



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS.
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA**

**SUSTENTABILIDADE E SAÚDE: ESTUDO SOBRE AS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM MANACAPURU/AM.**

THAMIRYS SOUZA E SILVA

**MANAUS – AM
2021**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS.
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA**

THAMIRYS SOUZA E SILVA

**SUSTENTABILIDADE E SAÚDE: ESTUDO SOBRE AS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM MANACAPURU/AM.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas para obtenção do título de mestre em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia. Linha de pesquisa: Serviço Social, Diversidade Socioambiental e Sustentabilidade na Amazônia.

Orientadora: Prof.^a Dra. M^a do Perpétuo Socorro Rodrigues Chaves

**MANAUS – AM
2021**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S586s Silva, Thamirys Souza e
Sustentabilidade e saúde: estudo sobre as equipes de saúde da
família em Manacapuru/AM. / Thamirys Souza e Silva . 2021
96 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Maria do Perpétuo Socorro Rodrigues Chaves
Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na
Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Saúde. 2. Sustentabilidade. 3. Atenção Básica. 4.
Comunidades Ribeirinhas. I. Chaves, Maria do Perpétuo Socorro
Rodrigues. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

THAMIRYS SOUZA E SILVA

**SUSTENTABILIDADE E SAÚDE: ESTUDO SOBRE AS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM MANACAPURU/AM.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas para obtenção do título de mestre em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia. Linha de pesquisa: Serviço Social, Diversidade Socioambiental e Sustentabilidade na Amazônia.

Dissertação aprovada em..... de 2021.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a. Dra. M^a do Perpétuo Socorro Rodrigues Chaves - PPGSS/UFAM
(Presidente)

Prof.^a. Dra. Lucilene Ferreira de Melo - PPGSS/UFAM
(Membro Interno)

Dra. Ivamar Moreira da Silva - SEMSA/SUSAM
(Membro Externo)

Prof.^a. Dra. Cristiane Bonfim Fernandez - PPGSS/UFAM
(Suplente - Membro Interno)

Prof.^a. Dra. Carolina Cassia Batista Santos - UFAM
(Suplente - Membro Externo)

Deus, Meus pais, à Prof.^a Dra. Débora Cristina Bandeira Rodrigues e à
Camila Fernanda Pinheiro do Nascimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me acompanhou em todos os momentos deste árduo caminho que foi o Mestrado, sempre me lembrando de que segurava minha mão nos momentos em que eu pensava não conseguir continuar, desde o processo para ingresso no programa até esse momento de defesa da dissertação. Por me permitir passar pelo COVID-19, que tirou a vida de muitas pessoas neste período.

Agradeço e dedico este trabalho a Prof.^a Dra. e amiga Débora Cristina Bandeira Rodrigues, que foi minha mentora e orientadora desde 2012 quando desenvolvi meu primeiro projeto de iniciação científica, até o mestrado, mas que por decorrência de complicações da COVID-19, nos deixou em 27 de fevereiro de 2021, o que me fez pensar que eu não conseguiria produzir esta dissertação, mas sabendo que esse seria o seu desejo, me inspirei nela, na sua trajetória e nos ensinamentos de todos esses anos a mim dedicados e hoje sei que ela está junto do Pai, também segurando minha mão.

Agradeço aos meus pais, por todo o apoio e ensinamento sempre. Por todas as vezes que me auxiliaram nas atividades que precisavam ser desenvolvidas neste processo. Agradeço ao meu pai, por sempre me auxiliar nas questões burocráticas (minha matrícula, minhas inscrições, ir ao cartório, levar e buscar na UFAM e ficar lá horas esperando sempre que necessário) pela disponibilidade sempre que eu peço socorro, agradeço à minha mãe por ser um exemplo de prof.^a e ser humano e hoje eu estar finalizando um mestrado acadêmico e podendo me tornar também professora como ela.

Agradeço à minha orientadora, Prof.^a Dra. M^a do Perpétuo Socorro Rodrigues Chaves, que assim como eu, perdeu uma amiga, irmã, mas que não mediu esforços para orientar o trabalho que, encontrava-se em versão preliminar, da melhor maneira possível. Acolheu-me, apoiou, incentivou e juntas conseguimos chegar até aqui, se não fosse por sua sabedoria e paciência, possivelmente eu não chegaria a esta defesa neste momento.

Agradeço a Camila Fernanda Pinheiro do Nascimento, minha amiga, irmã, que viveu este ciclo junto comigo, os dias bons, os ruins e os desesperadores, sorrimos juntas, produzimos juntas, fomos e voltamos para nossas casas todos os dias juntas e também perdemos nossa amada Débora, juntas, além da Prof.^a, Camila ainda perdeu o Pai e a Mãe para essa doença horrorosa e mesmo assim, seguimos juntas, uma segurando a mão da outra,

mesmo quando não acreditávamos que seria possível seguir esse Mestrado, a ela todo meu agradecimento.

Agradeço ao Grupo Interdisciplinar de Estudos Socioambientais e de Desenvolvimento de Tecnologias Sociais na Amazônia – Grupo Inter-Ação, grupo de pesquisa ao qual sou vinculada desde 2012, período de graduação, um grupo que teve grande contribuição para o incentivo à vida acadêmica e é diretamente responsável, por meio dos pesquisadores que fazem parte, da profissional que me tornei, inclusive proporcionando subsídios no que se refere à fundamentação da base teórica da dissertação.

