada Era, olhou para trás, no tempo, e em muitos aspectos, adotou práticas usadas em períodos anteriores para tentar combater esse mal.

Entre março de 2020 e março de 2021, as nações do mundo tentaram entender como um vírus novo em seu formato, causou um dano tão grande em pouquíssimo espaço de tempo. A população assistia, todos os dias, às notícias que eram veiculadas na mídia (Almeida, 2020, p. 126). Os governos tentaram as mais diversas soluções. Os telejornais tiveram as mais diferentes posturas: indo da informação científica ao alarde para os telespectadores com informações que os aterrorizavam. O medo passava a fazer parte da vida das pessoas (Baschet, 2006, p. 248). A máscara tornou-se item fundamental e indispensável em todos os ambientes.

Imagens de corpos e mais corpos foram propagandeadas em todos os lugares do mundo. A COVID matou tão rápido quanto sua infestação. O sistema de saúde do mundo não estava preparado para suportar a alta demanda que chegava todos os dias nos hospitais. A população mundial adoecia mais rápido do que as redes de saúde podiam suportar. O colapso no sistema foi questão de tempo (Costa, 2020, p. 27).

Dependendo das condições socioeconômicas, de riqueza e desenvolvimento, a situação ocorreu diferentemente entre países e regiões. Os sistemas de saúde dos países mais pobres se sobrecarregaram e não estavam preparados para o contexto pandêmico, o que influenciou na mortandade.

Cada país, estado e cidade fez o possível para conter o flagelo. Por se tratar de uma doença nova, o combate ficou mais difícil, principalmente no que tange ao grau das infecções e da propagação. Os protocolos que não existiam especificamente para o vírus passaram a ser criados, e mesmo assim, na maioria das vezes, não surtiram os efeitos mínimos necessários para que tivesse sido evitada a grande mortandade (Ministério da Saúde, 2020, p. 53).

No início, o ceticismo sobre as notícias relacionadas à COVID-19 era evidente, na realidade, não se sabia muito bem o que realmente estava ocorrendo no mundo. As mortes aumentavam, o que parecia ser só um surto, começou a se espalhar, saindo da China; fez vítimas na Europa e nos Estados Unidos e, em pouco tempo, o número de óbitos por todo o mundo passou a chamar a atenção nos noticiários (Roy et al., 2021, p. 87-100).

Com o acirramento dos casos positivados, o cotidiano das pessoas começou a mudar, e alguns termos passaram a fazer parte das conversas das pessoas pelas redes sociais e pela grande mídia, de modo geral. Conceitos como “pandemia” e “distanciamento social” se tornaram frequentemente usados. A dimensão do que estava ocorrendo se deu, efetivamente, quando os números da pandemia se mostraram catastróficos. Mortes de 700, 800 e logo depois ultrapassando a casa de 1.000 diárias, dentro da Itália, trouxeram perplexidade (CVI, 2021).

PANDEMIA EM BRAGANÇA: SABERES E PRÁTICAS TRADICIONAIS E A CURA

E é nesse contexto que está Bragança, localizada no nordeste do Pará, a 214 quilômetros da capital do estado, Belém, Amazônia. A cidade usou os recursos disponíveis para conter e tratar os doentes da Covid-19. O município utilizou até as Unidades Básicas de Saúde que, segundo o SUS, têm como prerrogativa o atendimento primário. No entanto, com o avanço da pandemia nos anos de 2020 e 2021, todos os equipamentos de saúde do município voltaram-se para o atendimento da população.

A unidade básica de saúde (UBS) Waldemar Duarte de Melo, que se localiza no bairro do Taíra, em Bragança, durante a pandemia, transformou-se na prática em um centro de referência em atendimento aos pacientes da COVID-19. A unidade foi reorganizada para oferecer as testagens, as consultas e para fornecer medicamentos, bem como, realizar alguns procedimentos que, antes, eram de exclusividade dos hospitais. Tratavam-se de procedimentos de alta complexidade: como o uso de oxigênio para pacientes que chegavam com graves problemas no sistema respiratório; procedimento que passou a ser constantemente empregado na UBS.

O serviço público de saúde de Bragança, assim como praticamente todas as cidades do mundo, buscou alternativas nas mais variadas circunstâncias à falta de tratamento medicamentoso eficaz da medicina hegemônica. Aqui na Amazônia, as crenças nas práticas tradicionais de cura, sejam elas de origem indígena ou africana, sempre foram presentes no cotidiano local e legitimadas pela população, seja da zona rural quanto da urbana.

Geralmente, em outros territórios, as práticas de cura, fora da medicina hegemônica, moderna e medicalocêntrica, ligada à indústria farmacêutica, são realizadas a partir dos saberes tradicionais e incluem o uso chás, ervas e seus derivados, para o tratamento de qualquer moléstia (Maués, Villacorta, 2008, p. 222); o que também ocorre no município pesquisado.

Há memória de “um tempo de pandemia” e a escrita tem essa função. As memórias desse tempo pandêmico e as formas nem sempre ortodoxas utilizadas pela sociedade – desse período já determinado, para tentar escapar da COVID-19 e, nesse sentido, os trabalhadores da saúde fizeram uso de saberes que foram descobertos, experimentados, reproduzidos socialmente ao longo do tempo por nossos ancestrais. No que se refere a essas crenças, o arcabouço é extenso, considerando que, literalmente, sempre há uma prática de cura ou receita mágica a ser oferecida como válida para tratar qualquer enfermidade que se tenha. Assim, nesses momentos foram usados com enorme frequência pela população

(Bertucci, 2005, p. 143-57) do chá de jambu⁴ à água mineral com mel e urucum⁵. Esses são alguns dos tratamentos usados nessa dinâmica de crença e fé.

Na perspectiva de se comprovar que em tempos críticos parte da população busca formas alternativas ou não hegemônicas de sobrevivência, e muitas vezes mais ligadas à fé, às crenças populares, às identidades e culturas tradicionais, do que nas ações científicas, os interlocutores fizeram e tomaram chás baseados nos saberes tradicionais. Por mais que historicamente os saberes científicos sejam hegemônicos e em alguns momentos se imbricam no intuito de resolver questões pertinente à determinada realizades, mas mesmo nesse imbricamente há hierarquizações entre os saberes tendendo à ciência, no período de 2020 a 2021 os interlocutores reproduziram entre eles as práticas de cura tradicional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já dito, os protocolos no combate à pandemia foram se desenvolvendo de acordo com o que a ciência divulgava, mas mesmo assim, muitas vezes se propalou algumas medicações que, mesmo sem comprovação científica, foram colocadas à venda no mercado, levando a uma correria desenfreada na busca por essas determinadas medicações. E nas redes de saúde pública foram entregues aos pacientes os famosos “kits Covid”, que cientificamente não possuem eficácia comprovada.

⁴ Folhagem comum nos pratos da culinária paraense, cujo nome científico é *Acmella oleracea*. Fonte: <https://www.metropoles.com/saude/jambu-quais-sao-os-beneficios-da-planta#:~:text=O%20jambu%20%C3%A9%20uma%20folhagem,d e%2030%20cent%C3%ADmetros%20de%20altura>. Acessado em 07/07/2024.

⁵ Espécie de baixa estatura, 3-5 m, copa baixa e densa, com o tronco medindo entre 15 e 25 cm de diâmetro, revestido por cascas com ritidoma reticulado. Os frutos são cápsulas arredondadas, revestida por espinhos moles, contendo muitas sementes duras e cobertas por arilo vermelho (corante). Nome científico é *Bixa orellana*. Fonte: <https://www.ibflorestas.org.br/lista-de-especies-nativas/urucum>. Acessado em 07/07/2024.

Nessa dinâmica e pela necessidade premente das demandas surgidas com COVID, outros saberes e práticas locais, no caso o tradicional, foram sendo experimentadas, inclusive pelos profissionais da saúde, o que evidencia, mesmo com a hegemonia científica, os variados saberes que estão imbricados e que aparecem nas práticas profissionais.

E nesse sentido, a relevância do texto desenvolvido aqui foi de evidenciar e visibilizar a importância dos saberes tradicionais no contexto do município de Bragança, por isso focamos nas práticas de cura, mas esses saberes vão além desse aspecto, são basilares no modo de vida dos povos considerados tradicionais.

A pesquisa demonstra uma realidade muito nítida da região amazônica, pois enquanto a ciência dita científica e moderna estava em busca de uma cura para a moléstia que assou o mundo, nessa região do planeta terra, alguns chás e/ou práticas remanescentes de gerações anteriores foram largamente utilizados para tratar o que teoricamente não tinha cura até aquele momento.

Assim, passamos a ter uma dimensão da importância dos saberes e práticas de cura para uma região que há séculos faz uso dessas porções e conhecimentos que são passados de geração e chegaram nesse tempo moderno com grande força de cura, como uma alternativa ao vácuo deixado pela ciência científica, especialmente nos primeiros dois anos de pandemia da COVID-19.

REFERÊNCIAS

- Almeida, Isabella Joyce Silva de et al. Pandemia pelo Coronavírus à luz de teorias de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, p. 126, v. 73, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0538>. Acesso em: 15 de julho de 2023.
- Almeida, Maria da Conceição de. **Complexidade, saberes científicos, saberes da tradição**. São Paulo: Livraria da Física, 2010.

Barth, Fredrik. **O Guru, o Iniciador e Outras Variações Antropológicas** (organização de Tomke Lask). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria. 2000 p. 243. <https://doi.org/10.1590/S0104-93132001000100009>. Acesso em: 23 de setembro de 2023.

Baschet, Jérôme. **A Civilização Feudal: do ano 1000 à colonização da América**. São Paulo: Globo, 2006. Disponível em: <http://bds.unb.br/handle/123456789/930>. Acesso em: 23 de julho de 2023.

Bertucci-Martins, L. M. Entre doutores e para os leigos: fragmentos do discurso médico na influenza de 1918. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 1, p. 143-57, jan.-abr. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000100007>. Acesso em: 10 de setembro de 2023.

Bueno, Flávia Thedim Costa; Souto, Ester Paiva; Matta, Gustavo Corrêa. **Notas sobre a Trajetória da Covid-19 no Brasil**. OS IMPACTOS SOCIAIS DA COVID-19 NO BRASIL, p. 27, 2021. ISBN: 978-65-5708-032-0. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080320.0002>. Acesso em: 07 de agosto de 2023.

C.V.I. **Consórcio de Veículos de Imprensa, foi uma parceria estabelecida entre 08 de junho de 2020 e 28 de janeiro de 2023, entre os veículos de imprensa brasileiros, tais como:** O Estado de S. Paulo, G1, O Globo, Extra, Folha de S. Paulo e UOL. <https://www.google.com/search?q=cons%C3%B3rcio+de+ve%C3%ADculos+de+imprensa+criado+durante+a+covid>. Acesso em: 25 de novembro de 2023.

Costa, António Firmino da. **Desigualdades sociais e pandemia. Um olhar sociológico sobre a crise Covid-19 em livro**, p. 27, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/26353>. Acesso em: 20 de novembro de 2023.

Da Silva Martins, Pollyanna et al. História e Epidemiologia da COVID-19. **Ulakes Journal Of Medicine**, p. 14, 2020. <http://revistas.unilago.edu.br/index.php/ulakes>. Acesso em: 28 de maio de 2023.

Matta, Gustavo Corrêa et al. **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. p.77,

2021. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080320>. Acesso em: 23 de julho de 2023.

Maués, Heraldo; Villacorta, Gisela Macambira (org.). **Pajelações e Religiões Africanas na Amazônia**. Belém: EDUFPA, 2008. p. 370.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde**. Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19. Brasília (DF); p. 53, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/diretrizes_brasileiras_para_tratamento_medicamentoso_ambulatorial_do_paciente_com_covid-19_recomfinal.pdf. Acesso em: 15 de julho de 2023.

Padilha, Maria Itayra. De Florence Nightingale à pandemia COVID-19: o legado que queremos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, p. 19 v. 29, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0327>. Acesso em: 08 de janeiro de 2023.

Roy, Adrija et al. Mental health implications of COVID-19 pandemic and its response in India. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 67, n. 5, p. 587-600, 2021. Disponível em: 10.1177/0020764020950769. Acesso em: 17 de dezembro de 2023.

Santos, Jaqueline Marcos dos et al. **Sofrimento moral de trabalhadores da saúde no cotidiano de trabalho de centros de triagem da covid-19 da microrregião de Blumenau-SC**. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/231150>. Acesso em: 22 de janeiro de 2024.

Souza, Luís Paulo et al. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? **Journal of nursing and health**, p. 14, v. 10, n. 4, 2020. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095606/1-enfermagem-brasileira-na-linha-de-frente-contra-o-novo-coron_ygPksqt.pdf. Acesso em: 28 de outubro de 2023.

Thompson, Paul. **A voz do passado**. Trad. Lolio Lorenço de Oliveira. São Paulo: Paz e Terra, p. 337, 1998. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjpcglclefindmkaj/https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/8062252/mod_resource/content/1/Tho

mpson_Paul-%20A%20voz%20do%20Passado%20-%20a%20Entr
evista%20%281%29.pdf. Acesso em: 10 de outubro de 2023
Viana, Arthur. **As Epidemias no Pará**. Editora da UFPA, 1975. p 8, 9,
10. Disponível em: [https://obrasraras.fcp.pa.gov.br/publication/file/
livros/asepidemiasnopara1906/126/](https://obrasraras.fcp.pa.gov.br/publication/file/livros/asepidemiasnopara1906/126/). Acesso em: 10 janeiro de 2024.

CAPÍTULO 6

PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) NO MUNICÍPIO DE BRAGANÇA-PARÁ, COSTA AMAZÔNICA BRASILEIRA: ESTUDOS PRELIMINARES COM MARCADORES BIBLIOGRÁFICOS E DADOS DE CAMPO

Izabel Odilene Medeiros Lima¹

Francisco Pereira de Oliveira²

INTRODUÇÃO

O presente capítulo traz um levantamento e debate no que diz respeito ao processo de “prevalência e incidência do Acidente

¹ Graduada em Enfermagem, com especialização em diversos campos: Especialista em Educação Profissional na área de Saúde-Enfermagem (FIOCRUZ – 2005); em Gestão de Políticas de Saúde Informadas em Evidências (UEPA/SÍRIO LIBANÊS – 2017); em Gestão do Atendimento Domiciliar (ITAQUÁ – Polo Rio de Janeiro 2022/2023); em Preceptoría Multiprofissional na Área da Saúde (Faculdade Moinho de Ventos, PROADI SUS, 2022/2023). Atualmente é servidora pública da Prefeitura Municipal de Bragança - Secretaria de Saúde (SEMUSB) e do Hospital Santo Antônio Maria Zaccaria (HSAMZ). Endereço institucional completo: Av. Alameda Treze de Maio, N° S/N, Bairro: Riozinho, Cidade: Bragança, CEP: 68600-000, Pará). Email: izabel.ayres@hotmail.com - Endereço Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0882595387275111> - ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0992-9574>.

² Doutor em Biologia Ambiental. Professor da Faculdade de Educação e dos Programas de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes da Amazônia; e de Biologia Ambiental. Participa do grupo de pesquisa do Laboratório de Ecologia de Manguezal (LAMA), Campus de Bragança. Integra o Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (PROCAD/Amazônia) por meio do Projeto “Teias da Amazônia” (UFPA/UFOPA/UNIOESTE). E-mail: foliveiranono@yahoo.com.br - ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1327-8362> - Endereço Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6672819410146078>.

Vascular Cerebral (AVC) na região de Bragança, estado do Pará, costa amazônica brasileira”, em que são dimensionadas as principais episódios, prevalências e causas que elevam a ocorrência desta patologia.

O AVC, também conhecido popularmente como derrame cerebral, é uma condição médica grave que ocorre quando há uma interrupção no suprimento de sangue para o cérebro, resultando em danos ao tecido cerebral. O AVC pode ser classificado em duas principais categorias: isquêmico, causado pela obstrução de um vaso sanguíneo, e hemorrágico, causado pela ruptura de um vaso sanguíneo. A relevância do estudo do AVC é inquestionável, dado seu impacto significativo na saúde pública. O AVC é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, sendo responsável por um grande número de incapacidades permanentes.

Estimativas globais indicam que, a cada ano, cerca de 15 milhões de pessoas sofrem um AVC, das quais aproximadamente 5 milhões morrem e 5 milhões ficam permanentemente incapacitadas. A prevalência do AVC refere-se ao número total de casos em uma população em um dado momento, enquanto a incidência se refere ao número de novos casos que ocorrem em um determinado período. Esses indicadores são essenciais para a compreensão da magnitude do problema e para a formulação de políticas de saúde pública eficazes.

Dados recentes sugerem que a prevalência e a incidência do AVC variam significativamente entre diferentes regiões do mundo, refletindo desigualdades socioeconômicas, acesso a cuidados de saúde e diferenças nos fatores de risco. Os principais fatores de risco para o AVC incluem hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, sedentarismo, dieta inadequada e histórico familiar de doenças cardiovasculares. Além disso, a idade avançada é um dos mais importantes fatores de risco, sendo o AVC mais comum em pessoas com mais de 65 anos. No Brasil, o cenário não é diferente.

O AVC é uma das principais causas de morte e incapacitação, representando um grave problema de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde, as doenças cerebrovasculares são responsáveis por um alto índice de hospitalizações e custos significativos para o sistema de saúde. Diante da relevância do tema, este estudo tem como objetivo analisar a prevalência e a incidência do AVC, no município de Bragança, Pará, destacando as tendências epidemiológicas e os principais fatores de risco associados. A compreensão desses aspectos é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção que possam reduzir a carga dessa doença na população bragantina.

O COMEÇO DO DEBATE: *VAMOS CONVERSAR SOBRE ESTA TEMÁTICA?*

No tracejado dos primeiros ensaios como pesquisadora, um misto de sentimentos invadiu e me inebriou quando fui ao encontro do “pesquisar” e “publicar”, uma vez que sou enfermeira a pelo menos 31 anos, e desde a minha formação de graduação em enfermagem sempre estive à frente de minhas atribuições, sem “tempo” necessário para experimentar a pesquisa e a publicação de modo concomitante, pois como profissional da saúde sempre estudei e pesquisei muito para a compreensão de fatos que a mim chegavam, mas ficava somente nesta etapa.

O misto de sentimento mencionado acima, adveio quando adentrei no mestrado acadêmico do Programa de Linguagens e Saberes da Amazônia (PPLSA) do Campus Universitário de Bragança (CBRAG) da Universidade Federal do Pará (UFPA) - no ano de 2023, pois percebi que poderia aliar os meus saberes de enfermagem adquiridos por anos de experiências e “publicar” em nível de ciência, assim como colaborar com a sociedade trazendo dados ainda pouco trabalhado na região e também desconhecidos por grande parte da população e até da academia. Os parágrafos acima trazem a incursão da primeira autora que, ora se encontra matriculada no PPLSA e na prática de enfermagem em um

hospital local do município de Bragança, e ao receber o convite para a composição de um capítulo de livro juntamente com o seu orientador de mestrado, coloca-se no texto inicial na primeira pessoa do singular, todavia, nos parágrafos seguintes tomará a escrita para o “nós”.

A partir das inferências acima entre “pesquisar” e “publicar”, nos veio o questionamento: será que são faces da mesma moeda e uma teria o mesmo grau de importância sem a outra? No âmbito de criar caminhos sem a pretensão de responder, mas de deixar o leitor numa possível reflexão, demonstramos a inquietação e a avidez por conhecimento que afloraram a veia de pesquisadores pela temática Acidente Vascular Cerebral (AVC), motivada, especialmente, para o construto deste capítulo, como recorte da dissertação de mestrado da Universidade Federal do Pará, Campus Universitário de Bragança.