Agradeço ao Programa de Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia por proporcionar este processo que é único, da melhor forma possível, na pessoa dos coordenadores que estiveram atuando neste período, abrigada pela disponibilidade e cortesia sempre. Agradeço aos professores que com muita sabedoria e conhecimento, enriqueceram os nossos conhecimentos, a vocês minha eterna gratidão.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento da pesquisa por meio da bolsa de estudos recebida ao longo desse período, inclusive a consideração ao período de pandemia, prolongando a bolsa por mais 180 dias.

Agradeço aos colegas de curso que compartilharam os sentimentos deste momento tão difícil e prazeroso.

Agradeço a minha família, sempre incentivadora, motivadora e orgulhosa pelo caminho que escolhi trilhar, minhas avós, tias, tios, primos e todos que sempre externalizaram esse carinho e atenção pelo momento vivido, muitas vezes compreendendo minha ausência em alguns momentos em família.

Agradeço às minhas amigas, Priscilla, Cecília, Alice, Jéssica, Dyandra e Diane, que sempre me apoiaram e se orgulharam da minha trajetória, muitas vezes me proporcionando momentos felizes e me ajudando a espairer e tornando o processo mais leve, a vocês o meu muito obrigada.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram de forma direta ou indireta para a construção e finalização desta pesquisa.

"Os filósofos têm interpretado o mundo, de várias maneiras, a questão,
entretanto, é transformá-lo".
Marx, K. Teses sobre Feuerbach, XI Tese.

RESUMO

Esta pesquisa se propôs a analisar a sustentabilidade social, cultural e territorial da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a partir da atuação das Equipes de Saúde da Família junto às comunidades ribeirinhas do Município de Manacapuru/AM, por meio da análise da PNAB sobre o prisma da sustentabilidade, bem como, a caracterização da perspectiva de sustentabilidade social, cultural e territorial da PNAB a partir da atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF) junto às comunidades ribeirinhas do município. Optou-se por trabalhar a PNAB uma vez que a Atenção Básica é a porta de entrada dos usuários ao SUS e é por meio dela que podem ser prevenidos muitos casos de média e alta complexidade. No que se refere aos procedimentos metodológicos da pesquisa, esta foi pensada numa perspectiva dialética, histórica e analítica, que entende os sujeitos não de forma isolada, mas na sua totalidade. O tipo de pesquisa selecionado foi a Pesquisa social que, permite a realidade ser compreendida através dos aspectos relativos ao homem e seus múltiplos relacionamentos tanto com outros homens quanto com instituições sociais, estando embasada em um Estudo de Caso, se concentrando em um caso particular. A abordagem utilizada na pesquisa foi quantitativa e qualitativa que, buscando dados quantificáveis da realidade e o aprofundamento do conhecimento acerca deste grupo social e da organização em torno da PNAB em Manacapuru/AM. As técnicas de pesquisa utilizadas foram pesquisa bibliográfica e documental. Na pesquisa documental, foram analisados dados do IBGE, CNES e os Relatórios Estatísticos do Governo do Estado do Amazonas e os Relatórios de Gestão Municipal de Manacapuru de 2017, 2018 e 2019 e 2020 que são os mais atuais produzidos, bem como, os Relatórios do Grupo Inter-Ação que desde 2001 desenvolve pesquisas na Amazônia com povos ribeirinhos e políticas públicas. Os resultados obtidos apontam que, a pesquisa teve êxito na sua realização, a partir da análise dos dados de forma qualitativa produzindo a sistematização de informações que serão de grande relevância para o avanço do debate acerca da temática nesta região, fomentando a avaliação e proposição de ações no que se refere à saúde dos povos ribeirinhos amazônicos. Deste modo, foi identificado que o município não possui equipes de saúde específicas para os povos ribeirinhos, sendo estes atendidos pelas ESF por meio das UBS localizadas na zona rural, UBS Fluvial e equipes itinerantes que de tempos em tempos realizam ações de saúde nas comunidades. A pesquisa também identificou que as especialidades de profissionais na UBS rural e Fluvial diferem da área urbana, tendo esses povos o acesso a tais profissionais apenas nas ações de saúde ou deslocando-se à sede do município e no que se refere à sustentabilidade social, cultural e territorial da PNAB na atuação das ESF na localidade, foi possível identificar uma série de ações que colaboram para o alcance desta sustentabilidade, porém, ainda existem diversos limites a serem superados para que esta condição seja efetiva.

Palavras-chave: saúde; sustentabilidade; Atenção Básica; comunidades ribeirinhas.

ABSTRACT

This research aimed to analyze the social, cultural and territorial sustainability of the National Policy for Primary Care (PNAB) from the performance of the Family Health Teams with riverside communities in the Municipality of Manacapuru/AM, through the analysis of the PNAB on the prism of sustainability, as well as the characterization of the perspective of social, cultural and territorial sustainability of the PNAB from the performance of the Family Health Teams (ESF) with the riverside communities of the municipality. We chose to work with the PNAB since Primary Care is the gateway for users to the SUS and it is through it that many cases of medium and high complexity can be prevented. With regard to the research's methodological procedures, it was designed from a dialectical, historical and analytical perspective, which understands the subjects not in isolation, but in their totality. The type of research selected was Social Research, which allows reality to be understood through aspects relating to men and their multiple relationships both with other men and with social institutions, being based on a Case Study, focusing on a particular case. The approach used in the research was qualitative, which sought to deepen knowledge about this social group and the organization around the PNAB in Manacapuru/AM. The research techniques used were bibliographic and documentary research. In the documentary research, data from the IBGE, CNES and the Statistical Reports of the Government of the State of Amazonas and the Municipal Management Reports of Manacapuru of 2017, 2018 and 2019 and 2020 were analyzed, which are the most current produced, as well as the Reports of the Inter-Action Group that since 2001 has been carrying out research in the Amazon with riverside peoples and public policies. The results obtained indicate that the research was successful in its accomplishment, from the analysis of data in a qualitative way, producing the systematization of information that will be of great relevance for the advancement of the debate on the subject in this region, promoting the evaluation and proposition of actions with regard to the health of riverside Amazonian peoples. Thus, it was identified that the municipality does not have specific health teams for the riverside peoples, who are assisted by the FHS through the UBS located in the rural area, Fluvial UBS and itinerant teams that from time to time carry out health actions in the communities. The research also identified that the specialties of professionals in the rural and Fluvial UBS differ from the urban area, with these people having access to such professionals only in health actions or by traveling to the municipal headquarters and with regard to social and cultural sustainability and territorial of PNAB in the performance of the FHS in the locality, it was possible to identify a series of actions that collaborate to achieve this sustainability, however, there are still several limits to be overcome for this condition to be effective.

Keywords: health; sustainability; Primary Care; riverside communities

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAP – Centro de Atendimento Psicológico
CAP – Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP – Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
CF – Constituição Federal
CMM – Câmara Municipal de Manacapuru
CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNUMD - Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento
DS – Desenvolvimento Sustentável
ESF – Estratégia Saúde da Família
ESFF – Equipe de saúde da família fluvial
ESFR – Equipe de saúde da família ribeirinha
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FVA – Fundação Vitória Amazônica
IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MDS – Ministério de Desenvolvimento Social
NOB – Norma Operacional Básica
ODM – Objetivos do Milênio
ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
ONU – Organização das Nações Unidas
OMS – Organização Mundial da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNUMA - Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPGSS – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia
PSF – Programa de Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção Básica
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNESCO - *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.*
UNICEF - Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância
UFAM – Universidade Federal do Amazonas
ZFM - Zona Franca de Manaus
WICEM - World Industry Conference on Environmental Management

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Estabelecimentos de Saúde em Manacapuru e Tipo de Gestão.....	70
Quadro 02 – Quadro Epidemiológico Manacapuru.....	71
Quadro 03 – Profissionais ESF em Manacapuru (zona rural).....	75

LISTA DE FIGURA

Figura 01 – Objetivos do Milênio (ODM)	26
Figura 02 – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).....	29
Figura 03 – Dimensões da sustentabilidade	32
Figura 04 – Conceitos de Território	37
Figura 05 – Agente Comunitário de Saúde	57
Figura 06 – Atribuições ACS	57
Figura 07 – Mapa do Amazonas.....	62
Figura 08 – Localização Município de Manacapuru	66
Figura 09 – Produção de Farinha de Mandioca.....	68
Figura 10 - UBS zona rural e fluvial de Manacapuru.....	74
Figura 11 – ACS em deslocamento para atendimento	76
Figura 12 – Dimensões da Sustentabilidade na atuação das ESF.....	77
Figura 13 – UBS Fluvial Catarina B. Santos.....	80
Figura 14 – Comunidades Ribeirinhas Território Manacapuru.....	81
Figura 15 – Entrega e Deslocamento das ESF por meio das Lanchas SOS	83

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPITULO I – SUSTENTABILIDADE: debate conceitual e emergência histórica	17
1.1. Do Ecodesenvolvimento ao Desenvolvimento sustentável	18
1.2. ODM & ODS: atualizações teórico-práticas	26
1.3. Sustentabilidade: dimensões Social, Cultural e Territorial.....	30
CAPÍTULO II. SUSTENTABILIDADE E SAÚDE: política pública de saúde no Brasil	42
2.1. Saúde: abordagem conceitual.....	42
2.2. Política Pública de Saúde no contexto brasileiro e Amazônico: um resgate histórico	46
2.3. Equipes de Saúde da Família sob os parâmetros da sustentabilidade	54
CAPÍTULO 3. SUSTENTABILIDADE E SAÚDE: atuação das Equipes de Saúde da Família em Manacapuru/AM.....	61
3.1. Amazonas, Manacapuru e comunidades ribeirinhas Amazônicas: configuração social, cultural e territorial	62
3.1.1. Atividades Econômicas: Setor Primário e Secundário	67
3.1.2 Infraestrutura e serviços.....	69
3.2. Equipes de Saúde da Família em Manacapuru: proposições e práticas	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS	89

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica é a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Redes de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade e integralidade. A Atenção Básica desenvolve programas e ações, considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

De acordo com a Portaria de implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) deverão ser adotadas no âmbito da Política estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniqüidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

Neste sentido, a atenção básica é operacionalizada no Brasil a partir de diversos programas governamentais, sendo um deles a Estratégia Saúde da Família (ESF) que, por meio das Equipes de Saúde da Família (ESF) levam diversos serviços multidisciplinares às comunidades por meio dos atendimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Em relação momento sociohistórico em que foi implementado este estudo, vale enfatizar, que não poderia ser mais desafiador e complexo: a emergência e expansão da Pandemia do Corona Vírus -SARS-CoV-2. No Brasil como um todo, os desafios ainda são muito grandes, pois pouco se sabia inicialmente, e ainda se descobre acerca das características de transmissão da COVID-19 num contexto de grande desigualdade social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso sistemático à água e em situação de aglomeração. O Amazonas bem como algumas cidades do seu interior, foram gravemente acometidas pela Pandemia de SARS-2, alguns autores¹ afirmam que *a vulnerabilidade dessa população ao vírus, e conseqüentemente, a sua doença, torna-se algo marcado geograficamente.*