Logo, objetivou-se descrever o transcurso de uma patologia crônica e a quantificação da ocorrência do AVC na população bragantina por meio de duas medidas: prevalência e incidência, nos últimos cinco anos (2019 a 2023). A métrica foi subsidiada por dados dos sistemas de informações do Ministério da Saúde, fornecidos pela coordenação Municipal da Atenção Básica do município de Bragança-Pará.

E por que o Acidente Vascular Cerebral (AVC)? Nesse momento, poderíamos abordar e elencar o AVC sob vários contextos e nichos, tais como dados estatísticos da morbidade em todas as esferas, notas do Ministério da Saúde, notas de associações e comitês, que são impactantes e retratam essa patologia crônica e incapacitante no mundo todo. No entanto, a opção, a escolha por esta doença, remetem à minha ancestralidade, minhas memórias afetivas e, atualmente, as vivências no laboratório de minha pesquisa e meu campo prático/profissional, que são os pacientes sequelados de AVC acompanhados no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no município Bragança, Pará, em que estou como coordenadora deste Programa implantado pelo Ministério da Saúde, chamado

carinhosamente de “Melhor em Casa”. Justaposto à condição de pesquisadora ser coordenadora do SAD e enfermeira, sentimo-nos à vontade para descrevermos, para além das conceituações teóricas, os meandros do AVC e suas implicações físicas, sociais, culturais e políticas no que concerne à prevenção, à ação curativa e ao tratamento periódico da pessoa acometida pelo acidente, todavia, neste capítulo ficaremos na descrição bibliográfica e no levantamento de prevalência e incidência de casos.

Sendo assim, desejamos compartilhar conhecimentos e experiências, principalmente as exitosas, na vivência desta enfermeira da Atenção Domiciliar que divide suas responsabilidades técnicas no ato de assistir com os cuidadores de pacientes com sequelas de AVC, estes com seus conhecimentos tradicionais e culturais, e o cenário dessas vivências é o município de Bragança

Mas antes de começarmos a abordagem do tema principal, faremos uma imersão em situarmos de onde falamos essas experiências e em que contexto estamos. O município de Bragança, também, algumas vezes, chamada de Pérola do Caeté, Terra da Marujada, Terra da Farinha, Terra dos devotos de São Benedito, Terra de fartura culinária e cultural e de um povo afável que genuinamente traceja em sua história uma diversidade desde o momento da chegada dos “invasores”, tidos como europeus e outros. Com essa chegada, também vieram os povos negros na condição de escravos, em sua maioria, o que também contribuiu com a formação do povo bragantino e suas manifestações culturais, culinárias, atos políticos, organização social, dentre outros, o que torna Bragança um município plural e diverso. Quiçá, pudéssemos expressar por meio desta escrita o amor e o respeito por este lugar que nos recebeu na década de 90, mantendo-nos até os dias atuais. Então, deixe-nos contar um pouco dessa história para que você, leitor, também possa conhecer um pouco deste município.

A história da origem de Bragança, no Pará, remonta ao período colonial brasileiro. O município, de modo oficial, data a

territorialização pelos “estrangeiros/europeus” no ano de 1625, considera-se, portanto, uma das mais antigas do estado do Pará. Seu nome é uma homenagem à Casa de Bragança, uma das mais importantes famílias nobres de Portugal. Uma parte da região onde hoje se encontra o município era habitada por povos indígenas antes da chegada dos colonizadores europeus, e com a chegada dos portugueses, a área foi explorada e colonizada, inicialmente como um posto avançado de defesa contra invasões estrangeiras e como um ponto estratégico para o comércio com a Europa.

Ao longo dos séculos, Bragança cresceu e se desenvolveu, tornando-se um importante lugar econômico e cultural na região do nordeste do estado do Pará, assim como preserva muitos aspectos de sua história colonial, sua arquitetura e tradições culturais. Atualmente, Bragança é conhecida não apenas por sua história, mas também por sua beleza natural, seus ecossistemas de terra firme, de manguezais e de áreas alagadas, assim como suas praias exuberantes, sua rica gastronomia e suas festas tradicionais, como a Marujada, que atrai visitantes de todo o Brasil. Essa história é contada e recontada por pesquisadores Costa (2011); Oliveira (2013); Rodrigues (2017), que trazem traços históricos, culturais, econômicos e ambientais.

MARCAÇÕES PERCORRIDAS NA CONSTRUÇÃO

A jornada para planejar o desenvolvimento, contextualização e a consolidação da temática do AVC e sua imersão na pesquisa foi, inicialmente, uma verdadeira provação, uma vez que esta jornada nos expôs a uma gama de sentimentos que oscilaram ao longo do processo. Porém, esses desafios contribuíram significativamente, para a construção da identidade desta pesquisadora, que passou por uma verdadeira transformação, uma metamorfose, impulsionada pela positividade advinda do saber científico e pela perspectiva de retratar, identificar e mapear o Acidente Vascular Cerebral no município de Bragança, Pará, por meio de uma abordagem que combina revisão literária e relato de

experiência de cuidadores que usam dos conhecimentos tradicionais a partir das ervas medicinais, dos unguentos, dos chás, dentre outros para dar o melhor atendimento e cuidado à pessoa sequelada pelo AVC.

Dessa forma, segui em busca dos acervos históricos, onde encontrei referências que apontam para Hipócrates como o primeiro a descrever a paralisia repentina frequentemente associada ao AVC, remontando aos tempos do segundo milênio A.C., quando já existiam relatos familiares de ocorrências dessa condição. Hipócrates, entre os anos 460 e 370 A.C. descreveu pela primeira vez o fenômeno da paralisia repentina, associada aos sinais e sintomas de “Isquemia”, e, foi também nas escritas de Hipócrates que surgiu o termo “Apoplexia”, originário do grego e que significa “atingido violentamente”.

A expressão "Acidente Vascular Cerebral" (AVC) foi utilizada pela primeira vez como sinônimo de ataque apoplético em 1599. E, foi Johan Jacob Wepfer (1620-1695) quem desempenhou um papel fundamental ao identificar as causas do AVC isquêmico e hemorrágico, através da análise dos vasos sanguíneos que irrigam o cérebro, destacando-se os entupimentos como causadores do AVC isquêmico, e as rupturas como causadores do AVC hemorrágico. Segundo Caplan (2009, p. 11),

O cérebro é totalmente responsável pela inteligência, personalidade, humor e pelas características que nos individualizam e levam os nossos semelhantes a reconhecerem-nos como humanos. A perda da função cerebral pode ser desumanizante, tornando-nos dependentes uns dos outros.

A citação acima, faz uma afirmação sobre o papel central do cérebro na definição de quem somos como humanos, destacando que ele é responsável por aspectos fundamentais da nossa identidade no campo do funcionamento dos sistemas do corpo humano, como inteligência, personalidade, humor e outras características que nos tornam seres racionais. Além disso, ele ressalta que a perda das funções cerebrais pode ter um impacto desumanizante, levando à dependência de outras pessoas, uma

vez que o cérebro é o alicerce para a estrutura cognitiva e de desenvolvimento do ser humano.

Essa alegação está alinhada com muitos estudos e teorias sobre a importância do cérebro na cognição e no comportamento humano, ou seja, o cérebro é frequentemente considerado o órgão central do sistema nervoso e desempenha um papel fundamental em todas as funções mentais e comportamentais, segundo Albrecht von Haller (1707-1777); Franz Gall (1757-1828); Alexander Romanovich Luria (1902-1977); Cosenza (1998); dentre outros, que estruturaram esquemas de funcionamento do cérebro.

Infere-se, portanto, que o AVC é considerado uma problemática de saúde pública mundial, uma das incidências mais traz a incapacidade adquirida em todo o mundo (Correia, 2006; Cabral *et. al.*, 2013) . A prevalência mundial na população geral é estimada em 0,5% a 0,7% e considera-se a terceira maior causa de morte, após as doenças cardíacas e cancerígenas (Cabral *et. al.*, 2013; Chagas e Monteiro, 2013). A cada período anual, pelo menos 15 (quinze) milhões de pessoas são acometidas por AVC e dessas pessoas, em média, 5 (cinco) milhões são levadas a óbito, e outras 5 (cinco) milhões são tidas como incapacidade permanente, o que se torna uma situação incômoda a essas pessoas, famílias e comunidade (Longen, 2003; António, 2011).

No entanto, é importante notar que a complexidade da mente humana vai além do funcionamento cerebral. Fatores como experiências de vida, ambiente social, influências culturais e até mesmo aspectos espirituais podem desempenhar um papel na formação da identidade e na definição de quem somos como indivíduos. Desta forma, enquanto o cérebro é crucial aos esquemas biológicos, nossa compreensão completa da identidade humana e da individualidade requer uma abordagem holística que leve em consideração diversos aspectos da experiência humana.

EPIDEMIOLOGIA DO AVC

As doenças cerebrovasculares ocupam o segundo lugar no topo das doenças que mais vitimizam com óbitos no mundo, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. E as pesquisas apontam que esta posição se manterá até o ano de 2030. Segundo a Sociedade Brasileira (SBAVC) de AVC, no ano 2019 houve o registro de 101.965 óbitos e 2020, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde – DATASUS, registrou 99.010 mortes por AVC no Brasil, incluindo todas os tipos de AVC. Com uma média de 12 óbitos por hora, ou seja, 307 vítimas fatais por dia, tornando o AVC novamente a principal causa de morte no País.

Sobre a prevalência de Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), mediante inquérito epidemiológico com base em registros de atendimento domiciliar, e com uma amostra representativa nacional, calculou-se um número absoluto estimado de pessoas com AVC e incapacidade por AVC, e respectivas prevalências. Neste levantamento, estimou-se que 2.231.000 pessoas foram acometidas por AVC e 568.000 apresentaram sequelas e incapacidades graves. É notória a prevalência em pessoas idosas, de baixa escolaridade, residentes no meio urbano, sem referências de incidência de cor autodeclarada. Assim, a prevalência pontual na referida pesquisa nacional de saúde foi de 1,6% em homens e 1,4% em mulheres, com relação à incapacidade de 29,5% em homens e de 21,5% em mulheres. Portanto, é possível retratar que o AVC não é determinado pelos critérios sociodemográficos da população brasileira, mas acomete principalmente as pessoas mais idosas, que não possuem escolarização formal, e sendo moradoras dos centros urbanos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o AVC se refere ao desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais e/ou globais da função cerebral, com sintomas de duração igual ou superior a 24 (vinte e quatro) horas, de origem vascular, provocando alterações nos planos cognitivo e sensorio-motor, de acordo com a área e extensão da lesão. A epidemiologia, segundo

Almeida e Rouquayrol (1992, p. 184), “é a ciência que estuda a distribuição e os determinantes dos problemas de saúde (fenômenos e processos associados) em populações humanas”. Segundo Bravo Brash (1982), a atitude das sociedades em relação ao incapacitado, o que varia desde a condenação à morte, ao isolamento, à piedade ou à discriminação, à atitudes nocivas, tanto as agressivas como a superproteção, no fundo, fruto do medo, da vergonha e da ignorância.

No caso da pessoa acometida pelo AVC, há complexidades que trazem ora a vergonha por um comprometimento de um membro físico ou parte do corpo, assim como ao olhar discriminatório que, por certo, geram sentimentos com relação ao afastamento dos padrões e das normas ditas “normais” em sociedade; o que, provavelmente, pode gerar o medo a partir da insegurança provocada por elementos externos, o que, leva à pessoa a um desequilíbrio momentâneo ou não, em como lidar com o novo, com o desconhecido. O AVC traz a repulsa ou constrangimento, curiosidade e indiscrição por parte das pessoas ditas “normais” quando diante de uma pessoa sequelada.

Sabemos que a pessoa sequelada pelo AVC é afetada sobremaneira, assim como as suas relações sociais, especialmente com os membros do grupo de pertencimento (familiares e etc.). Logo, entendemos a necessidade de ampliação cada vez mais a assistência a esta população sequelada, e não só a assistência médico-hospitalar e de reabilitação individual, mas a sociedade, no sentido de eliminar os obstáculos e impedimentos (físico, legais, culturais, etc.), à participação das pessoas sequeladas (Oliver, 1990; Ministério da Previdência e Assistência Social, 1996; Toldrá, 1996).

Muitas são as faces desta problemática de adoecimento e por conseguinte sequelas físicas e cerebrais que vão desde as questões médica, epidemiológica, de diagnóstico, terapêutica ou de assistência, familiar, produtiva, jurídico legal; a questões semânticas, de identidade, de representação, etc. Essa temática é

complexa e merece maiores reflexões pela amplitude que requer a discussão.

ACHADOS: CASOS DE BRAGANÇA, NORDESTE DO PARÁ, COSTA AMAZÔNICA BRASILEIRA.

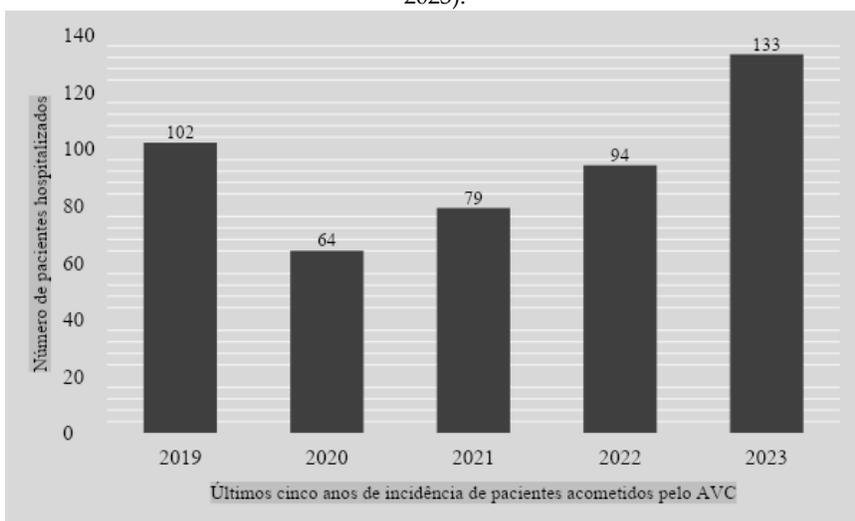
Em Bragança, município com população total de 130.122 habitantes (IBGE, 2022), ao analisar essa linha temporal do perfil epidemiológico global, quanto aos dados de morbidade por doenças do aparelho circulatório, e as principais causas de sequelas e óbitos são o AVC, sendo uma das principais causa de morte, ou seja, cerca de 13% das mortes totais anuais, dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), isto é, ilustramos, quantitativamente, o impacto desta doença em nosso município, por meio de uma série histórica dos últimos cinco anos.

No transcurso dessa pesquisa foi possível compilar outros dados, assim evidenciamos que a faixa etária mais acometida é de 62 a 90 anos de idade, do sexo masculino, baixa escolaridade, residentes no meio urbano, com histórico de tabagistas ou ex-fumante de longa data, pessoas declaradas alcoólatras, agregados a outras comorbidades como: hipertensão, diabetes, Alzheimer e obesidade.

Com dados do Ministério da Saúde apresentaremos uma série histórica: procedimentos hospitalares do SUS, por local de residência (Bragança/Pará), em sequência a série histórica de números absolutos de óbitos e elencamos mais três dados: sexo, cor e escolaridade. Nas Figuras 01, 02 e 03, apresentamos dados e informações oriundos das redes hospitalares existentes no município de Bragança, bem como dados do Serviço de Atenção Domiciliar, extraídos do Sistema Tabnet Win 3.2.

Nos últimos cinco anos (2019-2023) houve registros de pacientes hospitalizados por ocorrência de AVC de modo acentuado (Figura 1), onde em 2019 tiveram 102 pessoas hospitalizadas, com leve crescimento em 2023 para 133 pessoas.

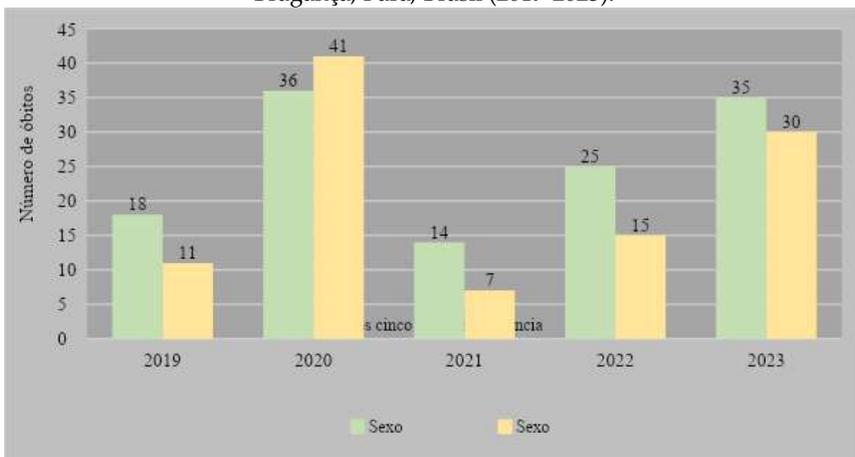
Figura 01. Número de pacientes hospitalizados por Acidente Vascular Cerebral (AVC) nos últimos cinco anos no município de Bragança, Pará, Brasil (2019-2023).



Fonte: Sistema de Atendimento Domiciliar - Sistema Tabnet Win 3.2 (2023).

Nesse procedimento de levantamento, conseguimos identificar o número de óbitos ocorridos pela causa do AVC, por sexo (Figura 2), o que nos faz perceber que no ano de 2020 ocorreram 36 óbitos de pessoas homens e 41 mulheres e, essa crescente vai ocorrer novamente no ano de 2023, 35 homens e 30 mulheres.

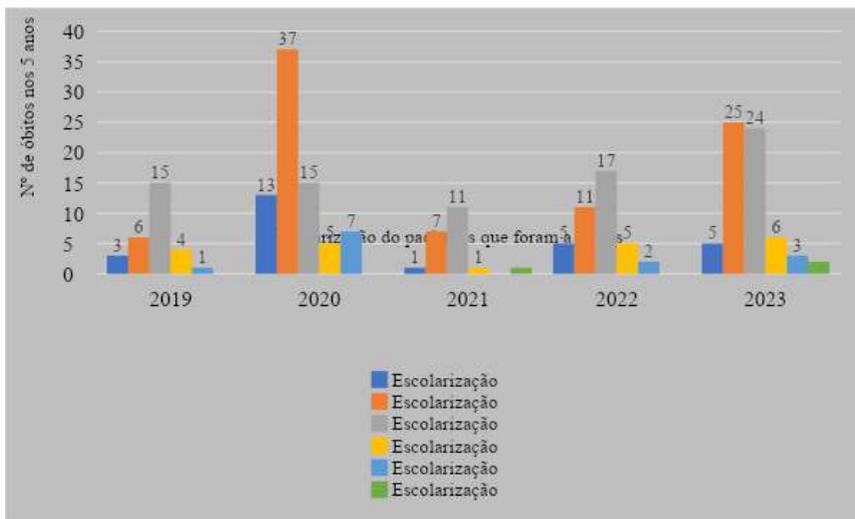
Figura 02. Número de óbitos de pessoas acometidas pelo Acidente Vascular Cerebral (AVC), por sexo, nos últimos cinco anos no município de Bragança, Pará, Brasil (2019-2023).