Importante destacar que a trajetória da pesquisa foi inicialmente programada para realizar pesquisa bibliográfica, documental e de campo com coleta de dados junto aos Gestores da Atenção Básica do Município, bem como, os profissionais das ESFs e usuários advindos de comunidades ribeirinhas adscritas ao território. No entanto, com a incidência da Pandemia do Covid-19 e, sendo Manacapuru, o segundo município do Amazonas com maior

¹ Monteiro; Xavier; Mazzani (2020), Werneck e Cavalho (2020) e Naveca; Bello (2021).

número de casos de infecções e mortes, foi necessário readequar o processo de realização da pesquisa de campo. Tendo em vista que a UFAM, obedecendo às medidas sanitárias estabeleceu normas de biossegurança interditando a realização de pesquisas de campo. Deste maneira, fez-se necessário reestruturar a modalidade de coleta de dados em campo, junto aos comunitários e profissionais da área de saúde. Todavia, a revisão foi compensada pela ampliação da busca de informações qualificadas a partir da pesquisa bibliográfica e documental. Assim, vale ressaltar que a obtenção de dados e a abordagem analítica explicativa adotada no estudo permitiram alcançar resultados relevantes, sem que houvesse solução de continuidade ou a impossibilidade de efetivar com zelo e qualidade o estudo investigativo atendendo aos objetivos propostos.

Ao considerar a trajetória de pesquisa com comunidades ribeirinhas amazônicas por meio das ações do Grupo Inter-Ação que, desde 2001 realiza estudos com esses povos, chega-se ao interesse em pesquisar a sustentabilidade das ações destas ESF junto às comunidades ribeirinhas do município de Manacapuru/AM. O município foi escolhido enquanto lócus desta análise, por conta da proximidade da Capital, considerando a viabilidade da pesquisa e por possuir a configuração de estar localizado entre dois importantes rios da região, o rio Manacapuru e o rio Solimões. É a quarta cidade mais populosa do estado com 98.502 habitantes, segundo estimativas do IBGE de 2020. A distância entre o Município de Manacapuru e Manaus é de 103 km, e dura 1 hora 44 minutos de carro o tempo de viagem, por via fluvial o tempo de deslocamento é de 08 horas de viagem.

No que se refere ao caráter inovativo desta pesquisa, está diretamente ligado a análise da perspectiva de sustentabilidade prevista no escopo da política, uma vez que em sua concepção a PNAB se propõe sustentável e esta característica é ímpar no que se refere à efetividade e eficácia das ações desenvolvidas com estes povos.

Cabe salientar que esta pesquisa pactuou com a definição de sustentabilidade a partir de Sachs (1986) que leva em consideração as condições de vida e de trabalho, pelos diferentes agentes sociais, inclusive acerca da qualidade de vida e do ambiente, pois para o autor é indissociável pensar uma sociedade sustentável sem considerar tais fatores. Sem o equilíbrio destes não se alcança o desenvolvimento socialmente justo, economicamente e ambientalmente viável. É imprescindível que a sustentabilidade seja aplicada a todas as localidades e não somente às macrorealidades, deixando de considerar as singularidades locais e ecorregionais, próprias de território, cultura, hábitos e formas de organização.

No que se referem aos procedimentos metodológicos adotados para o desenvolvimento da pesquisa o método adotado foi pensado numa perspectiva dialética, histórica e analítica, que entenda os sujeitos não de forma isolada, mas na sua totalidade. A dialética marxiana pressupõe uma visão totalizante do real, ou seja, por meio dela tenta-se perceber os diferentes elementos sociais como interligados a uma mesma totalidade. O agir e o pensar, mesmo sem se dar conta disso, sempre implicam a percepção do todo, da visão do conjunto das relações. (ZAGO, 2013).

O tipo de pesquisa é a pesquisa social, que conforme Gil (2016) utiliza metodologia científica e permite a obtenção de conhecimentos no campo da realidade social, podendo esta realidade ser compreendida através dos aspectos relativos ao homem e seus múltiplos relacionamentos tanto com outros homens quanto com instituições sociais. Esta proposta foi embasada em um Estudo de Caso, que segundo Gil (2016, p.58) “[...] consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outras metodologias”. As técnicas de pesquisa foram a pesquisa bibliográfica e documental, que ocorreram por meio da análise dos Relatórios do Grupo Inter-Ação para fins de fundamentação da categoria de comunidades ribeirinhas amazônicas e políticas públicas na Amazônia e dos Relatórios Estaduais e Municipais de Gestão da Saúde, bem como dados do IBGE, CNES, DATASUS entre outros, dos anos de 2017, 2018, 2019 e 2020.

Neste contexto, para realização do estudo foram selecionados dois tipos de abordagem: a quantitativa e a qualitativa, que são indispensáveis e podem estar interligadas. Para Goldenberg (2011) tal abordagem refere-se o conjunto de diferentes pontos de vista, e diferentes maneiras de analisar os dados (qualitativa e quantitativamente), o que permitiu uma ideia mais ampla e inteligível da complexidade de um problema. Por meio da pesquisa quantitativa foram identificados pontos relativos ao Município no que tange às questões socioeconômicas, culturais, bem como o processo de operacionalização da PNAB e o acesso dos povos ribeirinhos. A pesquisa qualitativa por sua vez contribuiu para a análise da sustentabilidade social, cultural e Territorial das ações e serviços desenvolvidos pelas ESF por meio do Sistema de Saúde Municipal.

Neste contexto, a fundamentação teórica da pesquisa está organizada em três capítulos, sendo o Capítulo I intitulado: Sustentabilidade: debate conceitual e emergência histórica, onde são discutidos os conceitos de ecodesenvolvimento e desenvolvimento

sustentável, a emergência da sustentabilidade e as políticas desenvolvidas internacionalmente enquanto estratégias criadas pelas Agências Multilaterais para o enfrentamento das problemáticas ambientais. Finalizando a discussão do capítulo com as dimensões da sustentabilidade apresentadas por Sachs (1984, 2000, 2002, 2010) que irão permear toda a discussão, bem como a análise do Capítulo III.

O Capítulo II intitulado: Sustentabilidade e Saúde - política pública de saúde no Brasil, que debate a emergência do conceito de saúde, a saúde enquanto direito dos indivíduos e todo o processo para constituição da política de saúde ante a realidade brasileira. O capítulo também discorre acerca da trajetória de constituição do SUS até o surgimento das ESF. O segundo tópico aborda também a Política de Saúde no Amazonas e as ESF sob os parâmetros da sustentabilidade.

Por fim, o Capítulo III intitulado: Sustentabilidade e Saúde - atuação das Equipes de Saúde da Família em Manacapuru/AM, onde é realizada a caracterização do Estado do Amazonas, município de Manacapuru e dos povos ribeirinhos amazônicos e a análise das ações de saúde desenvolvidas pelas ESF na localidade.

CAPÍTULO I

1. SUSTENTABILIDADE: DEBATE CONCEITUAL E EMERGÊNCIA HISTÓRICA

Este capítulo tem como principal objetivo fomentar a discussão acerca dos aspectos conceituais da sustentabilidade desde a sua emergência histórica até as suas atualizações, bem como a materialização deste debate através de políticas públicas e as dimensões da sustentabilidade a partir da ótica de Sachs (1984; 1986; 2000; 2006; 2010).

Diante deste contexto é importante ressaltar que esta discussão perpassa o contexto da emergência do sistema capitalista na sociedade. O Capitalismo que apesar de surgir de um contexto de crise, teve seus anos gloriosos, tem na sua natureza a contradição. O crescimento desenfreado neste modelo de produção manifesta-se como um sintoma de uma crise de civilização. O paradigma de modernidade e desenvolvimento de tecnologias adotado predomina sobre a destruição da natureza.

Para Diegues (2000) é neste contexto que emerge a necessidade de conservar os recursos a fim de proporcionar a continuidade da produtividade primária dos ecossistemas, valorizar a biodiversidade e os serviços ecológicos. De acordo com Leff (2009), o princípio da sustentabilidade emerge no contexto da globalização econômica, para buscar alternativas. A sustentabilidade, portanto, é fruto dos movimentos sociais e do importante papel da ciência naquele contexto.

Neste sentido, para além destes importantes desdobramentos acerca do conceito de sustentabilidade o capítulo também abordará os Objetivos do Milênio (ODM) e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) que se apresentam na sociedade como estratégias criadas pelas Agências Multilaterais, como formas de materialização de políticas para o enfrentamento das problemáticas ambientais.

No que se refere à fundamentação, o debate ocorre em torno do percurso sócio histórico que, tem suas bases na década de 60 e perdura até os dias de hoje na abordagem de diferentes autores como: Sachs (1986, 2002a, 2000b, 2008); Bellen (2006); Boff (2012); Leff (2009); Cavalcanti (2002); Godard (2002). Ressaltando os conceitos de Desenvolvimento sustentável e as dimensões da sustentabilidade a partir do Ecodesenvolvimento por: Sachs (1986, 2002a, 2000b, 2008); Boff (2012); Cueto (2015), Almeida (2011); Behring (2011); Brasil (1990).

1.1. Do Ecodesenvolvimento ao Desenvolvimento sustentável

No final do século XX e início do século XXI, a ocupação dos ecossistemas e a extração e consumo dos recursos naturais indicavam que diversos limites da biosfera estavam sendo ultrapassados. Com a consolidação do modo de produção capitalista, ocorreram profundas mudanças na relação homem-natureza, a capacidade de sustentação do processo econômico encontrava limites claros na capacidade de regeneração e suporte da natureza.

Marx (1996) discorre sobre a guerra travada pelo capital, para arrancar o campesinato da terra e submeter à atividade mercantil, denunciou a exploração dos recursos naturais das colônias, o que propiciou o enriquecimento da burguesia e intensificou a destruição dos recursos, isto deste o século XVIII.

Ainda segundo esse autor, a natureza e o homem possuiriam um metabolismo único, que seria um corpo inorgânico, e com a alienação do próprio ser no capitalismo, ocorreria um distanciamento visceral entre ambos, estabelecendo o que ele denominou de *fratura metabólica*.

Conforme relembra Leff (1994), a degradação ambiental acentuou-se nas regiões onde, historicamente, as formações sociais, sobretudo os ecossistemas tropicais, foram explorados pelos países capitalistas industrializados.

Deste modo, é possível afirmar que o desenvolvimento econômico do capitalismo sempre acarretou a degradação social e ecológica, porém são nas últimas quatro décadas que as suas manifestações insustentáveis em relação ao planeta constituíram um conjunto de contradições que levaram à identificação da denominada *crise ambiental*. (FREITAS; NUNES; NÉLSIS, 2012)

Mészáros (2007) relaciona a crise sistêmica do capital e a crise ambiental, apontando a finitude dos recursos naturais, os problemas de poluição e as mudanças climáticas como parte do que denomina de limites absolutos do sistema do capital.