Fonte: Sistema de Atendimento Domiciliar - Sistema Tabnet Win 3.2 (2023).

Dados igualmente importantes foram acessados, onde se pode identificar que nos anos de 2020 e 2023 (Figura 3) houve maiores incidências de pessoas que foram a óbitos entre pessoas não escolarizadas, sendo que pessoas que detinham somente os Anos Iniciais do Ensino Fundamental prevaleceu maior número de pessoas levadas a óbito por AVC em todos os últimos cinco anos (2019-2023), com 15, 15, 11, 17 e 24 pessoas, respectivamente, quando comparado aos outros níveis de escolarização.

Figura 03. Número de óbitos de pessoas por escolarização acometidas por Acidente Vascular Cerebral (AVC) nos últimos cinco anos no município de Bragança, Pará, Brasil (2019-2023).



Fonte: Sistema de Atendimento Domiciliar - Sistema Tabnet Win 3.2 (2023).

Esses dados, nos dão indicadores de que há necessidade de pautar políticas públicas de saúde ao público com menor acesso à escolarização, à informação e ao entendimento sobre o AVC, uma vez que há menor número de prevalência e incidência em pessoas com maior nível de instrução escolar.

REFLEXÕES: PROCESSOS QUE NECESSITAM DE MAIORES APROFUNDAMENTOS DE DISCUSSÃO

Os dados acima, ainda são parciais, uma vez que a pesquisa está em andamento e outras dimensões de discussão serão acrescentadas. Todavia, preliminarmente, podemos adiantar que o contexto dos últimos cinco anos foi atípico, pois houve um período pandêmico (COVID-19) de alta complexidade (2019-2022), em que pessoas foram afetadas sobremaneira tanto do ponto de vista de contaminação quanto do aspecto social e psicológico.

Doutro ponto de vista, o AVC tem atingido, significativamente, pessoas de ambos os sexos, sem diferença entre homens e mulheres, todavia, percebe-se que há maior número de pessoas com baixa escolarizada acometidas por esse acidente. Todavia, não queremos, ainda, dimensionar esta discussão sem maiores informações correlacionadas aos aspectos familiares, ambientais, sociais e culturais, o que ficará para maiores aprofundamentos quando finalizado o campo de pesquisa para a dissertação de mestrado. Mas os dados das Figuras 01, 02 e 03, são precisos e nos trazem um alerta para este acidente que tem uma incidência e prevalência nos últimos cinco anos no município de Bragança.

Na busca por respostas, pelo conhecimento, entender as formas de mudanças e permanências do modo de vida dos grupos humanos que ocupam o território Amazônico, é necessário reconhecer que vivemos no maior bioma brasileiro, de características peculiares, onde ao longo dos anos se nota a evolução de uma patologia, cuja nomenclatura popular já estabelecida como “derrame” ou AVC apresentam números expressivos de morbimortalidade.

Por isso é fundamental que diversos atores sociais, gestores da saúde, não só planejem políticas públicas de saúde, mas as disponibilizem e cumpram, bem como fortalecimento de programas inter-relacionados, voltados à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, com monitoramento e supervisão de cada etapa dessas linhas de cuidados, também nas regiões de saúde paraenses como, por exemplo, a região dos caetés e municípios circunscritos, da qual Bragança é referência. O município de Bragança tem cobertura de 100% de Estratégia Saúde da Família, contempla outros serviços de média e alta complexidade como: Programa Melhor em Casa (PMeC); Centro de Reabilitação do Tipo II (CER II), SAMU, UPA, três hospitais, um com UTI adulto dentre outros serviços.

Neste contexto dos cumprimentos dos pactos pelos gestores da saúde em todos os âmbitos, nos vêm um questionamento “o

porquê da incidência, prevalência e taxas elevadas de pacientes com sequelas ou óbitos por ocorrência do Acidente Vascular Cerebral?”. Seguindo essa linha reflexiva, pensamos nas causas que levam a essa comorbidade, descartando os fatores hereditários, os demais dependem do meio em que o paciente vive, do seu próprio entendimento sobre saúde, da cultura local, de superação e seu querer e, assim convidado, você caro(a) leitor(a), a relembrar as possíveis causas que levam ao acometimento do AVC, demonstrando no “mapa mental do AVC”: hipertensão, diabetes, tabagismo, alcoolismo, estresse, sedentarismo, obesidade, dislipidemia, dentre outros.

Ao elencarmos estas possíveis causas para o AVC, fica claro que o controle estaria de posse e vontade do paciente, mas diante do cenário estatístico apresentado, é notório que precisamos de novas ferramentas e estratégias para a mudança desse cenário, estabelecendo assim discussões com essa temática que envolva a Amazônia, mas que seja em uma escala intermunicipal, inter-regional, interestadual, nacional ou internacional, abarcando debates que vão desde a revisitação dos fluxos de acolhimento, diagnóstico, implantação e/ou implementação de instrumentos que identifique os risco para o AVC, novas estratégias de monitoramento e supervisão dos planos de cuidados aplicados, investir em capacitações aos colaboradores da Rede de Assistência à Saúde (RAS) em espectro multi e interdisciplinar. É fato que o AVC é uma das principais causas de morte e incapacidade permanente, no mundo, no nosso País e, conseqüentemente, na nossa Amazônia e em nossa Bragança; portanto queremos contribuir para a mudança deste cenário, com estratégias que reflitam mudanças nos dados epidemiológicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para as pessoas com AVC, o risco de que desenvolvam incapacidades é alto, em razão da lesão neuronal, pois são muitos os aspectos que agregam ao sofrimento de quem foi acometido,

pois para além da lesão, os elementos sociais das críticas elevadas ao campo da discriminação, aos desníveis arquitetônicos domésticos, urbanos e institucionais colaboram para uma vida mais complexificada diante do acidente adquirido.

Após esta breve descrição, consideramos que a relevância do nosso estudo centra-se na obtenção do conhecimento da dimensão que a incapacidade possa ter junto à população, em idade produtiva, relativamente jovem, sobrevivente de AVC e residente em nossa região. Este conhecimento poderá servir para identificar/delinear as estratégias adotadas para o enfrentamento desta questão, no setor público de saúde.

Então, para não concluirmos, nos perguntamos: quais seriam as razões para a ocorrência deste acidente na região? O preconceito e a desinformação contribuem para maior sofrimento da pessoa e de seus familiares? Há escassez de serviços de saúde, de reabilitação na região? Quem são os que retornam às suas atividades sem nenhuma limitação? Quais são os destinos das pessoas que não atingem esta condição? Que caminhos são trilhados do AVC a uma vida dependente ou independente, integrada ou não? Quais são as consequências quando alguém torna-se dependente ou incapaz para executar atividades habituais, como alimentar-se, cuidar da sua higiene pessoal, comunicar-se, trabalhar, etc.? O que influencia ou determina os ganhos e perdas correspondentes a atual situação?

Por outro lado, a sobrevivência após o AVC tem impacto no número de incapacitados e repercute na demanda de serviços de saúde e de reabilitação, merecendo planejamento adequado desde já para que a sobrevivência dessas pessoas seja de qualidade. O que nos faz concluir que tem relevância a nossa descrição para este estudo, em que se evidenciam elementos que provocam reflexões a respeito das pessoas que são sequeladas por AVC.

REFERÊNCIAS

- Almeida-Filho, Naomar de. **Introdução à epidemiologia moderna**. 2ª. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 1992. 184p.
- Amodeo, Celso; Lima, Nereida Kilza da Costa. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Medicina**, Ribeirão Preto, 29: 239-243, abr./set., 1996.
- António, J. M. **Determinante de morbimortalidade por AVC em doentes admitidos no Serviço de Neurologia do Hospital Américo Boavida** de 1 de Outubro de 2010 a 31 de Maio de 2011 (Monografia). Luanda Faculdade de Medicina 2011.9
- Bensor IM, Goulart AC, Szwarcwald CL, Vieira MLFP, Malta DC, Lotufo PA. Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey - 2013. **Arq Neuropsiquiatr**. 2015;73(9):746-50.
- Beckett J, Barley J, Ellis C. Patient perspectives of barriers and facilitators of treatment-seeking behaviors for stroke care. **J Neurosci Nurs**. 2015;47(3):154-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**, V 1 – Brasília, 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**, V 2 – Brasília, 2013.
- Brasil. Ministério da Justiça. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. **Os direitos das pessoas portadoras de deficiências**: Lei nº 7.853/89, Decreto nº 914/93. Brasília, 1996.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de monitoramento e avaliação: Programa Melhor em Casa**. Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
- Bravo-Brash, Josefina. El minusválido y las barreras que se oponen a su integración social. **Rev. Med. IMSS, México**, v. 20, n. 2, p. 203-206, 1982.

Cabral, Noberto Luiz; Longo, Alexandre L.; Amaral, Cláudio Henrique do. **Epidemiologia dos Acidentes Cerebrovasculares em Joinville, Brasil**. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, September 1997.

Campos, Sofia Souza; Marcelino, Suellen Cristhina Gomes Nunes; Moura, Thays Comanetti Silva; Santos, Ana Cristina Doria dos. O papel dos cuidadores frente ao acometimento da capacidade funcional em idosos após Acidente Vascular Cerebral: revisão integrativa. **Pensar Acadêmico**, v. 21, n. 3, p. 1873-1882, 2023.

Chagas, Rocha Chagas; Monteiro, Ana Ruth Macêdo. **Educação em saúde e família: Cuidado ao paciente vítima de Acidente Vascular Cerebral**. Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá, v. 26, no. 1, p. 193-204, 2004.

Caplan, Louis R. **Caplan's stroke: a clinical approach**. 4th ed. Philadelphia. Elsevier, 2009.

Consenza, R. M. 1998. Fundamentos de Neuroanatomia . 2ª ed. Editora Guanabara Koogan. Belo Horizonte. p. 108-115.

Correia, Manoel Jorge Maia Pereira. **Acidentes vasculares cerebrais e sintomas e sinais neurológicos focais transitórios – Registo prospectivo na comunidade**. Repositório do Centro Científico do Centro Hospitalar do Porto, Portugal, 2006.

IBGE. **Censo Demográfico 2022: população e domicílios: primeiros resultados**. Coordenação Técnica do Censo Demográfico. Distrito Federal: Brasília, 2022.

Longen, Willians Cassiano. **Ginástica laboral na prevenção de LER/DORT – um estudo reflexivo em uma linha de produção** (Dissertação), Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

Martinsen R, Kirkevold M, Sveen U. **Young and midlife stroke survivors' experiences with the health services and long-term follow-up needs**. J Neurosci Nurs. 2015;47(1):27-35.

Oliver, Fátima C. **A atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência no sistema de saúde, no município de São Paulo: uma questão de cidadania**. São Paulo, 1990. Dissertação (Mestrado)- Universidade de São Paulo, 1990.

Oliveira, Silvia do Nascimento. **Memórias de saberes construídos no processo de se constituir professor em Vila Que Era (Bragança-Pará)**. 2013. 74 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Campus Universitário de Bragança, Bragança, 2013. Programa de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes na Amazônia, 2013.

Portelli, Alessandro. **História oral como arte da escuta**. São Paulo: Letra e Voz, 2016.

Rodrigues, Dário Benedito. Ao apito do trem: uma história da extinta Estrada de Ferro de Bragança. In: Sarquis, Giovanni Blanco (Org.). **Estrada de Ferro de Bragança: memória social e patrimônio cultural: coletânea de artigos**. Belém: IPHAN, 2017.

Sakaguchi, A. K., & Ribeiro, W. de O. A ATIVIDADE PESQUEIRA E A CENTRALIDADE URBANO-REGIONAL DE BRAGANÇA/PA. Formação (Online), 2020, 27(51).

Silva, A. E; Melo, V.L.; Santos, B.T.E.; Silveira, L.C. **Perfil dos atendimentos em cuidados paliativos pelo Serviço de Atenção Domiciliar de Divinópolis-MG**. Rev Bras Med Fam Communicate, 2023.

Silveira M. I., Oliveira E. R, Kern D. C., Costa M. L., Rodrigues S. F. S. O sítio Jabuti, em Bragança, Pará, no cenário arqueológico do litoral amazônico. **Boletim Museu Paraense Emílio Goeldi**, 2011, 6 (2), p. 335-345.

Toldrá, Rosé C. **Aprender a vivir: la construccion de la identidad de la persona com discapacidad fisica**. Barcelona, 1996. Tese (Doutorado)-Universidade de Barcelona, 1996.

CAPÍTULO 7

SÍFILIS: DISCURSIVIDADES MATERNAS NA AMAZÔNIA BRAGANTINA

Suellen da Silva Souza Rocha¹

Ana Paula Vieira e Souza²

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa que desafia há séculos a humanidade, considerada a segunda doença sexualmente transmissível mais grave, depois da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), é causada pela bactéria *Treponema pallidum pallidum*. Pode acometer todo o núcleo familiar, inclusive, ser transmitida de mãe para filho durante a gestação, capaz de afetar praticamente todos os órgãos e sistemas da criança infectada o que leva, em muitos casos, à morte fetal. Quando transmitida de mãe para filho, passa a ser classificada como sífilis congênita (Antonio, 2022).

É transmitida somente entre a espécie humana, evitável, de fácil identificação e quando adequadamente tratada o indivíduo acometido pode alcançar a cura. Com o avanço tecnológico e o advento do uso de antimicrobianos a cura existe devido a ação

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes na Amazônia (PPLSA), pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Possui graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Pará (2009). Médica da Família e Comunidade formada pelo serviço de residência médica do Hospital Universitário João de Barros Barreto. Pediatra Intensivista formada na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

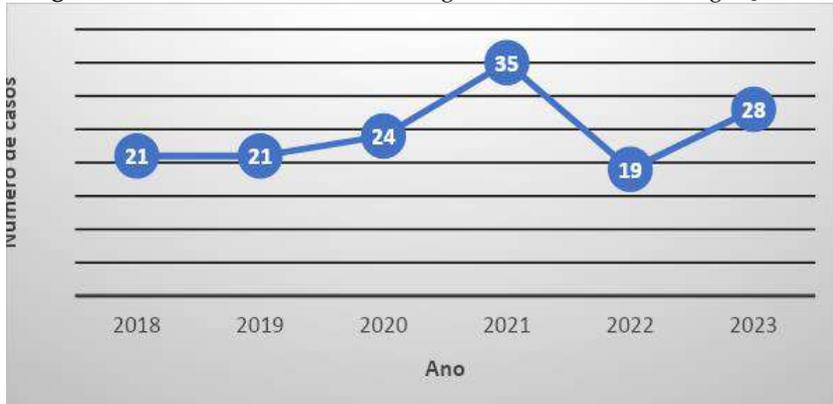
² Doutora em Educação na Linha Políticas Públicas Educacionais pela Universidade Federal do Pará. Professora do Programa Linguagens e Saberes na Amazônia (PPLSA) na Linha de Educação, Linguagens e Culturas na Amazônia.

bactericida da penicilina, que é utilizada como tratamento de escolha desde 1940 (Brasil, 2023).

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, a sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo a sífilis congênita a forma mais danosa, com cerca de 1,6 milhões de casos. No Brasil (2022), em 2020 foram registrados 22.065 casos congênitos, com 186 óbitos intra-útero. As informações fornecidas no boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, referente ao período de 2012 a 2023, no estado do Pará foram registrados 9.275 casos novos de sífilis congênita ao longo destes anos, posicionando o Pará como o estado da região amazônica com o maior número de casos notificados deste agravo durante os cinco anos consecutivos mencionados dentro do território brasileiro (SESPA, 2023).

No município de Bragança-PA foram notificados 148 casos novos de sífilis congênita, no período entre janeiro de 2018 a dezembro de 2023, com um pico de incidência no ano de 2021 (dados do Sistema de Notificação de Agravos do município de Bragança-PA). A pandemia da COVID-19, que teve início no final de 2019 e foi declarada como um problema de saúde pública de alcance nacional no início de 2020, provocou mudanças significativas na atenção prestada à saúde básica, incluindo o acompanhamento pré-natal, o que justifica as diferentes taxas de casos novos no período pós-pandêmico, conforme figura a seguir.

Figura - Número de casos de sífilis congênita notificados em Bragança-PA.



Fonte: Sistema de Notificação de Agravos de Bragança-PA (2023).

A grande dificuldade para evitar o ciclo de transmissão está no uso de preservativos e o engajamento dos pares acometidos para o tratamento concomitante de ambos. Trata-se de uma infecção carregada de preconceitos e estigmas para seus portadores. O número de casos de sífilis desperta preocupação dos gestores em saúde, que promovem reforço às medidas de vigilância epidemiológica para prevenção e controle (Brasil, 2023).

Nesta localidade Amazônica localizada na Região Norte do Brasil, à esquerda do Rio Caeté, é um dos municípios paraenses mais antigos, com quase cinco séculos de história. Região caracterizada por seu patrimônio natural e cultural único (Ferreira; Barbosa; Silva, 2018). A rede de saúde municipal bragantina desempenha um papel importante na Região do rio Caetés, sendo referência para o atendimento de casos de sífilis congênita desde 2011 em conformidade com a pactuação estadual pelo projeto Rede Cegonha (SESPA, 2023). A Rede Cegonha é uma iniciativa governamental que busca a qualificação da atenção à saúde materno-infantil, com o objetivo de reduzir o número de casos de doenças como a sífilis congênita, promovendo a saúde da gestante e do bebê (Brasil, 2011).

Há 15 anos sou moradora do município de Bragança-PA, e, como médica fui convidada para trabalhar no serviço de

neonatologia hospitalar local, e nesse serviço passei a vivenciar os casos de sífilis congênita neonatal. Com esses atendimentos aos infantes tornei-me referência nos cuidados das crianças acometidas na Amazônia bragantina. Observo no cotidiano hospitalar as dificuldades de mães que são surpreendidas na maternidade com esta condição clínica e que devem cumprir um tempo de internação de dez dias para o tratamento. Muitas vezes não entendem a necessidade do cuidado e tratamento do bebê.

Nesse sentido, no exercício da profissão da Medicina vivenciando muitos casos de sífilis congênita em bebês, que me interessou buscar a formação continuada no nível de mestrado na área interdisciplinar, pois pude perceber um campo fértil entre o conhecimento da área da Saúde e as Ciências Humanas em diálogo com a Linha da Educação, Linguagens e Interculturalidade na Amazônia do Programa de Pós-graduação em Linguagens e Saberes na Amazônia (PPLSA), da Universidade Federal do Pará em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Bragança (SMS), a partir desse acordo institucional que me candidato a uma vaga no edital PPLSA-Saúde, nesse contexto, ingresso na Linha de Pesquisa Trabalho, Infâncias e Relações Étnico-Raciais³. Esse encontro dialógico com a orientadora abriu caminho para o estudo do campo teórico da Filosofia da linguagem no princípio do círculo de Bakhtin, partindo para os estudos do discurso, do dito e não dito no contexto verbal e extraverbal.

Esses conceitos chave na epistemologia do Bakhtin contribuem nas elaborações teóricas que atravessam área da linguística e da filosofia, assim como são referências teórico-metodológicas em diversas áreas do conhecimento das Ciências Humanas, Sociais e na Saúde.

Para Bakhtin (2009) a linguagem é dialógica e ideológica, é um sistema de signo social e histórico que permite aos falantes atribuírem um sentido a sua realidade concreta e apreensão dos

³ Linha de Pesquisa sob a orientação da Professora Ana Paula Vieira e Souza

fenômenos sociais a partir da estrutura de classes na relação social e econômica. Considera a linguagem dialética na manifestação do ato de enunciar, a fala do sujeito e o discurso ideológico que é atravessado por outras vozes, do que é dito por mais de uma pessoa no momento da interação social.