Neste contexto emerge o conceito de sustentabilidade, que possui origem recente e é amplamente discutido a partir das reuniões organizadas pela ONU desde o século XX. O princípio da sustentabilidade segundo LEFF (2009) emerge no contexto da globalização econômica, como uma nova visão do processo civilizatório da humanidade.

Neste contexto, a partir da década de 1960 e 1970 ocorreram importantes eventos em nível global que vão orientar os passos seguintes das sociedades em busca de uma relação sustentável para com os recursos naturais, principalmente os não renováveis.

Mediante o agravamento da problemática ambiental, em 1960, foi criado o Clube de Roma, que reunia chefes de Estado, ecologistas, economistas, humanistas, industriais, cientistas entre outros, com vistas a discutir o futuro da humanidade. Nesta primeira reunião, o referido grupo chegou à conclusão de que o planeta não suportaria o nível de exploração que vinha sofrendo e, na ocasião, foi aventada a proposta de uma drástica redução da produção industrial no mundo ocidental, o que foi considerado inviável pelo grupo (REFKALEFSKY, 2009)

A visibilidade em torno da questão ambiental começou a expandir-se a partir dos anos 70, neste ano ocorreu outra reunião do Clube de Roma onde foi divulgado um relatório de grande impacto, denominado *Os limites do Crescimento* que antecipava as drásticas consequências se a produção industrial no mundo ocidental não fosse reduzida. As ações do Clube de Roma instigaram a ONU a realizar em Estocolmo, no ano de 1972, a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente.

Mais conhecida como Conferência de Estocolmo, esta contou com a participação de um polonês, intelectual que compunha a comunidade técnico-científica do mundo pós-segunda guerra, Inacy Sachs, que difundiu a proposta do *Ecodesenvolvimento* no âmbito da Conferência, em um período que gestou o debate acerca da manutenção dos recursos naturais e a decorrente inflexão da teoria do desenvolvimento. (LOPES, 2014)

Diante do cenário apresentado, de crescimento econômico e crise ambiental. Sachs (2009) afirma que uma nova forma de organização social, fundamentada no aproveitamento sustentável dos recursos renováveis, precisava naquele momento ser avaliada e colocada em prática, pois seria essencial.

Na Conferência de Estocolmo também foram debatidos os limites da racionalidade econômica e os desafios que a degradação ambiental produz para o projeto civilizatório da modernidade. A partir desta, foi criado o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA).

Bruseke (*apud* CAVALCANTI, 2003) destaca que Sachs formulou princípios básicos desta nova visão de desenvolvimento, integrando basicamente seis características que guiarão os caminhos do desenvolvimento. São elas:

- a) A satisfação das necessidades básicas;
- b) A solidariedade com as gerações futuras;
- c) A participação da população envolvida;
- d) A preservação dos recursos naturais e do meio ambiente em geral;
- e) A elaboração de um sistema social garantindo emprego, segurança social e respeito às culturas;
- f) Programas de educação; (BRUSEKE *apud* CAVALCANTI, 2003, p.31)

Ainda segundo o autor, a teoria do *Ecodesenvolvimento*, que tem como conceito: o desenvolvimento endógeno e dependendo de suas forças próprias, submetido à lógica das necessidades do conjunto da população, consciente de sua dimensão ecológica e buscando estabelecer uma relação de harmonia entre homem e natureza (*apud* Gil *et.al* 2005, p.134), referia-se inicialmente às regiões rurais da África, Ásia e América Latina ganhando cada vez mais uma visão das inter-relações globais entre subdesenvolvimento e superdesenvolvimento.

Importante destacar que este posicionamento remete a uma crítica à sociedade industrial e, conseqüentemente, à modernização industrial, sob um novo paradigma econômico, impõe para as regiões periféricas esse modelo de desenvolvimento e expansão das produções capitalistas como método de desenvolvimento destas regiões.

Ecodesenvolvimento, acima de tudo, é uma abordagem que convida o planejador a mudar sua visão tradicional do processo de desenvolvimento (SACHS, 1986). Para o autor, as estratégias do *Ecodesenvolvimento* estão baseadas num conjunto de princípios morais, a racionalidade ecológica. Uma ética conservacionista da natureza com a emergência de novos valores relacionados com a democracia, a qualidade de vida e direitos humanos.

Deste modo, segundo Gil *et.al* (2005), o *Ecodesenvolvimento* na concepção de Sachs (1984) representa uma contraposição às diretrizes da economia política dominante (*mainstream*), orientando-se pela busca de autonomia e pela satisfação prioritária das necessidades básicas das populações envolvidas.

O *ecodesenvolvimento* configura-se como uma proposta de sustentabilidade, um modelo de gestão, orientado para as ecorregiões preconizando a valorização dos recursos para que possam satisfazer as “[...] necessidades fundamentais da população, como alimentação, habitação, saúde e educação, que deverão ser definidas de maneira realista e autônoma, evitando os nefastos efeitos [...] do estilo de consumo dos países ricos” (SACHS, 2007, p. 61).

A concepção de *Ecodesenvolvimento* sugere a assimilação da problemática ecológica (recursos, energia, contaminação) ao processo de desenvolvimento econômico, *preconizando que é preciso dotar a população de capacidade de sustentação pela construção de um sistema*

social que garanta emprego, segurança social e respeito às outras culturas. (SACHS, 1986).