Bakhtin (2009, p. 96) ao considerar que os enunciados e as palavras se manifestam na relação com o locutor elas são carregadas de um “sentido ideológico” no que é dito na comunicação social do sujeito da fala e nessa interação social o signo é manifestado no encontro da palavra do outro com o discurso do outro sujeito falante, portanto, é sempre um encontro dialógico.

Considerando, a comunicação social do sujeito da fala, que nesta pesquisa busco escutar as mães sobre a sífilis congênita, pois acredito na ideia de que as mães acometidas pela sífilis têm muito a dizer, narrar sobre essa infecção no contexto da desta porção do solo Amazônico. Ao pesquisar sobre a sífilis congênita no contexto amazônico do Município de Bragança é tentar compreender parte desse território da Amazônia brasileira que é vasta, complexa e as discussões sobre saúde devem considerar as especificidades culturais, sociais, econômicas e ambientais dessa área única. Faz parte de uma Amazônia que é atravessada pela diversidade particular dos rios, furos, igarapés e contexto estuarino, da pesca artesanal, extração do caranguejo e dos campos, da Reserva Extrativista-Taperaçu-Porto e Campo, bem como, da cidade histórica e devota do São Benedito e da Marujada (Parente *et al*, 2021).

Busco entender, nas entrevistas maternas, que enfrentam o processo saúde-doença de filhos acometidos por sífilis, a contextualização por intermédio do ouvir e analisar as discursividades dessas pessoas, se será reflexo das vivências da coletividade local. Partindo das vivências nos serviços de neonatologia, que acompanham os casos de crianças acometidas por sífilis congênita em Bragança-PA, surge a hipótese de que as mães compreendem a situação clínica, porém demonstram pontos de vulnerabilidade com relação ao percurso, tratamento e

prevenção dessa infecção. Sendo assim, pretende-se estudar os casos de mulheres acometidas com sífilis em Bragança no Pará por meio de entrevistas, no período de janeiro de 2024 a julho de 2024, realizando uma análise do discurso na perspectiva Bakhtiniana. Espera-se, portanto, que os achados revelem a condição do binômio mãe-filho infectados pela sífilis a partir das discursividades maternas, tentando-se realizar uma devolutiva como medidas propositivas de Políticas Públicas de Saúde local.

A INTERDISCIPLINARIDADE E A GERAÇÃO DOS DADOS

As discussões formadas na disciplina Seminário de Dissertação aprofundou a relação do meu projeto de pesquisa com o objetivo do Programa de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes na Amazônia (PPLSA). A conexão entre mulheres bragantinas afetadas por sífilis em Bragança-Pará, e esse programa de mestrado aponta para um enfoque interdisciplinar e, possivelmente, antropológico sobre a questão da saúde na região da Amazônia. A interdisciplinaridade geralmente busca promover diálogos entre diferentes áreas de conhecimento para abordar questões complexas de uma maneira mais abrangente e holística. A pesquisa buscará envolver uma análise das questões de saúde relacionadas a essa população, levando em consideração não apenas os aspectos médicos, mas também culturais, sociais, linguísticos e históricos.

A presente proposta de pesquisa é predominantemente qualitativa, em um contexto de pesquisas em saúde nesta região Amazônica. *A análise das histórias de vida serve para provocar a emergência* (Barros, 2022) de modo consciente ou inconsciente de como o processo saúde-adoecimento perpassa na individualidade, podendo ou não refletir em uma coletividade. Ao examinar narrativas pessoais, é possível identificar padrões, significados e crenças subjacentes que orientam a experiência e a compreensão do processo de uma pessoa infectada. Larrosa (2011) define experiência como “*isso que me passa*”, onde o lugar é o sujeito,

tornando a experiência algo subjetivo. Assim, enfatiza-se o contexto e o ambiente na formação desta arguição. Isso significa que a mesma não é universal ou objetiva, mas sim moldada pelas características individuais e pela circunstância em que ocorre.

Cada pessoa pode vivenciar e interpretar uma mesma situação de maneira única, refletindo suas próprias histórias de vida, crenças e emoções. Pressupõe-se que cada indivíduo carrega consigo uma multiplicidade de significados e sentidos que influenciam a forma como ele percebe e interage com o mundo ao seu redor. Essa abordagem permite a emergência de consciências em relação à própria condição clínica vivenciada, possivelmente revelando aspectos inconscientes que influenciam no bem-estar e na qualidade de vida do indivíduo. No entanto, esse processo também pode ter reverberações em nível coletivo, uma vez que as experiências pessoais estão intrinsecamente ligadas ao contexto social, cultural e histórico em que estão inseridas.

Bakhtin (1997) enfatiza a importância da linguagem como um elo de interação social para a formação da identidade individual e coletiva, e segue o pensamento de que somos seres que se constroem através da comunicação e do diálogo com o outro. Através do processo de contar histórias pessoais, ocorre a expressão e compartilhamento de experiências, interação perspectivas e valores entre os sujeitos. Essa ação de contar-se é um elemento central na formação da identidade.

Ao refletir sobre o significado e o impacto das nossas vivências, podemos compreender melhor a si mesmo, motivações, ações e relações com o mundo. Essa reflexão permite construir uma narrativa sobre quem e como é dada a relação entorno do meio onde o falante vive. A interação com o outro desempenha um papel fundamental na constituição do sujeito. Bakhtin argumenta que é na relação com os outros que desenvolvemos habilidades linguísticas, formas de expressão e pontos de vista. Através do diálogo e da troca de experiências, moldamos identidade e ampliamos o conhecimento de si mesmo e do mundo.

Assim, o movimento de contar e recontar sua história por meio de narrativas implica em um processo de reflexão sobre o vivido, com o objetivo de delineamento de ações futuras ressignificadas. A constituição do sujeito ocorre a partir da reflexão sobre suas experiências pessoais, no exercício de contar-se (Barros, 2022). Ao refletir sobre as experiências pessoais, o sujeito pode contemplar diversos aspectos, como suas relações interpessoais, suas emoções, suas crenças e valores, conquistas e fracassos, entre outros elementos que compõem sua trajetória de vida. Ao contar a própria história, o sujeito tem a oportunidade de organizar e interpretar essas experiências, encontrando padrões, conexões e significados que ajudam a dar sentido à sua existência.

A reflexão sobre as experiências pessoais e a narrativa da própria história permitem ao sujeito um processo de autoconhecimento e autoconstrução. Ao examinar suas vivências, pode identificar seus desejos, motivações e potenciais, bem como medos, inseguranças e limitações. Essa autorreflexão possibilita uma compreensão mais profunda de si mesmo, contribuindo para a formação identitária. Ao realizar a substituição da palavra “*texto*” por “*sujeito*” segundo o exposto por Larrosa (2011, p.9) observa-se que a experiência é uma relação, onde o importante não é o *sujeito*, senão a relação com o *sujeito*, gerando transformações diante desta relação.

Há o potencial de gerar mudanças, crescimento e aprendizado. Ao se envolver em interações significativas com outras pessoas, com o ambiente e consigo mesmo, há um processo contínuo de adaptação, reflexão e evolução pessoal. Tratando-se de uma ação construtiva coletiva e mutuamente transformadora. Ao longo desse processo, o sujeito também pode desenvolver uma consciência crítica em relação às influências externas que impactam sua vida, como valores culturais, normas sociais e expectativas familiares. A partir dessa conscientização, ganha maior autonomia para questionar, desafiar e redefinir suas próprias escolhas e trajetórias, construindo sua identidade de forma mais autêntica e alinhada com seus valores e aspirações pessoais.

Mas como garantir o que um sujeito fala corresponde a verdade dos fatos? Como ter certeza de que os relatos são fiéis ao vivido, ao experimentado? Como é possível filtrar a fantasia e os excessos de uma memória contada? (Barros, 2022) A perspectiva filosófica bakhtiniana destaca a importância de compreender a ciência como uma construção humana, passível de falhas, erros e interesses. Em vez de considerar a verdade como um conceito transcendental, Bakhtin argumenta que a verdade é um construto histórico, moldado por diferentes perspectivas, contextos culturais e ideológicos. Na visão de Bakhtin (2003), a ciência é um campo de conhecimento moldado pelas interações sociais e pelas relações de poder que ocorrem dentro de uma determinada comunidade científica. Portanto, o conhecimento científico não é estático ou absoluto; está sujeito a mudanças, revisões e contestações.

Essa abordagem crítica da ciência enfatiza a importância de reconhecer a influência dos valores, crenças e agendas individuais e coletivas na produção do conhecimento científico. Reconhecer que é construído dentro de um contexto social e histórico faz entender melhor as limitações e os possíveis vieses presentes na pesquisa científica. Além disso, leva a considerar a importância do diálogo e da heteroglossia na construção do conhecimento científico. Ao permitir a coexistência de ideias divergentes e múltiplas vozes, pode-se evitar a centralização excessiva de uma única perspectiva e promover uma abordagem mais inclusiva e crítica da ciência.

Abordar uma infecção sexualmente transmissível acompanhada de estigmas, estereótipos e preconceitos em solo Amazônico requer sensibilidade e compreensão da vulnerabilidade que envolve esse diálogo. É importante reconhecer que a Amazônia é uma região culturalmente diversa, com populações indígenas, ribeirinhas e urbanas, que trazem consigo diferentes perspectivas e crenças. Ao dialogar com a vulnerabilidade do outro em relação às infecções sexuais na Amazônia, é essencial buscar a informação correta, desafiar juízos de valor e oferecer um espaço de compreensão e respeito. Essa

abordagem ajudará na construção de um diálogo mais inclusivo, promovendo a conscientização e combatendo a mácula e os prejulgamentos associados ao sujeito infectado.

A abordagem de pesquisa qualitativa enfatiza a compreensão contextualizada e aprofundada das experiências humanas. Ela valoriza a perspectiva dos participantes e procura capturar a complexidade dos fenômenos sociais por meio de uma análise interpretativa e flexível dos dados (Minayo, 2007). Assim, nesta investigação são realizadas entrevistas com as mães, na condição de acompanhantes de seus filhos(as) em tratamento clínico para sífilis congênita nos primeiros 28 dias de vida, naturais de Bragança-PA. São selecionados os casos diagnosticados que se encontram aos cuidados da equipe de saúde dos hospitais Geral de Bragança e Santo Antônio Maria Zaccaria, no período entre janeiro de 2024 a agosto de 2024.

As mães entrevistadas contribuem por meio de seus discursos com informações significativas que proporcionam, em grande medida, para elucidação da problemática em questão, bem como, auxiliarão no alcance dos objetivos propostos nesta investigação. Esse tipo de estudo torna-se uma abordagem importante para compreender experiências, percepções e desafios para o binômio mãe-filho frente a uma infecção sexualmente transmissível e que torna vulnerável a criança em período tão precoce de vida. A construção do dialogismo entre mães falantes e pesquisadora se dará no ambiente hospitalar durante este acompanhamento clínico especializado em que o bebê estará em tratamento.

Durante as entrevistas identifique-me como pesquisadora do Programa de Pós-Graduação de Linguagens e Saberes na Amazônia, vinculado a Universidade Federal do Pará do Campus Bragança-PA, e despida de qualquer suporte técnico que lembre a minha caracterização como profissional de saúde. Para o filósofo russo Mikhail Bakhtin o discurso dos sujeitos vai além de sua fala, são compreendidos como enunciados. Sendo que o *enunciado*

significa o ato de enunciar, de exprimir, transmitir o pensamento, sentimentos, etc. em palavras (Bakhtin, 2016).

Nessa perspectiva de análise todos os discursos coletados têm uma relação com seu contexto e está visivelmente relacionado com a vivência dos acometidos por esta infecção e toda a assimilação que elas empregam nas suas falas. Nesse sentido, “falar da pesquisa em ciências humanas subsidiada pelo viés bakhtiniano significa considerar não só a manifestação verbal do sujeito, mas também o contexto extraverbal que o envolve e que incide diretamente sobre o dizível” (Costa-Hubes, 2017, p. 553). Assim, ao considerarmos o enunciado como ponto de partida para uma pesquisa em ciências humanas, devemos atentar-nos para o sujeito falante e o contexto que envolve a ele e a seu discurso: lugar, momento histórico de produção, interlocutor(es), motivações, interesses, valores etc. Nesse estudo, os dados da pesquisa são gerados com o intuito de captar as discursividades das mães, na condição de portadoras de sífilis, a partir de um processo dialógico em todo o percurso da pesquisa de campo empírico.

Desse modo o processo de análise nesse dialogismo, enfatiza as vozes maternas acometidas por um processo infeccioso cuja origem foi sexual e seus contextos subjacentes em um intercâmbio de entendimento dentro do processo saúde-infecção. E assim, é feita a organização das discursividades articulada aos gêneros dos discursos, nas categorias de análises da pesquisa com os materiais coletados, permitindo uma discussão teórico-metodológica com os elementos achados no estudo.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A discursividade surge em permeio ao dito e não dito por seis mulheres amazônicas. A ausência do tratamento da parceria sexual foi um dos pontos comuns entre as seis entrevistadas desta pesquisa. Cinco mulheres tinham mais de 18 anos e uma tinha 16 anos. Cinco descobriram a infecção no pré-natal e somente uma descobriu a nível hospitalar, sendo esta usuária de drogas ilícitas,

com múltiplas parcerias sexuais, sem realizar pré-natal durante a gestação. As seis cumpriram o regime de 10 dias de acompanhamento de seus filhos infectados para tratamento de sífilis congênita precoce. E cada uma seguiu o seu percurso de acompanhamento ambulatorial com seu filho após o contato de mais uma voz (da entrevistadora) durante este constructo dialógico bakhtiniano.

REFERÊNCIAS

- Antonio, C. A. *et al.* **Sífilis congênita: Manifestações clínicas, avaliações e diagnósticos.** UpToDate. 2022.
- Bakhtin, M. **Estética da criação verbal.** Introdução e tradução do russo Paulo Bezerra; prefácio à edição francesa Tzvetan Todorov. 4^a edição. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- Bakhtin, M. **Hacia una filosofía del acto ético.** Trad. Tatiana Bubnova. *San Juan: Universidad de Puerto Rico*, p.7-80, 1997.
- Bakhtin, M. **Marxismo e Filosofia da Linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na Ciência da Linguagem.** Prefácio Roman Jakobson. 13^a edição. São Paulo: Hucitec, 2009.
- Bakhtin, M. **Os gêneros do discurso.** Paulo Bezerra (Organização, Tradução, Posfácio e Notas); Notas da edição russa: Seguei Botcharov. 1^a Edição. São Paulo: Editora 34, 2016.
- Barros, SND. **Como se inventa uma trajetória formativa e um objeto de investigação.** In: vários autores. *Experimentar na diferença: um banquete de monstrosidades acadêmicas / organização Silvia Nogueira Chaves.* São Paulo: Livraria da Física, 2022.
- Brasil, MS. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde, **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, p. 109, 27 jun. 2011.

Brasil, MS. Nota técnica n.14/2023. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis**. 2023.

Brasil, MS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de Hiv, Sífilis e Hepatites Virais**. 1º ed. Brasília: MS, 2022.

Costa-Hübes, T.C. **A pesquisa em ciências humanas sob um viés bakhtiniano**. Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo (SP), v.5, n.9, p. 553, 2017.

Ferreira, C.N.; Barbosa, H.D.A.; Silva, S.M.P. **A memória da gastronomia e do turismo na Bragança Amazônica**. Nova Revista Amazônica (PA), v.6, n.3, p.143, 2018.

Larrosa, J. **Experiência e alteridade em educação**. Revista Reflexão e Ação, Santa Cruz do Sul, v.19, n2, p.04-27, jul./dez. 2011

Minayo, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

Parente, F.A. *et al.* **Histórias, naturezas e culturas em ambientes amazônicos**. Nova Revista Amazônica (PA), v.9, n.3, p.5-8, 2021.

SESPA. **Sespa realiza seminário para fortalecer as atividades de prevenção e combate a sífilis congênita**. Serviço de informação ao cidadão. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/sespa-realiza-seminario-para-fortalecer-as-atividades-de-prevencao-e-combate-a-sifilis-congenita/>. Acessado em: 9. mai. 2024.

CAPÍTULO 8

MEMÓRIAS E NARRATIVAS DOS 30 ANOS DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BRAGANÇA, AMAZÔNIA BRASILEIRA

Ellen Cristina Rocha Aranha dos Santos¹

Maricília Nascimento Prestes²

Joana d'Arc de Vasconcelos Neves³

Francisco Pereira de Oliveira⁴

¹ Psicóloga – Especialista em Neuropsicologia. Servidora da Prefeitura Municipal de Bragança - Secretaria Municipal de Saúde. Endereço: Rua 13 de Maio, s/n, Centro - Bragança, 66800-000, Pará. *E-mail*: ellenaranha.psicologia@outlook.com - ORCID: ORCID iD: 0009-0005-0657-9740.

² Nutricionista - Especialista em Alimentação e Nutrição na Atenção Básica ENSP/FIOCRUZ). Servidora da Prefeitura Municipal de Bragança - Secretaria Municipal de Saúde. Rua 13 de Maio, s/n, Centro - Bragança, 66800-000, Pará. *E-mail*: mariciliaprestes83@gmail.com - Endereço Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1778644617633735> - ORCID: 0009-0006-5223-3764.

³ Doutora em Educação pela Universidade Federal do Pará (2014). Mestre em Educação pela Universidade Federal do Pará (2007). Professora adjunta da Universidade Federal do Pará, Faculdade de Educação no Campus Universitário de Bragança e professora do Programa de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes na Amazônia. Endereço: Alameda Leandro Ribeiro, Bairro: Aldeia, Cidade: Bragança, CEP: 68600-000. Email: jdvasconcelosneves@gmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5658289632563411> ORCID: 0000-0002-3110-3649.

⁴ Doutor em Biologia Ambiental. Professor da Faculdade de Educação e dos Programas de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes da Amazônia; e de Biologia Ambiental. Participa do grupo de pesquisa do Laboratório de Ecologia de Manguezal (LAMA), Campus de Bragança. *E-mail*: foliveiranono@yahoo.com.br - ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1327-8362> - Endereço Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6672819410146078>.

PARA INÍCIO DE CONVERSA...

Cada pessoa possui uma história de vida, uma história permeada por acontecimentos que marcam a existência individual como cita Bourdieu (1986), a vida é um caminho, uma rota com suas encruzilhadas, armadilhas e emboscadas. Elucidar histórias de vida de pessoas que participaram de um mesmo período, propicia documentar ricas informações que ultrapassam dados estatísticos, fazendo parte de um processo construtivo de memória individual e coletiva.

Discorrer sobre os últimos 30 anos de implantação da Atenção Básica no município de Bragança é reviver fatos, memórias, acontecimentos inéditos, por meio de narrativas, diálogos e trocas no campo da oralidade. Este singelo capítulo aborda uma viagem ao tempo com base nos relatos de experiências de vida de três profissionais da saúde que permitiram narrar seus percursos na saúde de Bragança, meados dos anos 80 e 90, período tido como início da organização do processo de descentralização dos serviços de saúde no Brasil, em que a Atenção Básica começou seu legado com o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF).

Tratar sobre esse processo construtivo por meio das narrativas, é entender antes de mais de tudo que a história oral acaba sendo a arte da escuta citada por Portelli (2016), em que é de suma importância pautar a conversa no respeito e no interesse sobre aquilo que o outro narra, mesmo que em alguns momentos aquilo que é citado possa parecer ter pouca relevância, há diversos outros momentos em que algumas situações emergem sem mesmo o entrevistador ter perguntado, enriquecendo a história que está sendo contada ali.

Tomando como referência as recomendações de Portelli (2016) e Holanda (2022), as próximas páginas irão trazer vivências de histórias invisibilizadas por décadas, do resgate das memórias individuais de mulheres que conquistaram seu lugar de fala. Por

meio do diálogo, foi possível ouvir suas dificuldades e conquistas diante de suas trajetórias de vida no campo da saúde pública da Amazônia Bragantina, no meio de um cenário de mudanças e avanços do Sistema Único de Saúde (SUS), recém regulamentado no país (Brasil, 1990).

A relação dialógica da história oral que Holanda (2022) cita a respeito de Portelli (1997) que a entrevista é uma troca entre sujeitos: literalmente uma visão mútua. Uma parte não pode realmente ver a outra a menos que a outra possa vê-lo ou vê-la em troca. Assim, a construção da narrativa através da história oral acontece na relação entre as memórias individuais e os sentidos que surgem das narrativas (Holanda, 2022).

No Quadro 1, está sistematizado o perfil das participantes das entrevistas.

Quadro 1: Participantes, profissão, naturalidade, idade e anos de profissão das profissionais entrevistadas, Bragança, Pará - 2024.

Participantes	Profissão	Naturalidade	Idade	Anos de atuação
Nazaré Souza	Enfermeira	Belém/ PA	61 anos	29 anos
Carmen Rodrigues	Enfermeira	Belém/ PA	68 anos	47 anos
Arlene Saruby	Técnica enfermagem	Bragança/PA	67 anos	47 anos

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2024.

Os anos de profissão dessas mulheres na Saúde Pública de Bragança colaboram no entendimento desse processo por meio das narrativas. Em nível nacional, inúmeros autores discorrem sobre a trajetória da construção da Atenção Básica no País, Lima *et. al.* (2011) e Negri (2022) documentam por meio de suas publicações, esse movimento de luta e resistência ao longo do período histórico, político e social. No entanto, em nível local, tem-se grande limitação por compreender esse processo na

Amazônia, especialmente no município de Bragança por falta desses relatos de forma documentada.

O município de Bragança está localizado no nordeste do Pará, há 220 quilômetros da capital, Belém, sendo uma dos municípios mais antigos do referido estado. Apresenta diversos elementos culturais que perpetuam sua identidade e história diante de seus habitantes. Quanto a atual rede de saúde, o município possui uma cobertura de Atenção Primária à Saúde de 160,39%⁵, com 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 62 equipes de Saúde da Família (eSF), duas equipes de Atenção Primária (eAP) e 375 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), distribuídos no meio urbano e rural do município (SAPS/MS/SISAB, 2024). No entanto, até chegar nesse cenário favorável, uma longa trajetória política, histórica e social foi traçada, a qual será contada nas próximas páginas.

BREVE PERCURSO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E NA AMAZÔNIA

Discorrer sobre o início da saúde pública no Brasil, faz-se necessário compreender as diferentes vertentes que se pautava a saúde dos brasileiros, sobretudo, analisar o cenário histórico e político que o País se encontrava. Um dos marcos para iniciar essa conversa e entender os dias atuais, acontece no ano de 1904 com a Revolta da Vacina chefiada pelo então responsável pela saúde pública no País, Oswaldo Cruz. Este assumiu o cargo para combater o mal amarelo⁶, no entanto, encontrou com grande desafio o surto de varíola o que culminou num enfrentamento

⁵ A Cobertura de Atenção Primária considera, além das equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção Primária (eAP), serviços classificados pelo Ministério da Saúde como ações estratégicas, como a equipe de Saúde Prisional e equipe do Consultório na Rua que atendem populações específicas como as pessoas privadas de liberdade e moradores de rua, respectivamente.

⁶ Doença da Febre Amarela.

autoritário em que obrigada pessoas a serem vacinadas, assim como práticas invasivas “higienistas” nas casas das pessoas.

Práticas como essas se tornaram comum no cenário brasileiro, uma vez que o País estava vivendo seu momento agroexportador, portanto precisava transparecer para o mundo esse aspecto de país limpo e sem doenças, como a Reforma do Porto de Santos em 1917, trazendo mais uma vez insatisfação aos brasileiros pela forma como os fatos eram consolidados, visando o sistema capitalista, sobretudo a produção. Em 1923 foi instituída a Lei Eloy Chaves que assegurava assistência médica previdenciária aos somente aos trabalhadores que possuíam algum tipo de contribuição, ou seja, que tinham parte de seu dinheiro aplicado nas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923 e posteriormente substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em 1933.

Essa configuração de assegurar atendimento apenas àqueles que contribuíram perdurou por muitos anos, ou seja, a saúde não era considerada um direito universal. Portanto, a saúde diante do contexto do estado tinha duas vertentes: assistência individual apenas para quem era trabalhador que contribui e a saúde pública voltada para as coletividades com o intuito de evitar surtos de doenças pestilenciais por meio de campanhas e ações de imunização, por exemplo, que eram destinadas a todas as pessoas.

Diante dessa escassez de atenção à saúde da população, tanto a nível individual quanto coletivo, ainda se fazia presente práticas voltadas aos saberes ancestrais de indígenas pelos pajés e posteriormente com a influência do negro pelos curandeiros, como as rezas, benzimentos, uso de folhas e cascas para fazer chás e banhos.

A figura da parteira também é reconhecida ao longo da história da saúde, sendo essa uma das profissões mais antigas já documentadas, além de ser perpetuada de ritos envolvendo o desde a gestação ao pós-parto. De acordo com Acker *et al* (2006), as parteiras desenvolvem um elo de confiança com a gestante, são mulheres conhecidas e respeitadas na comunidade em que residem.

Importante ressaltar que essas práticas estão presentes desde os primórdios do período de colonização das terras brasileiras, sendo presentes até os dias atuais e cada dia mais ganhando reconhecimento de sua importância para a saúde e qualidade de vida das pessoas, nos diferentes territórios.

Um país com território continental como o Brasil, precisava assegurar um sistema de saúde que atingisse a todos de forma descentralizada, pautado em princípios de universalidade, integralidade e equidade. Em meados de 1970, teve força a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), movimento este pertencente a outros movimentos de luta e insatisfação da atual situação do país que se encontrava nas amarras da Ditadura Militar (1964-1985), buscou ampliar a discussão sobre as necessidades no campo da saúde, incluindo o próprio conceito de saúde que havia nesse período. A reforma culminou na concretização do Sistema Único de Saúde, a partir da Constituição Federal de 1988 (PAIM, 2013).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Importante ressaltar dentro desse Movimento da Reforma Sanitária (MRS), a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), apresentando caráter pré-constituente, de grande relevância pois foi a primeira a contar com a participação da sociedade civil organizada. Abordou temas importantes como a saúde é dever do Estado e direito do cidadão; reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e financiamento setorial. O que foi estabelecido como direito por meio da Constituição Federal (1988), passa a ser regulamentado pela Lei Orgânica nº 8.080 no dia nove de setembro de 1990, e de fato consolidando uma saúde pública universal, igualitária e com menos desigualdades sociais.

Segundo Garnelo (2009), é importante considerar o cenário amazônico e suas particularidades, por conta das distâncias geográficas entre as cidades e localidades, enfrentou alguns

obstáculos para a consolidação das políticas públicas, nelas inseridas o caso específico das políticas de saúde. As barreiras demográficas desta região continental, são uma das dificuldades para a oferta de ações e serviços de saúde, impossibilitando o acesso dos usuários e ferindo princípios e diretrizes estabelecidos na Constituição Federal.

Partindo da vertente histórica e social, Muniz (2021), reforça que as ações realizadas pelo Estado brasileiro no interior da Amazônia no segmento da saúde pública, teve estreita relação com o combate às endemias rurais (Malária, doença de Chagas, febre amarela, entre outras). Outro ponto importante a ser abordado, é o acesso aos serviços de maior complexidade na região, em que muitos desses estão localizados nas capitais como Belém e Manaus, realidade essa que foi exposta mais do que nunca no período pandêmico da COVID-19, acentuando as desigualdades sociais vividas na Amazônia em relação às demais regiões do país.

Entender como esse processo se construiu no Brasil e particularmente na Amazônia, no município de Bragança, é de suma importância para compreender a evolução, avanços e desafios da saúde pública a nível local, sobretudo a efetivação das políticas públicas em saúde no território. Uma das maneiras encontrada para fazer o levantamento desses 30 anos do Sistema Único de Saúde, contexto da Atenção Básica, foi através das memórias e narrativas de pessoas que viveram esse início, às quais puderam elucidar os desafios encontrados e os avanços percebidos nesse período de grande contribuição para a saúde individual e coletiva.

MEMÓRIAS, NARRATIVAS E SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BRAGANÇA, NORDESTE DO PARÁ

Porque mesmo que queimem a escrita, não
queimarão a oralidade.
Mesmo que queimem os símbolos,
não queimarão os significados.

Mesmo queimando o nosso povo,
não queimaram a ancestralidade
Nego Bispo (2015)

Algo comum entre as profissionais de saúde é o objetivo de trazer recursos financeiros para suas famílias, muitas das quais já não contavam com o pai como provedor. Além disso, nesse período inicial, a mão-de-obra para trabalhar na saúde pública do município geralmente vinha de outras localidades, em especial, da capital do estado, Belém do Pará. Em meados de 1994, na saúde pública de Bragança havia quatro enfermeiras: Marluce, Carmen, Nazaré e Luciene. Uma profissional mencionada neste início da organização da Atenção Básica no município é a assistente social Margarida, a qual aparentemente era bastante engajada em ações importantes, como por exemplo, as campanhas de imunização.

A primeira narrativa é da enfermeira Carmem, que chegou em Bragança no ano de 1979, através do concurso público estadual, assumindo o cargo de enfermeira no então Centro Ruth Bragança, único posto de saúde na cidade. Narra inicialmente alguns acontecimentos marcantes em sua vinda, como por exemplo, o fato de antes do concurso ela ser datilógrafa e ganhar o equivalente a 700 reais (convertido aos valores atuais), passou no concurso com um salário de aproximadamente 7 mil: “olha o que aumentou, 7 mil (...) eu vim para cá trabalhando, ganhando mais ou menos esses valores. Não era. Talvez não fosse nem tudo isso. Eu não sei. Sei que era um salário relativo. Que não dava pra pensar 2 vezes, não tinha como não vim”.

Chegou após finalizar sua pós em Habilitação em Saúde Pública, assumiu seu cargo de enfermeira no único centro de saúde, onde havia apenas 5 médicos, uma dentista para atender toda a demanda do município e naquele momento ela era a única enfermeira, em uma unidade de saúde que tinha demandas diversas, de acordo com seu relato: “demanda mesmo que nem hoje era gestante, criança, paciente de tuberculose, tinha bastante casos de tuberculose, hanseníase”.

Antes de surgirem os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a interlocutora refere que “Antes tinha era o atendente. Ou então aquele, na comunidade, era assim, aquela pessoa que já cuidava da comunidade ou, por exemplo, aplicava uma injeção. Ou se está com uma dor de barriga, vai com a Dona Fulana que ela ensina um chá”, ou seja, havia uma estreita relação com os saberes tradicionais, advindos de nossos ancestrais que por meio da oralidade eram repassados entre as pessoas dessas comunidades rurais mais distantes, as quais possuíam pessoas detentoras desses saberes que eram respeitadas e seguidas para os cuidados com a saúde do corpo, corroborando com o que destaca Oliveira (2012, p. 32):

A diversidade racial, presente no Brasil desde a sua colonização, possibilitava um leque de opções de tratamentos, pois os índios, os colonizadores e posteriormente os negros, eram detentores de conhecimentos próprios para lidar com as enfermidades. Essas culturas, a partir de suas cosmovisões, ofereciam procedimentos terapêuticos peculiares para as moléstias que ocasionalmente os acometiam.

Relação importante a ser abordada neste capítulo é a organização do grupo de parteiras, no início da década de 90. Essas mulheres citadas pelas entrevistadas desempenharam e ainda desenvolvem um importante trabalho na saúde pública bragantina. Por meio do grupo, acontece o compartilhamento de saberes: o técnico/ científico e saberes tradicionais:

A gente começou a reunir com as parteiras [...] veio um pessoal de fora, não recordo agora de onde eles eram, mas foi muito bom porque ajudou elas em algumas coisas [...] e a gente também entendeu mais de perto como era o trabalho delas lá nas comunidades [...] nesse tempo tinha umas 35 parteiras de todo canto de Bragança! (Enfermeira Carmem Rodrigues, 47 anos de atuação).

A enfermeira Nazaré, também narrou sua história de vida, como por exemplo, ter sido a primeira da família a ter cursado uma graduação diante de muita dificuldade. Chegou a Bragança

no ano de 1996, através da indicação de uma amiga, também enfermeira que já estava trabalhando no município. Sua vinda se deu pela necessidade de profissionais para trabalhar com os ACS, já que a equipe estava passando de 22 para 80 com o crescimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)⁷.

A interlocutora relembrou a dificuldade que era para se conseguir consulta naquela época, um médico para muitos pacientes, já que o Centro de Saúde Ruth Bragança atendia Augusto Corrêa, Tracuateua, Viseu, Capanema: “Você chegava 10 da noite, as cadeirinhas estavam todas ali enfileiradas no Ruth, as pessoas ali, se chovesse, traziam sombrinha, uma garrafinha de café para dormir, para pegar uma senha para o outro dia”.

A auxiliar de enfermagem Arlene, moradora de Bragança narrou uma parte da sua história, que também conta com o falecimento de seu pai e a necessidade de ajudar sua família financeiramente, essa era sua maior preocupação. Os pais de Arlene são naturais de Bragança. Ela começou a trabalhar na saúde em maio de 1977, aos 20 anos, como auxiliar de dentistas (cargo estadual) da Odontóloga Valquiria. Dentro do Ruth Bragança ela passou por vários atendimentos como por exemplo com as grávidas, lembrou de quando perguntava na triagem a quantidade de filhos com aquele “elas respondiam 18, 15, 19” e perguntavam se elas iriam encerrar e elas diziam “não, seja o que Deus quiser! E hoje em dia né? É somente um ou dois”.

Narrou ainda, que não saiu de Bragança para fazer uma graduação por medo de deixar a mãe e os irmãos, como se pode constatar na seguinte fala “eu queria que tudo que eu comesse, eles comessem também. Eu tinha medo de ir embora, passar bem pra lá e eles aqui passando necessidade”. Ficou por 20 anos na sala de vacina e depois passou a ser responsável pela distribuição das vacinas, até o presente momento.

⁷ O PACS foi implementado em 1991. Em 1994, o PACS já estava implantado em 13 estados das Regiões Norte e Nordeste, tendo grande importância na prevenção e combate de doenças e agravos, ajudando as famílias brasileiras na melhoria de suas condições de saúde (Brasil, 2000; Lima *et al*, 2005).

Relatou as dificuldades sobre vacinar nas localidades mais distantes, principalmente no que diz respeito ao transporte quanto às próprias vias de acesso, mas que também era algo prazeroso, como podemos constatar no relato a seguir: “era muito difícil, sabe? Mas ao mesmo tempo era também muito legal, porque a gente sabia que a gente ia ajudar alguma pessoa fazendo as vacinas ou levando alguma medicação, ou uma palavra de conforto, né?”

Assim, percebemos que as narrativas das profissionais convergem ao abordar as campanhas de imunização, especialmente aquelas realizadas nas áreas mais remotas. Outro aspecto interessante é que ambas as enfermeiras apreciavam treinar, ou seja, agregar conhecimento técnico aos profissionais que atuavam diretamente com a população. Como podemos constatar na narrativa da enfermeira Nazaré, quando solicitou à então secretária de saúde: “Deixa eu treinar os agentes comunitários de saúde a fazerem vacina [...], melhor uma pessoa treinada do que uma pessoa que não sabe fazer ou que nunca fez!” e enfermeira Carmem:

Eu acolhia essas pessoas [líderes das comunidades que cuidavam] eles são importantes, pois são respeitados dentro da comunidade, e aos poucos eu ia introduzindo o que tinha que ser feito, e mostrando para eles que nós poderíamos ajudá-los da melhor forma, quando fosse aplicar uma injeção, a exemplo da injeção os cuidados que tinha que ter, e até mesmo o uso da panela de pressão para esterilizar (Enfermeira Carmem Rodrigues, 47 anos de atuação).

Sobre as campanhas de vacinação em massa, Lima (2005), sinaliza que foram intensificadas na década de 1990, e marcadas pela capilaridade em todo o território nacional, pelo intenso engajamento comunitário e pela solidariedade no trabalho gratuito, são uma prova concreta do alto grau de mobilização da sociedade visando ao controle da difteria, tétano e coqueluche, a interrupção da transmissão do sarampo, a erradicação da varíola e da poliomielite consistem em êxitos da ação do sistema de saúde brasileiro.

A interlocutora Nazaré narrou ainda sobre a rota da vacina, que era feita na kombi chamada “*Vanusa*”, onde primeiramente reuniu com os motoristas, os agentes comunitários de saúde das áreas e os aplicadores e vacinadores oficiais (Neilson, Carmem, Natalina, Cláudia) como podemos constatar: “Estrada do Cacoal, o que tem para a estrada do Cacoal? Tem Arimbu, tem São João do Enfarrusca [...] os ACS estavam lá”. “Um mês antes da campanha a gente já começava no interior, mas eu já avisava o Regional” a “*Vanusa*” percorria toda essa rota e outro detalhe importante, a Arlene estava presente, “A Arlene era parceira” relatou a enfermeira Nazaré.

Em 1994, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF) pelo Governo Federal, como estratégia de organização da saúde pública no segmento da Atenção Básica, promovendo a descentralização nos territórios e colaborando para que as pessoas tivessem mais acesso ao SUS.

A adoção da estratégia do PSF como política nacional estruturada ocorre a partir de 1994, visando à reorganização do SUS e ao aprofundamento da municipalização. Resultou de esforços conjuntos dos gestores de diversos níveis de governo em encontrar uma resposta à necessidade de transformação do modelo de atenção hegemônico no sistema de saúde brasileiro centrado na doença e na assistência médica individual e à fragmentação da assistência quanto à prevenção e cura (Lima, 2005, p. 555).

A partir disso, a nível local, foram implantados dois postos de saúde com as diretrizes do Programa saúde da Família: um no bairro da Aldeia e o outro no bairro da Vila Sinhá. Na ideia da descentralização, as equipes de PSF contavam com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No meio rural, já havia postos de saúde que possuíam apenas um auxiliar de enfermagem para atender algumas demandas, como na comunidade do Santo Antônio dos Monteiros, que até os dias atuais ainda atua a funcionária conhecida como Dona Daldi.

Daí em diante o PSF foi se consolidando e disseminando por todo município ao longo dos anos, tanto no meio urbano quanto no meio rural, propiciando o avanço das políticas públicas na saúde, até os dias atuais em que este foi substituído pela Estratégia Saúde da Família/ Equipe Saúde da Família, no entanto, todas essas configurações pautadas fortemente pelo princípio da integralidade e demais ideais de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Amazônia Bragantina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Documentar fatos e relatos por meio da história oral é sem dúvida exercitar a arte da escuta como pontua Alessandro Portelli (2016), é se entregar na fala do outro e se envolver nas vivências ali compartilhadas. A história oral não se engessa apenas ao evento ali contado, mas também faz referência ao lugar e ao significado dos fatos na vida das pessoas, “é a história dos eventos, a história da memória e a história da interpretação dos eventos através da memória”.