Os objetivos fundamentais deste modelo são:

Construir uma sociedade livre, justa e solidária; Garantir o desenvolvimento nacional; Erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; Promover o bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. (SACHS, 1986, p. 84)

O conceito de Sachs (1986) passou a incorporar as variáveis políticas, culturais, sociais, éticas, territoriais e de governança. Conforme ressalta Vieira (1995), os princípios do *Ecodesenvolvimento* defendem o fortalecimento da luta contra as desigualdades sociais, em prol da formação de uma consciência dos limites e vulnerabilidade da base dos recursos naturais.

Conforme destacam Lopes & Dawbor (2014), em uma realidade econômica na qual desigualdade e sustentabilidade estão diretamente ligadas, o desequilíbrio na inclusão da população nos processos produtivos traz à tona uma crise de governança. Enquanto Sachs (2010) destaca que alocação racional de recursos e gestão local são orientações fundamentais para a construção de um desenvolvimento economicamente viável, socialmente justo e ambientalmente sustentável.

Godard (1997) observa que na sua essência, o *Ecodesenvolvimento* propunha estratégias particulares cujo objetivo é contribuir para a construção de uma nova sociedade que possa romper com os determinantes impostos pela lógica capitalista.

Em 1984, por sugestão do PNUMA, foi realizada em Versalhes, França, a Primeira Conferência Mundial da Indústria sobre Gerenciamento Ambiental - WICEM, com a colaboração da Câmara de Comércio Internacional. Naquele pioneiro e histórico encontro participaram mais de 500 representantes de 70 países oriundos das áreas política, econômica, científica e profissional.

Segundo Boff (2012) a partir da realização desta Conferência foi criada a Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, tendo seus trabalhos consolidados no Relatório Brundland, da Primeira-ministra norueguesa Gro Harlem Brundland, de 1987 que foi intitulado: *Our Common Future - Nosso Futuro Comum*.

Bruseke (*apud* CAVALCANTI, 2003) chama atenção que o relatório parte de uma visão complexa das causas dos problemas socioeconômicos e ecológicos da sociedade global. Ele sublinha a interligação entre economia, tecnologia, sociedade e política, chamando

atenção para uma nova postura ética, caracterizada pela responsabilidade tanto entre as gerações quanto entre os membros contemporâneos da sociedade da época. Importante destacar que o relatório na ocasião definiu medidas a serem tomadas no nível do Estado Nacional e também metas a serem realizadas a nível internacional.

É neste momento que o conceito de *Desenvolvimento Sustentável*, passa a ser amplamente divulgado e acaba tornando-se o mais utilizado e preferido no âmbito das organizações internacionais, preconizado como: *aquela que satisfaz as necessidades do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras satisfazerem suas próprias necessidades* (VIEIRA, 1995).

Amartya Sen fez uma severa crítica a este conceito no prêmio Nobel de Economia, em 1998, pois para ele para além das necessidades tão citadas e cruciais que são enfatizadas no documento, as pessoas possuem valores, ver os seres humanos apenas em termos de necessidade é fazer uma ideia insuficiente da humanidade. (SEN, 2004, p.17)

A expressão *desenvolvimento sustentável* começou então a ser utilizada em todos os documentos oficiais dos governos, da diplomacia, dos projetos, empresas, no discurso ambientalista convencional e nos meios de comunicação (BOFF, 2012). Cabe ressaltar que, desde 1972, houve várias tentativas de recolocar no cenário internacional um novo conceito de desenvolvimento, contudo, estes não atendiam plenamente às expectativas políticas dos órgãos e das instituições internacionais, que buscavam uma concepção capaz de proporcionar um alinhamento em torno da possibilidade de unir meio ambiente e crescimento econômico, sem questionar a continuidade do sistema. (FREITAS; NUNES; NÉLSIS, 2012)

Para Boff (2012), o conceito é proposto como um ideal a ser atingido ou então qualificativo de um processo de produção ou produto, o que na maioria dos casos, não corresponde à verdade.

Por várias vezes os termos *Ecodesenvolvimento* e *Desenvolvimento Sustentável* são usados como sinônimos, porém há uma diferença entre os dois conceitos. Foram às várias discussões acerca do conceito de *Ecodesenvolvimento* que ocasionaram, de forma preparatória, a posterior adoção do conceito de *Desenvolvimento Sustentável*, estes se diferenciam pelo fato de que o *Ecodesenvolvimento* surgiu como um modelo alternativo para a política do desenvolvimento, sendo conceituado como um estilo de desenvolvimento de um país ou região baseado nas suas próprias potencialidades (ARAÚJO; BARROSO; SOUZA, 2017).

Já o conceito de Desenvolvimento Sustentável parece ter nascido sob um signo de contradição, o qual pode ser observado através de uma consulta ao mais popular dicionário da língua portuguesa, que em seus verbetes traz as seguintes definições: desenvolvimento [ato ou efeito de desenvolver, crescimento, progresso] e; sustentabilidade [conservar; manter; alimentar] (FERREIRA, 2000).

Deste modo, é possível perceber uma nítida diferenciação político-ideológica entre os conceitos. No discurso do desenvolvimento sustentável, a preservação da biodiversidade, os direitos dos povos indígenas, a agricultura sustentável e as tecnologias limpas aparecem como objetivos compatíveis a ecologização da economia de mercado, desta forma podendo integrar-se sem conflitos.

Para Leff (2009), o discurso de crescimento sustentável amplia-se em torno da construção de uma nova racionalidade ambiental. Procura reconciliar dois aspectos contraditórios da dialética do desenvolvimento: o meio ambiente e o crescimento econômico.