Atentar para a escuta das narrativas de três profissionais de saúde do município de Bragança, das décadas de 80 e 90, permite reconhecer um percurso histórico e social de luta e resistência no que cerne à efetivação das políticas públicas de saúde no território da Amazônia Bragantina, na garantia de direitos aos usuários e dever do Estado como provedor, visando a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no território, por meio dos programas iniciais de implementação da Atenção Básica, o PACS e o PSF.

Para além disso, momentos como esse de partilha, de escuta, promovem aprendizado ao entrevistador, o qual reconhece toda uma trajetória e a compara com os fatos atuais, provocando um processo reflexivo do passado e do presente no contexto da saúde pública bragantina. Outro ponto relevante a ser considerado, é que por escassez de documentos, como livros de atas, prontuários, regimentos e protocolos; as histórias aqui contadas permeiam o universo da oralidade, pois junto com os relatos, trazem consigo a

identidade e a subjetividade daqueles que vivenciaram esse período da saúde

REFERÊNCIAS

Acker, Justina. et al. As parteiras e o cuidado com o nascimento. Rev Bras Enferm. v.59, n.5, 2006, p. 647-651. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/reben/a/hMBfW8LZthmhn4yX4HVPPcq/> > . Acesso em 1 jun. 2024.

Bourdieu, Pierre. **L'illusion biographique**. In: Actes de la recherche en sciences sociales. Vol. 62-63, pp. 69-72, juin 1986. Tradução de Olívia Alves Barbosa.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. - Brasília: 2000. 119 p. Brasil. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm . Acesso em 30 mai 2024.

Brasil. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm > . Acesso em 30 mai 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites** / Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 52 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Campos, G. W. **SUS: o que e como fazer?** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6. p. 1707-1714, jun. 2018. Disponível em: < <https://doi.org/1590/1413-81232018236.05582018> > . Acesso em 25 mai 2024.

Garnelo, Luiza. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.

- 35, n. 12, dez, 2019. Disponível em: < <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/7024>>. Acesso em 02 jun. 2024.
- Holanda, Maicon. “Na minha época, as coisas eram assim”: a condição feminina e a cultura escolar nas narrativas de professoras aposentadas do norte do Tocantins. In: HOLANDA, Maicon D et al. (orgs.). **História Oral na Amazônia: experiências e possibilidades**. 1 ed. Porto Alegre - RS: Editora Fi, 2022, v. 1, p. 357-380.
- Lima, Nísia Trindade (org.) **Saúde e Democracia** [livro eletrônico]: história e perspectivas do SUS. / Organizado por Nísia Trindade Lima, Silvia Gerchman e Flavio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- Muniz, Érico Silva. A interiorização da covid-19 na Amazônia: reflexões sobre o passado e o presente da saúde pública. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 28, n. 3, 2021, pp. 1-4 Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386168390020>>. Acesso em 03 jun. 2024.
- Paim, Jairnilson silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: edUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. 356 p.
- Portelli, Alessandro. **A história oral como a arte da escuta**. São Paulo: Letra e Voz, 2016.
- Portelli, Alessandro. O que faz a História Oral diferente. **Projeto História**. São Paulo, 1997.

CAPÍTULO 9

PESCA E SAÚDE: UMA ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA ERGONÔMICA PARA OS PESCADORES DA COMUNIDADE DE CARATATEUA, EM BRAGANÇA, NORDESTE DO PARÁ

Luís Fernando Ribeiro Pereira ¹
Rogerio Andrade Maciel²

INTRODUÇÃO

O presente artigo constitui um recorte da pesquisa de Mestrado pelo Programa de Pós- Graduação em Linguagens e Saberes na Amazônia (PPLSA), vinculada a linha de pesquisa Educação, Linguagens e Interculturalidade na Amazônia, ao Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em História da Educação e Currículos nas Amazônias (NIPHECA/UFPA) e está ancorado ao projeto de pesquisa “Cultura Material da Pesca e a proposição do Currículo na Educação de Jovens e Adultos profissional em Bragança, Estado do Pará, Brasil” aprovado no Edital Universal - Chamada CNPq/MCTI/FNDCT Nº 18/2021, executado pela Universidade Federal do Pará/ Campus Universitário de Bragança (CBRAG), em cooperação com outras Instituições no Brasil, dentre elas, a IFPA; UEAP; SEMED/BRAGANÇA e UFAM.

¹ Mestrando pelo Programa de Pós- Graduação em Linguagens e Saberes na Amazônia (PPLSA). Especialista em Gestão e Responsabilidade Social pela Universidade Vale do Acaraú (UVA). Endereço: Praça das Bandeiras, s/n, Centro - Bragança-Pará. Cep: 68.600-000. E-mail: lfernando_2005@yahoo.com.br

² Pós- Doutor pela Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Doutor em Educação pela Universidade Federal do Pará. Professor Adjunto III da Faculdade de Educação e docente permanente do Programa de Pós- Graduação em Linguagens e Saberes na Amazônia pela Universidade Federal do Pará/Campus Universitário de Bragança (PPLSA/UFPA/CBRAG). Endereço: Travessa Aluísio Ferreira, n. 36. Cep: 68.600-000. E-mail: rogeriom@ufpa.br

Um dos desafios da sociedade hodierna, diz respeito à necessidade das pessoas usufruírem de condições de saúde adequadas, num tempo em que vivemos um grande paradoxo, em que por um lado há um desenvolvimento das ciências e tecnologias medicinais e simultaneamente um crescente número de adoecimentos, nas suas diversas expressões, sejam físicas, psicológicas, emocionais e sociais.

Consideramos ainda, que os pescadores e pescadoras da Amazônia Bragantina recorrem ao uso de ervas medicinais, chás de raízes e plantas para os diversos tratamentos alternativos terapêuticos, esses são oriundos de saberes e práticas culturais transmitidas de geração a geração, principalmente por terem relações com conhecimentos Fitoterápicos.

Expressa-se nesse texto, a compreensão de que adoecimento não se restringe a uma única dimensão da vida humana, mas contempla o ser em sua integralidade. Da mesma forma que a saúde humana não pode ser vista de forma reducionista, como afirma a Organização Mundial da Saúde (OMS) saúde é: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”

A compreensão de saúde na visão da OMS citada acima é uma contraposição da visão de saúde que predomina na modernidade, pois diz respeito a um tipo de medicina o qual entende a doença de forma reducionista, sem relações com o ser em sua totalidade. Interessante é que de forma diferente desse sistema de saúde, as tradições populares relacionadas a saúde conseguem trabalhar o ser humano em sua integralidade, como Laplantine (2004, p.220) elucida:

Enquanto a intervenção médica oficial pretende apenas fornecer uma explicação experimental dos mecanismos químicos-biológicos da morbidez e dos meios eficazes para controlá-los, as medicinais populares associam uma resposta integral da série de insatisfações (não apenas somáticas, mas psicológicas, sociais, espirituais para alguns, e existenciais para todos) que o racionalismo social não se mostra sem dúvida, disposto a eliminar. O que constitui o sucesso e a perenidade dessas terapias (e que nos permite

também perceber mais nitidamente o que é negado pela medicina erudita) é o fato de o indivíduo jamais chegar a se conformar com a questão do porquê (por que me encontro neste estado e por que eu?) de sua doença (Laplantine, 2004, p. 220).

No que diz respeito a conceituação de doença, é importante considerar o pensamento de Maués (1990, p.36), onde não é qualquer sofrimento físico que pode ser considerado uma patologia, mas “para que haja doença é necessário que o sofrimento seja relativamente prolongado, muitas vezes prejudicando ou incapacitando o trabalho.

Com base nas reflexões acima, o referido texto tem como objetivo analisar a relação entre a pesca e a saúde de pescadores, na localidade de Caratateua, município de Bragança, tendo em vista o conhecimento das doenças que afetam os pescadores e os tipos de tratamentos que eles recorrem.

A questão problema norteia-se pela seguinte investigação: Como os pescadores da localidade de Caratateua-PA, recorrem aos seus tratamentos, diante das doenças adquiridas com o seu trabalho na pesca? Destaca-se que a atribuição dos pescadores em relação ao tratamento, nesta pesquisa, vincula-se às práticas de tratamento da medicina moderna e popular, e, tem por base os saberes das populações Amazônicas.

ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Trazer à tona a discussão com a pesca, é legitimar os diferentes lugares e paisagens, ainda silenciados no campo acadêmico. Desse modo, o critério de escolha da comunidade do Caratateua, enquanto lócus da pesquisa, situa-se por ela ser uma das localidades com inúmeras práticas pesqueiras. É com a pesca, nesta comunidade, que há o desenvolvimento das comunidades, a geração de renda aos familiares e emprego para os pescadores e pescadoras, no município de Bragança, nordeste paraense.

Esta pesquisa está configurada na abordagem qualitativa. Sendo que no pensamento de Minayo (2009, p. 21): “A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela ocupa, nas Ciências Sociais, um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado.”

Em termos de técnicas metodológicas, utilizamos neste recorte, a entrevista semiestruturada. Segundo Barros & Lehfeld (2000, p. 58), a “entrevista semiestruturada estabelece uma conversa amigável com o entrevistado, buscando levantar dados que possam ser utilizados em análise qualitativa, selecionando-se os aspectos mais relevantes de um problema de pesquisa”.

As entrevistas foram realizadas com 03 pescadores, que efetuam seus tratamentos pela Secretaria Municipal Saúde de Bragança-PA, os quais se mostraram disponíveis para a entrevista sem manifestar nenhuma dificuldade.

Identidade de Pescadores na Amazônia Caratateuense

Os pescadores são apresentados com nomes fictícios para a preservação de suas identidades. Destaca-se os seus respectivos nomes e tempo de atuação com a pesca, conforme é expresso na tabela abaixo:

Tabela 1: Identidade dos pescadores entrevistados

Nome dos Pescadores	Tempo de Atuação com a pesca
Pescador Raimundo	30 anos
Pescador Mauro	37 anos
Pescador Pedro	40 anos

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2024.

O pescador Raimundo, tem a idade de 55 anos, atuou na pesca há mais de 30 anos e há 04 anos está afastado da pescaria devido problemas de saúde, sobrevivendo de pequenos trabalhos manuais, o que faz com que não tenha uma renda fixa. **O pescador Mauro** tem a idade de 57 anos, trabalha na pesca há mais de 37

anos, disse que tem uma renda mensal correspondente a 1800 reais. Já o pescador Pedro tem a idade de 75 anos, trabalhou na pesca há mais de 40 anos e no momento já está aposentado com uma renda de um salário mínimo. Todos os entrevistados foram de suma importância para a realização das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As análises dos dados emergiram das falas dos entrevistados pescadores. Elas possibilitaram analisar os aspectos da escolarização desses sujeitos, as doenças apresentadas pelos pescadores e as formas de tratamento utilizados por eles em suas trajetórias de vida com a pesca.

Os Pescadores e a não Permanência Escolar

Neste texto, é importante considerar a educação dos pescadores enquanto produção de saberes, práticas e a tessitura de conhecimentos nas Amazônias. Nessa lógica, quando indagados sobre seus estudos no processo de escolarização os mesmos responderam:

Fiz só até os primeiros anos da escola, pois tive que ir trabalhar e não dava para assistir as aulas pois ia para o mar (Pescador Raimundo)

Só fiz até a quarta série, pois não tinha como pescar e ficar faltando aula (Mauro)

Não estudei nada, só consegui aprender a fazer meu nome. Desde cedo minha vida foi na pesca, não tinha tempo para estudar (Pescador Pedro).

Como é perceptível, os três pescadores, não conseguiram êxito em seus estudos escolares, devido o motivo de não conciliarem a vida escolar com o trabalho, uma vez que desde cedo atuam no campo da pesca, tanto como filhos que seguiam os pais para o mar, como já adultos quando assumiram a responsabilidade familiar por meio do trabalho com a pesca, o que converge para o pensamento de Loureiro (1987, p. 41) quando elucida:

(...) Premidos pela necessidade de contribuir na produção da renda familiar e confrontado com uma escola que não produz os atrativos necessários à permanência do aluno, os pescadores e seus filhos se deparam com um mosaico de elementos excludente e mantenedores de suas condições históricas de analfabetismo e baixa escolaridade, dado que tais elementos, conjugados, favorecem a emergência de um quadro em que o aluno ‘ não abandona a escola, mas sim, é abandonada pelo sistema escolar’ (Loureiro 1987, p. 41).

Essa realidade nos faz refletir na necessidade de uma escola configurada de acordo com as necessidades dos pescadores, que possibilite o aluno conciliar seu tempo entre as atividades escolares e as atividades da pesca, assim como também esteja de acordo com as realidades, contextos e interesses dos pescadores e seus filhos, como é caso da pedagogia da alternância ao “apresentar organização curricular por etapas equivalentes a semestres regulares cumpridas em Regime de Alternância entre Tempo-Escola e Tempo-Comunidade.” (Begnami, 2004, p. 122). De outro modo, o tempo pesca e tempo escola, devem ser alternâncias pedagógicas constituídas por currículos inclusivos e com justiça social, o qual inclui o sujeito pescador que retorna das práticas pesqueiras em suas atividades semi- industriais e industriais.

Essas etapas escolares para os pescadores na perspectiva da pedagogia da alternância, devem obedecer aos tempos “terra e água”, ou seja, os períodos em que os pescadores estão no mar pescando e os períodos em que estão fora da pesca. Os períodos que estão na terra, podem ser os momentos de estudos presenciais, o que pode evitar a exclusão escolar, uma vez que uma das principais causas do abandono/evasão dos pescadores é que estes não conseguem acompanhar a frequência escolar.

Situamos o leitor também que há no município de Bragança - PA, atualmente, o projeto EDUCAPESCA, projeto educativo e pedagógico, com a discussão da Pedagogia da Alternância- Tempo Pesca e Tempo Escola, destinado para os processos de alfabetização e escolarização de pescadores com turmas de EJA, em diversas comunidades pesqueiras. Este visa incluir esses pescadores pelas

alternâncias pedagógicas em seus processos de rotatividade escolar cujo objetivo é o acesso e a permanência escolar.

Doenças apresentadas pelos Pescadores

Ao dialogar com os pescadores por meio da entrevista, dois deles afirmaram ter problemas de saúde relacionados a coluna, problemas esses que estão relacionados com as posturas e certos esforços que são feitos na atividade da pesca, o que pode ser visto nas falas deles:

Tenho fortes dores na coluna, que me impedem trabalhar. Tenho dificuldade até mesmo de andar (Pescador Raimundo)

Meu problema de saúde é coluna. Sofro muito no trabalho na pesca, pois as dores que sinto me maltratam demais (Pescador Mauro).

O que sinto geralmente é uma indisposição para fazer meu trabalho, tenho que ser forte para sair para trabalhar, pois fico sem força e sem coragem (Pescador Pedro).

No caso do pescador Pedro, ele não sente nenhum tipo de doença, mas somente muita indisposição, não significa que realmente seja saudável, pois o mesmo afirma que diante dessa indisposição necessita fazer um grande esforço para conseguir trabalhar, o que pode ser coerente com o que pensamento de Boltanski (2004) quando expressa que as pessoas doentes provenientes das classes populares, manifestam apenas que sentem uma “falta de força”, mas pode ser que essa falta de força, ou indisposição, seja reflexo de adoecimentos que impedem essas pessoas de exercerem suas atividades profissionais de forma satisfatória.

Vale ressaltar que os pescadores em suas falas e atitudes durante a entrevistas mostraram um certo conformismo com seus problemas de saúde, até mesmo como se a relação saúde/doença foi algo simplista, cuja responsabilidade pelo sofrimento coubesse somente a eles, uma vez que “Saúde/Doença são um fenômeno social não apenas porque elas expressam um certo nível de vida ou porque correspondem a certas profissões e práticas. Mas

também porque elas são manifestações da vida material, das carências, dos limites sociais e do imaginário coletivo (Minayo, 2004, p 233).

Em contraposição ao pensamento do pescador Pedro que afirma que sua indisposição não tem a ver com enfermidade, reflito sobre a importância desse pescador e outros que se encontrem na mesma situação buscarem tratamentos para averiguação das causas dessa falta de força que enfrentam, tendo em vista possíveis diagnósticos e tratamentos.

Formas de Tratamento Utilizadas pelos Pescadores

Nesta subseção, discorreremos sobre as falas dos sujeitos desta pesquisa, os tipos de tratamentos que buscam diante dos problemas de saúde que enfrentam, o que pode ser visto abaixo, quando expressam que:

Faço tratamento médico em Bragança e Castanhal pelo SUS, mas não consigo ver progresso na minha saúde (Pescador Raimundo).

Já fiz exames, já procurei tratamento médico. O médico pediu para eu fazer fisioterapia, mas não consegui fazer porque não posso perder trabalho (Pescador Mauro).

Como já lhe disse, só sinto muita indisposição, por isso nunca procurei médico, pois isso não é doença (Pescador Pedro).

Os dois pescadores, Raimundo e Mauro, afirmam que os problemas de coluna são causados por certas posições durante as atividades com a pesca acompanhadas de constantes movimentos que efetuam no exercício do trabalho, tais como os movimentos que fazem ao jogar e puxar a rede do mar, assim como os materiais que carregam em suas costas como peixe e instrumentos de trabalho da pesca, os quais além do peso, também os atingem pelas posições inadequadas ao transportarem tais elementos.

Diante disso, se faz necessária uma ação ergonômica, que busque uma relação equilibrada entre os aspectos relacionados a condições de trabalho e a saúde do trabalhador. O que se torna

um desafio, uma vez que há muitos fatores que interferem para que haja realmente um equilíbrio entre o bem estar do trabalhador e a produção (Ilda, 2005).

Nesse contexto, Pavani (2007) afirma que existem várias ferramentas que podem ajudar no desenvolvimento de uma análise ergonômica do trabalho, principalmente quando diz respeito aos riscos posturais relacionados a uma determinada profissão, como é o caso dos pescadores, que geralmente enfrentam problemas de saúde ocasionados por posturas no trabalho.

Portanto, considero importante que o poder público contribua para que esses homens que trabalham na pesca possam ter seus direitos a saúde de forma efetiva, que não sejam prejudicados financeiramente por terem que passar por um tratamento de saúde em busca de sua qualidade de vida, pois, “não é que o trabalho não seja importante, mas que a saúde é uma condição indispensável para poder trabalhar (...) (Traverso-Yépez, 2002, p 121, 129).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um elemento central que concluímos neste texto, é a necessidade de políticas públicas que realmente contribuam para o acesso dos pescadores da localidade da pesquisa e de outras localidades amazônicas, a um tratamento efetivo e eficiente para os problemas de saúde que enfrentam relacionados à pesca.

Ressalto que assim como é importante garantir aos pescadores acesso a escola, é necessário também que seus direitos à saúde sejam garantidos. Não no sentido apenas de garantir acesso a unidades de saúde, mas de condições para que esse pescador consiga ter acesso a tratamento médico, considerando também suas dificuldades de tempo, e de condições financeiras de se manter em tratamento sem lhe faltar o necessário para a sobrevivência.

Destaco a relação entre as doenças que os dois pescadores apresentam, com a necessidade de uma assistência ergonômica efetiva para eles, já que suas patologias estão relacionadas às posições e os movimentos que desenvolvem em seu trabalho na pesca. Sendo assim, um atendimento ergonômico, com práticas de RPG (Reeducação Postural Global) e outras práticas educativas, pode contribuir significativamente para a amenização desse problema, visando não somente a saúde curativa, mas também a saúde preventiva dos pescadores.

Portanto, investir na saúde do pescador não deve ser visto como uma atitude caritativa, mas como direito de cidadania desses sujeitos, assim como também representa avanço para a melhoria da produção da pesca, uma vez que, obviamente, pessoas doentes, sentindo dores, não conseguem produzir com qualidade.

Nesse contexto, vale ressaltar a importância também de assegurar aos pescadores seus direitos a educação escolar, uma vez que saúde não pode ser desvinculada da educação, principalmente quando se fala de uma educação cidadã, que contribui para que os estudantes desenvolvam senso crítico e lutem em prol da concretização de todos os seus direitos de cidadania, inclusive com discentes pescadores(as) em territórios amazônicos.

REFERÊNCIAS

Barros, A. J. S. E Lehfeld, N. A. S. **Fundamentos de Metodologia: Um Guia para a Iniciação Científica.** 2 Ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

Begnami, João Batista. **Uma geografia da pedagogia da alternância no Brasil.** Brasília: UNEFAB, 2004. (Série Documentos pedagógicos.)

Boltarnski L. **As classes sociais e o corpo.** São Paulo: Paz e Terra, 2004

Concone, Maria H. V. B. Cura e Visão de mundo. In: Maués, Raymundo H. e Villacorta, Gisela M. (Org): **Pajelâncias e Religiões Africanas na Amazônia**. Belém: EDUFPA, 2008

Iida, I. **Ergonomia: projeto e produção**. 2ª Ed. São Paulo: Blucher, Ltda 2005.

Laplantine, François. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

Loureiro, V. **Miséria da Ascensão Social: Capitalismo e Pequena Produção na Amazônia**. São Paulo: Marco Zero, 1987.

Maués. R. H. **A Ilha Encantada: Medicina e Xamanismo numa comunidade de pescadores**: Belém: EDUFPA, 1990.

Mínayo, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

Mínayo, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946**. 2017

Pavani, Ronildo Aparecido. **Estudo Ergonômico Aplicando o Método Ocupacional Repetitive Actions (OCRA): Uma Contribuição para a Gestão na Saúde no Trabalho**. São Paulo: 2007. 134p. Dissertação (Mestrado em Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente) – Centro universitário Senac.

Traverso-Yépez M. Trabalho e Saúde: Subjetividades em um Contexto de Precariedade. In: Mendes A. M; Borges, L. O. E Ferreira, M. C. (Orgs). **Trabalho em Transição, Saúde em Risco**. Brasília: Universidade de Brasília, 2002.

CAPÍTULO 10

A VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA NA INFÂNCIA E O REFLEXO NA VIDA ADULTA: NARRATIVAS DE UMA SOBREVIVENTE NA PSICOTERAPIA NO MUNICÍPIO DE BRAGANÇA, PARÁ

Ellen Cristina Rocha Aranha dos Santos¹

Francisco Pereira de Oliveira²

Maricília Nascimento Prestes³

1 INTRODUÇÃO: falas iniciais...

Podemos, inicialmente, nos considerar privilegiados, uma vez que ser convidados para compor um livro sobre as vivências/experiências nos processos de saúde no município de Bragança, nordeste do Pará, mais especificamente na costa da Amazônia brasileira -, pois trazer um pouquinho de nossa expertise no caminhar na saúde é manter o gozo da alegria. Dizemos “nossa expertise” pelo fato de que a primeira autora é

¹ Psicóloga, Especialista em Neuropsicologia. Servidora pública da Prefeitura Municipal de Bragança - Secretaria Municipal de Saúde, estado do Pará. Endereço: Rua 13 de Maio, s/n, Centro - Bragança, 66800-000, Pará. *E-mail*: ellenaranha.psicologia@outloo.com - <https://orcid.org/0009-0005-0657-9740>.

² Doutor em Biologia Ambiental. Professor da Faculdade de Educação e dos Programas de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes da Amazônia; e de Biologia Ambiental. Participa do grupo de pesquisa do Laboratório de Ecologia de Manguezal (LAMA), Campus de Bragança. *E-mail*: foliveiranono@yahoo.com.br - ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1327-8362> - Endereço Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6672819410146078>.

³ Nutricionista - Especialista em Alimentação e Nutrição na Atenção Básica ENSP/FIOCRUZ). Servidora da Prefeitura Municipal de Bragança - Secretaria Municipal de Saúde. Rua 13 de Maio, s/n, Centro - Bragança, 66800-000, Pará. *E-mail*: mariciliaprestes83@gmail.com - Endereço Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1778644617633735> - ORCID: 0009-0006-5223-3764.

servidora pública (efetiva) da Prefeitura Municipal de Bragança, da Secretaria de Saúde, no cargo/função de Psicóloga, e adentrou o Programa de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes da Amazônia (PPLSA) da Universidade Federal do Pará (UFPA), por meio de um convênio estabelecido entre o PPLSA/UFPA e a Prefeitura de Bragança, foi e está sendo uma oportunidade única. O segundo autor é docente permanente do PPLSA, vinculado à linha de pesquisa Sociobiodiversidade e Saúde na Amazônia, com atuação na costa amazônica há pelo menos 20 anos, nos torna habilitados para o compartilhamento de um pouco do que adquirimos.

Logo, os parágrafos que seguem são o corte da pesquisa de campo da primeira autora, que é orientada pelo segundo autor, e as tessituras do texto foram a duas mãos. Nesse sentido, trazer para o debate o campo da “infância”, “violência psicológica”, “família” e “Amazônia” se tornam eixos, por um lado, de múltiplas discussões que não se encerram numa escrita, mas se alonga para outros horizontes. E, por outro lado, é uma área fértil que necessariamente envolve a interdisciplinaridade e, para este caso, mais de perto a Psicologia, a Sociologia da Infância, as Políticas Públicas de Saúde e a Etnografia.

Evidentemente, não queremos polemizar, mas objetiva-se descrever o processo comportamental do ser humano quando acometido na infância intrafamiliar à violência psicológica que, provavelmente, advém de um “sem querer” ou então “não intenção” ou “foi para você aprender”, dentre tantos os jargões. Todavia, é também na vida adulta que esses “sem querer” são apresentados, são causadores de dores na alma, na personalidade, no adoecimento, ponto de gatinho.

Esses pontos, serão, por ora, escrutinados a partir de narrativas de uma pessoa que foi minha paciente no SUS e no meu consultório e que nos permitiu o adensamento à descrição e seus emaranhados da infância à vida adulta, município de Bragança, Pará.

2 ADENSAMENTOS...

Dialogar sobre um tema tão complexo como é o da violência psicológica, dentro de um contexto tão íntimo que é o familiar, representa percorrer um caminho que escancara a minha inquietação vivenciada dentro do consultório de psicologia, seja no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) ou no particular.

Antes de conhecer o “mundo da psique”, o meu olhar para o outro ocorria de forma espontânea e natural, após mergulhar nesse universo por seis anos – sim minha graduação (Psicologia) é da época de 6 anos!! – pude olhar para os processos que permitem que o ser humano se adapte e relacione-se com o meio. Pude entender que tais fenômenos ocorrem na mente e estão relacionados aos pensamentos, sentimentos e percepção, e estes são frutos de toda uma construção de sua vivência, principalmente na infância.

A partir deste olhar e de minha caminhada na Psicologia Clínica, que já ocorre há mais de 15 anos, tendo como público maior o infantojuvenil, no entanto, foi ao atender adultos e no processo de psicoterapia, que acabávamos constatando (paciente e eu), que grande parte do sofrimento vivenciado, assim como, a instalação de psicopatologias na vida adulta, advinha de violência psicológica vivenciada no contexto intrafamiliar na infância. No entanto, entende-se que tanto o “agressor” quanto a “vítima” aparentemente não tinham consciência de seus respectivos papéis dentro deste ciclo de violência, inclusive que aquilo se caracterizava como Violência Psicológica (VP). Diante de todo esse contexto, resolvi trabalhar o tema de forma sistemática e científica, e através das pesquisas bibliográficas para a construção do projeto de mestrado, verificou-se que esse é um tema pouco pesquisado, principalmente na região da Amazônia e menos ainda no nosso município, Bragança, estado do Pará.

Os estudos sobre a Violência Psicológica (VP) no contexto familiar surgiram a partir dos conhecimentos produzidos da

violência física vivenciada por mulheres dentro deste contexto (Reis; Prata; Parra, 2018).

Como dito anteriormente, a violência psicológica na infância e adolescência, no contexto familiar da Amazônia, ainda é pouco estudada, mas acredita-se que é importante entendermos quais são os malefícios que são causados no desenvolvimento psicossocial da criança e do adolescente que o vivencia.

Em meus atendimentos psicológicos no Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente no Centro Especializado de Reabilitação Socorro Gabriel (CER II), situado na Avenida Nazeazeno Ferreira, s/nº, Bairro do Padre Luiz, observou-se a partir da entrevista inicial com os responsáveis (anamnese), que algumas famílias ainda percebem suas crianças como adultos pequenos. Ou seja, perceber a criança como uma pessoa adulta em miniatura é renegar as infâncias que lhes são próprias por direito, especialmente para a sua aprendizagem e para o seu desenvolvimento. Nesta assertiva que Linhares (2016, p. 13) ressalta que...

O papel da família ao longo dos séculos, a correlação entre família, criança e escola, ocorre de maneira complexa, justificada por séculos de história, em que a criança não teve lugar específico na estrutura familiar, foi vista como **um adulto em miniatura**.

Então, passei a entender que antes de qualquer processo terapêutico com a criança ou adolescente, era necessário discorrer aos responsáveis/cuidadores das fases de desenvolvimento na infância, de forma simples e respeitosa sem atropelar o conhecimento que o familiar já possuía.

Ser criança atualmente é ter uma série de direitos como educação, saúde, nutrição e o fundamental direito à vida. Mas nem sempre foi assim, séculos antes as crianças eram vistas como um membro da família que deveria ajudar nas tarefas tanto quanto os mais velhos.

Com relação ao desenvolvimento do psiquismo, para Leontiev (1978), a criança passa por diversos estágios, cada um

deles caracterizado por determinado tipo de relações para com ela e para com a realidade. Para a Organização Mundial da Saúde, a infância é a fase da vida humana compreendida do zero aos 10 anos de idade, e, então, constitui-se, para o mundo social, a pessoa denominada de criança. E, quando acessamos o dicionário, a definição da palavra criança é encontrada que a criança é um “ser humano de pouca idade, menino ou menina; párvulo. Pessoa ingênua, infantil: não desconfia de nada, é uma criança” (Ferreira, 1986).

Historicamente, a criança tem sido vista em diferentes perspectivas, pois o seu lugar na sociedade se tornou dependente do papel que lhe é atribuído. O historiador Philippe Ariés, em sua obra “História Social da criança e da família”, descreve uma trajetória de como a criança vem sendo tratada ao longo dos séculos. Narra, por exemplo, que a infância sempre esteve ligada à ideia de dependência, assim a criança, no decorrer da história, vem sendo tratada como alguém com perspectiva de “vir- a- ser”, mas que ainda não é (Ariés, 1981).

Registra-se que até o século XVII a infância era completamente invisibilizada e era apenas conhecida por todos como um período de transição. No entanto, é nesse século (XVII) que a infância se torna reconhecida como uma etapa importante e distinta, tomando para si suas características basilares do desenvolvimento humano. Por conseguinte, a pessoa criança ultrapassa os limites do anonimato e inicia o processo de protagonismo em que a sua vivência é reconhecida dentro dos espaços sociais e tem o seu próprio mundo em separado do mundo do adulto (Ariés, 1981).

Por certo, há mundos e mundos, sociedades e sociedades que têm suas regras, seus princípios baseados em campos diversos, especialmente, quando falamos de um território diverso -, como é a Amazônia -, com diferentes culturas, por exemplo, nas comunidades tradicionais, na sociedade dos povos ancestrais, na área campesina e na sociedade urbanocêntrica e periférica é tida a partir de suas relações político-sociais, organizacionais, culturais e

ambientais, que ela [a criança] tem sua posição definida e o lugar dado nesta ou naquela sociedade.

Sem dúvidas, a história é bem mais aprofundada - o que não é nosso objetivo, todavia, num salto secular, compreende-se que o contexto destas alterações socioculturais ao debater a infância esboçou uma gradativa melhoria no sentido de reconhecimento da infância e por conseguinte da criança. Os ganhos são visíveis nos dias de hoje, pois surge o serviço da pediatria em todas as etapas e aspectos como uma área da medicina; investimentos nas políticas sociais à infância, dentre as quais: pré-escola e creches por meio da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) N^o 9.394/96; parques infantis públicos com brinquedos, dentre outros; a promulgação da Declaração dos Direitos da Criança, e fruto da Constituição Federativa do Brasil de 1988, foi aprovada a Lei N^o 8.069, de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Todavia, segundo Dallari & Korczak (1986, p. 53)

A preocupação com a proteção da criança não deve servir de pretexto para anulação de sua criatividade, assim como a indiferença pela criança não pode ser confundida com o respeito por sua liberdade. É preciso que se conjuguem ambos, a proteção e o respeito, para que a criança possa exercer em toda plenitude, o seu direito de viver. E viver é participar da vida, é acrescentar alguma coisa à criação, é imprimir sua marca no mundo criado. Desse modo, o exercício do direito à vida deve ser constante prática do pensar, do falar e do agir, da expressão livre do diálogo (...).

Numa tentativa de comparação, talvez frustrada, no processo de ser criança hoje, às crianças nascidas antes do século XIX, tem-se a ideia de que não foi possível, ainda, respeitá-las no sentido efetivo do termo, especialmente como pessoas coautoras do universo. Na leitura que temos de cenário hoje, a partir das motivações clínicas vivenciadas por mim [primeira autora deste capítulo], as crianças continuam em nossa realidade, muitas vezes tidas como escravas dos desejos e ansiedades dos adultos com quem convivem, que não conseguem identificar nelas a

capacidade de pensar, de querer e de sentir. A tendência é vê-las como seres dependentes e que necessitam ser protegidas.

3 A Família: retratos e significados

Segundo Pratta e Santos (2007 *apud* Reis; Prata; Parra, 2018), os primeiros relacionamentos interpessoais da pessoa são cultivados no ambiente familiar, onde ocorrem trocas emocionais essenciais para o desenvolvimento físico e mental em cada etapa da vida. A família, considerada um microssistema influenciado e influenciador de sistemas maiores, reflete as mudanças sociais, econômicas e culturais, contribuindo para a formação da identidade. A qualidade das relações familiares e das interações com o meio social é fundamental para a saúde mental dos membros, influenciando diretamente o desenvolvimento dos filhos e podendo afetar a ocorrência de déficits e transtornos psicoafetivos.

A família é um dos principais campos de transmissão de crenças e valores, sendo onde a pessoa adquire seus primeiros modelos, que podem ser modificados ou mantidos ao longo da vida (Bessa; Costa; Torres, 2016). Para se entender como se dá a construção psíquica dos indivíduos é necessário revisar o conceito de família que segundo Hermel e Drehmer (2013 *apud* Reis; Prata; Parra, 2018, p. 18) é considerada...

Um grupo de pessoas com vínculos afetivos, de consanguinidade ou de convivência que formam um sistema de relações, tendo como uma das funções primordiais apoiar o desenvolvimento de seus membros, promovendo crescimento e independência.

Dialogar sobre família em um contexto tão extenso e diversificado como o Brasil é um desafio que precisa ser enfrentado, e isso vem sendo apontado por vários estudiosos (Sâmara, 1992; Cernevy; Berthoud, 1997; Biasoli-Alves, 2000; Torres; Dessen, 2006), ainda no campo do objeto a que se propõe a presente produção.

Em nível de definição de modo breve, pode-se descrever que a família é a representatividade de um dos espaços de socialização, de trato coletivo de estratégias, acordos, regras e de meio sobrevivência. Ademais, é considerada uma instituição social para o exercício da cidadania, de desenvolvimento individual e coletivo para com os membros, independentemente dos arranjos e configurações e novas estruturas que se têm constituído nos dias de hoje. Toda família tem sua própria regra, combinado, dinâmica e sua essência tomada a partir de suas relações de religiosidades, costumes, ideológicos, dentre outros, o que define o desenvolvimento de seu ciclo vital (Carter; McGoldrick, 1995; Ferrari; Kaloustian, 2004).

Logo, tem-se na família a configuração de princípios básicos de socialização das pessoas, o que, sem dúvida, pode definir o papel fundamental para a compreensão ou não do desenvolvimento humano. Todavia, entendemos que o desenvolvimento perpassa por um processo (fases) com transformações constantes, o que é multideterminado a partir de fatores próprios da pessoa, assim como influenciados por aspectos mais amplos do contexto social em que estão imersos (Dessen; Braz, 2005).

De acordo com Minuchin (1985; 1988), a constituída da família é considerada um sistema organizacional de profunda complexidade, em que são compostas por crenças, procedimentos atitudinais, valores e práticas vinculadas às atuais transformações da sociedade, com o objetivo de se adaptar e manter a sobrevivência do núcleo familiar e de sua instituição no geral. Ademais, compreendemos que a instituição familiar é convidada a mudar à medida que se tenham mudanças na sociedade, seja em nível tecnológico, político ou social, todavia, esse processo de alteração de organização afeta diretamente a todos, sejam por pressões interna e externa, especialmente com a finalidade de afirmar a continuidade, assim como a questão psicossocial de seus membros.

Lembro-me de um dia em que levamos (meu marido e eu) nossa primogênita à Unidade Básica de Saúde (UBS) da Pedreira, capital do estado (PA), em Belém. Neste dia, estávamos na casa de meus pais, ela tinha seus 4 ou 5 anos de idade, e precisava tomar vacina de rotina. A maioria das crianças quando se aproxima da sala de vacina já inicia um choro, o que é de se esperar, pois elas sabem o que a aguardam ali dentro. Com a nossa filha não foi diferente, era sempre necessário contê-la para que não se mexesse tanto, nesse momento ela nos olhava com aquela expressão de socorro (era angustiante) e depois da “picada” nós a acolhemos, acalentamos, tentávamos dar o suporte e reforçar o quanto tinha sido corajosa. E nesse mesmo dia, um menino com a mesma idade de minha filha, após tomar sua vacina, passou chorando pela sala de espera e sua mãe o sacudi pelo braço mandando-o parar de chorar.

Juro que meu coração ficou apertado em imaginar o quanto aquele menino precisou da acolhida daquela mãe e não a recebeu. Então teve que lidar com aquilo sozinho sem ter instrumentos internos para isso, se isso não se caracteriza uma violência psicológica, o que seria então?! Mas, e essa mãe? Ela seria uma vilã consciente? Quero acreditar que não. Penso que talvez só estaria repassando comportamentos que aprendeu em sua infância, pois será se ela foi acolhida em algum momento em que precisou, quando era pequena e indefesa? Ou será que naquele dia ela estava cheia de problemas, irritada e não conseguiu ofertar a sua pequena criança o suporte que ela necessitava? Ainda assim não deixa de ser violência psicológica.

4 O desenvolvimento psíquico infantil

De acordo com Souza e Alvez (2022), o desenvolvimento psíquico infantil ocorre através da organização de experiências emocionais, físicas, cognitivas e afetivas desde o nascimento. Este desenvolvimento está conectado às transformações sociais nas quais a criança está inserida, influenciando a construção de sua

identidade e comportamentos. Na primeira infância, surgem premissas do pensamento lógico integradas ao uso de palavras e números, sendo a convivência social fundamental para o desenvolvimento psíquico, afetivo e intelectual da criança. A comunicação emocional com adultos é crucial, pois promove significados e contribui para o desenvolvimento psicológico. A maturação neurocerebral também é essencial para o progresso das funções cognitivas e motoras.

A autonomia infantil deve ser promovida gradualmente pelas famílias, com atividades que estimulem escolhas e decisões. O desenvolvimento físico segue uma sequência de eventos, como levantar a cabeça, rastejar, caminhar e correr. Problemas no desenvolvimento físico devem ser tratados precocemente para evitar futuros prejuízos (Souza; Alvez, 2022).

Já o desenvolvimento psíquico, de acordo com as autoras, envolve alternância entre períodos de necessidades motivacionais e processos intelectuais, criando um equilíbrio que ajuda em momentos de crise. A transformação cognitiva é fundamental e deve ser baseada em métodos eficazes para solucionar problemas e desenvolver conhecimento. A Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) é importante para identificar o potencial de desenvolvimento infantil, destacando a interação com adultos ou crianças mais desenvolvidas como um meio de superar desafios que a criança não consegue resolver sozinha.

Pratta e Santos (2007), destacam a importância da família como um ambiente fundamental para o desenvolvimento emocional e social dos indivíduos. Segundo Romanelli (1997 *apud* Pratta; Santos, 2007), a família é um local onde se estabelecem os primeiros relacionamentos interpessoais significativos, caracterizados por trocas emocionais que fornecem um suporte afetivo crucial ao longo da vida. Essas interações são essenciais para o desenvolvimento físico e mental em todas as fases do desenvolvimento psicológico.

Além de seu papel afetivo, a família desempenha uma função social importante na transmissão cultural e na preparação dos

indivíduos para a cidadania (Osório, 1996; Amazonas et al., 2003). A socialização na família contribui para a formação da identidade e da subjetividade dos indivíduos, proporcionando valores, normas, crenças, ideias, modelos e padrões de comportamento que são fundamentais para sua integração na sociedade.

Os valores e normas internalizados na família têm uma influência duradoura ao longo da vida adulta, servindo como base para decisões e atitudes. Mesmo na fase adulta, a família continua a ser um espaço significativo onde as experiências vividas são processadas e ganham sentido nas relações interpessoais (Pratta; Santos, 2007).

Em resumo, as autoras referem que a família não apenas proporciona um ambiente de afeto e apoio emocional, mas também desempenha um papel crucial na formação cultural, social e psicológica dos indivíduos, moldando sua identidade e orientando seus comportamentos ao longo da vida.

5 Contexto da Violência Psicológica: vivências e convivências em “família”

Entende-se que a violência é uma preocupação de ordem da saúde pública, e segundo Minayo e Souza (1998 *apud* Coelho, 2014, p. 12), a violência como “qualquer ação intencional, perpetrada por indivíduo, grupo, instituição, classes ou nações, dirigida a outrem, que cause prejuízos, danos físicos, sociais, psicológicos e (ou) espirituais”.

Marilena Chaui (2017, p. 38), destaca que

A violência é a presença da ferocidade nas relações com o outro enquanto outro ou por ser um outro, sua manifestação mais evidente se encontra na prática do genocídio e na do apartheid. É o oposto da coragem e da valentia porque é o exercício da crueldade (Grifo nosso).

Quando pensamos em violência psicológica – esta pode ocorrer nos momentos em que há ações ou até mesmo omissões advindas por parte de quem deveria cuidar/proteger –

direcionadas à criança e ao adolescente, pode causar dificuldades à autoestima, ao seu desenvolvimento e à sua identidade. Possíveis humilhações, desvalorizações, isolamento dos amigos e familiares, ameaças, ridicularização, entre outros, podem causar grandes prejuízos, principalmente quando iniciadas na tenra infância (Delanez, 2012).

A violência psicológica, por não deixar marcas visíveis no corpo das crianças e adolescentes, torna-se, na maioria dos casos, difícil de ser identificada e a percepção por parte da própria criança e do adolescente de que esteja sofrendo violência psicológica é bastante dificultosa (Brasil, 2001; Delanez, 2012). Consequentemente, o diagnóstico ou o número de notificações acerca desse tipo de violência é muito reduzido (Cunha; Borges, 2013). Se o sujeito não tem acesso à novas palavras, já que isso depende de seu contexto sociocultural. De acordo com Souza e Silva (2017, p. 266) destacam que

A língua é um código que se materializa na fala e na escrita, tanto uma como a outra se inserem num sistema linguístico, porém esse sistema não pode ser considerado em si mesmo, porque em si mesmo ele não existe. Ele só existe em função de uma realidade sociocultural na qual o falante da língua está inserido.

E se o conceito de violência psicológica não faz parte do contexto dessa criança ou desse jovem, e se o próprio causador da violência psicológica não possui consciência que o que produz em seu contexto familiar, mesmo assim se classifica como violência psicológica. Logo, aqui falaremos mais especificamente da violência psicológica, onde, por exemplo, uma situação de pressão psicológica combinada com um psiquismo frágil, acaba tendo o poder de marcar um indivíduo para sempre e de diversas formas.

O caso a ser narrado a seguir, é de uma mulher chamada Dorothy (nome fictício), de 48 anos, possui Ensino Superior (graduação), residente e domiciliada no município de Bragança, mora com a mãe e a irmã. Atualmente, ela as mantém financeiramente. Chegou a psicoterapia com a queixa de sintomas

de ansiedade, sintomas depressivos, insônia, dentre outros. Foi encaminhada ao psiquiatra, atualmente faz uso de medicação, possui diagnóstico de depressão e ansiedade. Ressalta-se, ainda, que atualmente tanto a mãe quanto a irmã estão adoecidas (psicopatologias) e que são dependentes uma da outra, o que, certamente, é mais um acúmulo de emoções cotidianas.

Dorothy, em umas das sessões relatou: *“eu descobri que sou triste, e acabo sendo infeliz e sem propósito na vida”*. Então, diante dessa fala procuramos entender de onde vinha essa infelicidade, e iniciamos uma caminhada de volta à infância. Quando ela se refere a infância diz que *“não sinto que pertença àquela família”*, referindo-se à mãe, ao pai e aos irmãos. Osório (1996), faz a assertiva de que a família desempenha um papel essencial no amadurecimento e no desenvolvimento biopsicossocial naquele núcleo familiar, envolvendo funções fundamentais que se interligam: funções biológicas, psicológicas e sociais. Uma função primordial da família é assegurar a sobrevivência da espécie humana, provendo os cuidados necessários para o desenvolvimento adequado dos bebês humanos.

Quanto às funções psicológicas, a família desempenha três papéis fundamentais: a) fornecer afeto ao recém-nascido, essencial para garantir sua sobrevivência emocional; b) oferecer suporte e segurança para lidar com as ansiedades existenciais ao longo do desenvolvimento, ajudando na superação das crises vitais, como a adolescência; c) criar um ambiente propício para a aprendizagem prática que sustenta o desenvolvimento cognitivo dos indivíduos (Osório, 1996).

Perguntou-se a Dorothy se ela sempre tentou agradar quando criança, e, seguidamente respondeu: - *“sim, mas falhava com sucesso”*, pois ouvia com frequência da mãe *“tu não faz nada que preste”*. As palavras e atitudes de pai, mãe, irmãos e parentes durante a infância têm um impacto profundo no desenvolvimento emocional e psicológico de uma pessoa. A falta de reconhecimento e o excesso de críticas podem levar a uma autoimagem negativa e a uma sensação persistente de inadequação (Bowlby, 1988; Winnicott, 1965). Aparentemente, a

sensação de inadequação vem acompanhando Dorothy durante toda a sua vida, afetando sua autoestima e sua capacidade de encontrar propósito e satisfação.

E, continuou ressaltando que: -*“Descobri que sou insatisfeita com a vida desde os 10 anos”*. Ouvir de uma adulta que está insatisfeita com a vida desde os 10 anos de idade é, sem dúvidas, uma narrativa muito pesada, porém, entendemos que é a criança interna tendo espaço para verbalizar o que antes não podia.

Pratta e Santos (2007) destacam que o contexto familiar durante a adolescência desempenha um papel significativo no desenvolvimento psicológico das pessoas. Ainda para as autoras, a qualidade das interações familiares pode influenciar positivamente ou negativamente a autoestima, a autoconfiança e o bem-estar emocional nas infâncias: crianças e adolescentes.

Em continuidade: - *“Eu não podia reclamar, que eu apanhava. Se minha irmã ou meu irmão me batesse [e minha irmã sempre me batia], se eu fosse contar para minha mãe, ela dizia que eu era desunida”*. Este tipo de ambiente familiar, onde a violência é presente e as vítimas são silenciadas, pode ter um impacto devastador no desenvolvimento psíquico infantil, resultando em traumas emocionais e dificuldades de relacionamento na vida adulta (Reis; Pratta; Parra, 2018).

Complementarmente, Dorothy relata: - *“Eu sempre fui uma criança calada, gostava de ficar só, de brincar só”*. Em uma das sessões ela relatou sobre o discurso do pai em seu aniversário de 15 anos, referiu lembrar o quanto o discurso a deixou constrangida, o quanto foi desconfortável ouvir: - *“Tanta coisa legal, mas eu não era bem tratada dentro de casa”*. Este tipo de dissonância entre palavras e ações pode intensificar sentimentos de inadequação e confusão emocional, impactando negativamente a autoimagem e a confiança da criança (Reis; Pratta; Parra, 2018).

Exploramos as lembranças de Dorothy sobre os momentos em que se sentiu mais rejeitada ou criticada. Ela mencionou várias situações em que seus esforços foram desvalorizados, o que a fez acreditar que nada do que fazia era bom o suficiente.

Isso criou um ciclo de autocrítica e desânimo que se perpetuou na sua vida adulta. Faz-se necessário, portanto, ressaltar que Dorothy, mesmo vivenciando todo sofrimento subjetivo, hoje é o suporte de sua família.

Ela também, vem vivenciando um processo intenso de amadurecimento interno, reconhecimento de si mesma, acolhendo suas realizações e abraçando suas especificidades. As sessões psicoterápicas com Dorothy, mesmo que às vezes cansativas e difíceis para ela, já que é necessário “escarafunchar a lixeira”, são recheadas de gargalhadas e diálogos sinceros. Através desses momentos de leveza, Dorothy encontra espaço para explorar suas emoções mais profundas e confrontar os desafios que moldaram sua vida. Essa combinação de introspecção e interação ajuda a construir uma relação terapêutica baseada na confiança e no entendimento mútuo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo da violência psicológica, neste ensaio [assim consideramos], é complexo, frutífero e necessita de muito mais elementos para uma melhor compreensão da sociedade, especialmente no campo da educação e da saúde, uma vez que são os dois órgãos governamentais ou não de maior recebimento desta demanda. Todavia, há que se considerar que a instituição que precisa de maiores esclarecimentos e detalhamento de modo didática é a família, pois furtar isso dela ou negligenciar como tem sido até os dias de hoje é não reconhecer que ela é fundamental para a saúde de muitas pessoas.

A Psicologia em si não dá conta, muito menos consegue dirimir esse fato de modo amplo, pois nesta área o campo social é receber, recomendar, tratar (quando possível), mas não tem encapado de modo organizado campanhas em nível local, regional ou nacional, embora se reconheça sua importância e envergadura para a prevenção e tratamento.

Do mesmo modo, percebemos um silenciamento das instituições governamentais sobre o tema, especialmente nas universidades, nas escolas, nas unidades básicas de saúde, no poder público de modo geral. Logo, recomenda-se que sejam pensadas, financiadas e executadas palestras, formações para os profissionais da educação, da saúde, da assistência social, dentre outros, para que se reconheça que muitos são os casos, porém pouco estudados e notificados.

Há a necessidade de que as famílias sejam informadas e formadas por meio de dados concretos (pontuais) por bairro, por comunidade, por rua para que se consiga minimizar o número de casos e pessoas frequentemente acometidas pela violência infantil intrafamiliar na Amazônia brasileira.

REFERÊNCIAS

Ariés, P. **História social da criança e da família**. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

Bessa, C. O.; Costa, C. A.; Torres, M. S.; **O segredo e sua força transgeracional em uma família**. Psicologia, 2016.

Biasoli-Alves, Z. M. M. Continuidades e rupturas no papel da mulher brasileira no século XX. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.16, n.3, 2000.

Bowlby, J. (1988). **A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development**. Basic Books.

Brasil. **Constituição**: República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

Brasil. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**, LDB. 9394/1996. Brasília, 1996.

Carter, B.; McGoldrick, M. As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar. *In*: Carter, B.; McGoldrick,

- M. (Orgs.). **As mudanças no ciclo de vida familiar**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, p.7-29, 1995.
- Chauí, Marilena. Sobre a violência. *In.*: Itokazu, E. M; Berlinck, L. C. (org). **Escritos de Marilena Chaui**. Belo Horizonte. Autêntica Editora, 2017. 320 p.
- Coelho, E. B. S.; Silva-Linder, A. C. L. G. (Orgs). **Violência: definições e tipologias**. E-book. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.
- Cervený, C. M. de O.; Berthoud, C. M. E.. **Família e ciclo vital – nossa realidade em pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- Dallari, D.A.; Korczak, J. **O direito da criança ao respeito**. 2ª. ed. São Paulo: Summus, 1986.
- Delanez, G. O. **A violência intrafamiliar e suas consequências no desenvolvimento da criança**. [S.l], 2012.
- Dessen, M. A.; Braz, M. P. A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. *In.*: Dessen, M. A.; Costa Jr., Á. L. (Orgs.). **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 113-131.
- Ferrari, M.; Kaloustian, S. M. Introdução. *In.*: Kaloustian, S. M. (Org.) **Família brasileira: a base de tudo**. 6ª. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF, Unicef, p.11-5, 2004.
- Leontiev, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. Tradução Manuel Dias Duarte. Lisboa: Livros Horizonte, 1978.
- Linhares, J. M. **História social da infância**. 1ª ed. Sobral. Editora Inta, 2016.
- Minuchin, P. Families and individual development: provocations from the field of family therapy. **Child Development**, v. 56, p. 289-302, 1985.
- Minuchin, P. Relationships within the family: a systems perspectives on development. *In.*: Hinde, R.; Stevenson-Hinde, J. (Ogs.). **Relationships within families: mutual influences** (p.8-25). Oxford, UK: Clarendon Press/University Press, p.8-25, 1988
- Osório, L.C. **Família hoje**. Porto Alegre. Artes Médicas. 1996
- Pratta, E.M.M; Santos, M.A. **Família e Adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus**

membros. *Psicologia em Estudo*. Maringá. v.12, n2, p. 247-256, maio/agos.2007.

Reis, D. M.; Prata, L. C. G.; Parra, C. R. **O impacto da violência intrafamiliar no desenvolvimento psíquico infantil**. *Psicologia*, 2018.

Sâmara, E. de M. Novas imagens da família “à brasileira”. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 3, p.59-66, 1992.

Torres, C. V.; Dessen, M. A. The brazilian “jeitinho”: Brazil’s sub-cultures, its diversity of social contexts, and family structures. *In.*: Georgas, J. (Org.). **Family across culture: a 30-nation psychological study**. Cambridge: Cambridge University Press, v.1, p. 259-267, 2006.

Winnicott, D. W. (1965). **The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development**. International Universities Press.

ÍNDICE REMISSIVO

Amazônia bragantina – 115; 118; 131; 141; 146

Cultura – 20; 21; 23; 24; 26; 27; 28; 29; 32; 33; 35; 38; 60; 86; 90; 99;
100; 102; 104; 110; 114; 117; 118; 119; 121; 123; 127; 132; 143;
145; 146; 161; 162; 163; 166; 167; 168

Cuidados em saúde - 17

Decolonialidade – 17; 19; 33

Diálogos – 18; 19; 120; 130; 171

Discurso – 18; 20; 25; 58; 61; 66; 85; 86; 92; 118; 119; 120; 124; 125;
126; 170

Educação – 49; 74; 75; 77; 79; 113; 118; 127; 145; 149; 154; 160; 162;
171; 172

Identidade – 25; 54; 66; 75; 90; 100; 101; 102; 104; 121; 122; 132; 142;
148; 163; 166; 167; 168

Interdisciplinaridade – 26; 120; 158

Pandemia – 83; 85; 86; 88; 89; 90; 91; 92; 93; 116

Pesca e saúde - 145

Raiva humana – 37; 38; 39; 41; 42; 43; 44; 49; 50

Representações – 27; 31; 35; 56

Saberes amazônicos – 10; 18; 26

Saúde pública – 32; 38; 39; 40; 49; 54; 67; 72; 81; 83; 90; 96; 97; 102;
116; 131; 132; 133; 134; 135; 136; 137; 140; 141; 143; 167

Serviço de atendimento especializado – 69; 72; 73; 78

Sífilis – 71; 115; 116; 117; 118; 119; 120; 124; 125; 126; 127

Territorialidade – 18; 25; 29; 34; 39; 42; 51; 71; 72; 74; 89; 100; 109;
116; 119; 134; 135; 139; 140; 141; 154; 161

Violência psicológica – 157; 158; 159; 160; 165; 167; 168; 171

ORGANIZADORES E ORGANIZADORA



Érico Muniz - Professor da Faculdade de História e do Programa de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes na Amazônia do Campus Universitário de Bragança da Universidade Federal do Pará (UFPA). Possui doutorado em História das Ciências e da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz. Integra o Grupo de Estudos e Pesquisas Interculturais Pará-Maranhão (GEIPAM) e dedica-se a pesquisas sobre interações e conflitos entre ciências e saberes tradicionais na Amazônia, participando de projetos de pesquisa e extensão e orientando trabalhos sobre patrimônio cultural, políticas sociais em perspectiva histórica; História das Ciências e da Saúde na Amazônia; História e Antropologia da alimentação.



Francisco Pereira de Oliveira - Professor e Doutor em Biologia Ambiental pela Universidade Federal Pará (UFPA), atualmente exerce a função no Campus Universitário de Bragança (CBRAG) na Faculdade de Educação (FACED), no Programa de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes na Amazônia (PPLSA) e no Programa de Pós-Graduação em Biologia Ambiental (PPBA). Compõe e orienta nas linhas de pesquisa Sociobiodiversidade e Saúde na Amazônia e Ecologia e Socioambiental. Integra o Laboratório Ecologia de Manguezal (LAMA), assim como diversos projetos de pesquisa e extensão concernentes à Ecologia de Manguezal e a

sociobiodiversidade, políticas públicas ambientais e suas interfaces com os povos e comunidades tradicionais da Amazônia brasileira.



Norma Cristina Vieira. Pedagoga. Doutora em Biologia Ambiental pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Pós-Doutora em Estudos Linguísticos (PPGL/UNIOESTE). Professora e Pesquisadora da Faculdade de Educação e do Programa de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes da Amazônia (PPLSA), Universidade Federal do Pará (UFPA), Campus de

Bragança (CBRAG).



A obra **Múltiplas linguagens na saúde pública: saberes e vivências em Bragança, Amazônia atlântica** apresenta a pluralidade de dimensões dos processos de saúde e doença na Amazônia brasileira. Desejamos, a partir dos 10 capítulos aqui aludidos, que novos olhares para a saúde pública, considerando a diversidade e a alteridade presentes na Amazônia, inspirem novas pesquisas e qualifiquem estudantes e profissionais para que através da saúde avancemos também na luta pela democracia e no avanço da cidadania no Brasil.