Segundo Omena Neto (2010, p. 125) “[...] há uma dissociação entre o “crescimento econômico” e o “desenvolvimento”, facilmente identificável quando analisamos que um Estado ou região de grande produção de bens primários pode ter um PIB elevado, mas um Índice de Desenvolvimento Humano muito baixo”.

Conforme destaca Bresser-Pereira (2008), o desenvolvimento econômico de um país é o processo de acumulação de capital e incorporação de progresso técnico ao trabalho, que leva ao aumento da produtividade, dos salários, e do padrão médio de vida da população, em medida mais geral de desenvolvimento econômico é a do aumento da renda por habitante. Já o crescimento econômico depende da educação, do desenvolvimento tecnológico e da acumulação de capital em máquinas e processos mais produtivos.

Sachs (2004) afirma que crescimento econômico, trata de uma condição necessária, mas não suficiente, para alcançar uma vida melhor; já o desenvolvimento trata de reparar as desigualdades, ou seja, a igualdade, equidade e solidariedade fazem parte do conceito de desenvolvimento ao longo prazo, diferenciando assim do economicismo sedutor.

O problema planetário é o problema dialético da relação econômica, política, social, cultural e não um problema que seria apenas econômico, apenas político, apenas moral. A reformulação do conceito de desenvolvimento pelo de desenvolvimento sustentável tem por princípio não subordinar o desenvolvimento ao crescimento. (VEGA, 1997)

Como bem disse Celso Furtado em um de seus pronunciamentos, “[...] só haverá verdadeiro desenvolvimento (que não se deve confundir com crescimento econômico) ali onde houver um projeto social subjacente” (*apud* SACHS, 2010)

Conforme conclui Veiga (2010), o *desenvolvimento sustentável* se apresenta enquanto uma *Utopia* do século XXI, postulando a necessidade de se buscar um novo paradigma, capaz de substituir o industrialismo. Daí então a emergência do debate acerca da sustentabilidade. A partir da concepção de *Ecodesenvolvimento* e sustentabilidade apresentada é possível perceber a criação de um novo paradigma que faz crítica ao modelo capitalista de apropriação dos recursos, a perda irreversível de capital natural configura um custo repassado às futuras gerações.

A expressão sustentabilidade passou a exprimir a necessidade de um uso mais responsável dos recursos ambientais. De acordo com Nascimento (2012), o conceito de sustentabilidade possui raízes fincadas a partir de 02 origens. Sendo elas: o campo biológico com foco na ecologia e o segundo no debate em torno das ciências econômicas, estando diretamente ligada ao conceito de desenvolvimento. A segunda raiz é a mais abordada pelos estudos acerca da temática. Pode se dizer, de acordo com o autor, que sustentabilidade significa:

[...] o conjunto dos processos e ações que se destinam a manter a vitalidade e a integridade da Mãe Terra, a preservação dos seus ecossistemas com todos os elementos físicos, químicos e ecológicos que possibilitam a existência e a reprodução da vida, o atendimento das necessidades da presente e das futuras gerações e a continuidade, a expansão e a realização das potencialidades da civilização humana em suas várias expressões (BOFF, 2012, p.14)

Um novo conjunto de políticas para o desenvolvimento deve ser levado em consideração, principalmente no que se refere à reprodução da vida com qualidade e continuidade. Segundo Cavalcanti (2002) a política de desenvolvimento no alcance de uma sociedade sustentável, não pode desprezar as relações entre o homem e a natureza que ditam o que é possível em face ao que é desejável.

Com base nas perspectivas apresentadas, este trabalho pautará suas análises na concepção de *Ecodesenvolvimento* e não do Desenvolvimento Sustentável. Cabe ressaltar que a perspectiva na qual este trabalho está pautado é a de *Ecodesenvolvimento* a partir das dimensões da sustentabilidade, acredita-se que o desenvolvimento sócio econômico deve ser concebido sob a noção de sustentabilidade. Deste modo entende-se que é possível ter

crescimento material com a preservação dos recursos e serviços ecossistêmicos por sucessivas gerações.

Conforme Silva *et.al* (2012), a questão de fundo é saber que o adjetivo “sustentável” aplicado ao conceito de desenvolvimento tem por objetivo dar sustentabilidade política para um modelo de produção baseado na acumulação e na subsunção do trabalho e natureza como mercadorias e presos a uma cultura de consumo. O discurso oferece suporte ao projeto político de aceitabilidade social a um modelo claramente predador.

Segundo Boff (2012), é necessário pensar a sustentabilidade de forma que não seja reducionista e aplicá-la apenas ao crescimento/desenvolvimento. A sustentabilidade deve cobrir todas as dimensões da realidade, o que engloba desde os indivíduos até a cultura, política, indústria, cidades e o planeta como um todo. *A noção de sustentabilidade implica numa necessária interpretação entre justiça social, qualidade de vida, equilíbrio ambiental com a manutenção da capacidade de suporte dos ecossistemas. Mas também se associa a uma premissa da garantia de sustentação econômico-financeira e institucional* (JACOBI, 1999, p.43).

Uma sociedade só pode ser considerada sustentável se inclui e garante os meios de vida de modo suficiente aos integrantes dela. Segundo Viola, (1986 *apud* Cavalcanti, 2002), numa sociedade sustentável, o crescimento deve ser apreendido pela qualidade de vida e não pelo puro consumo material.

Partindo do contexto apresentado, é possível identificar que a partir do momento que o modelo de desenvolvimento voltado para o crescimento econômico gera grandes conflitos na sociedade, onde os grandes empresários acumulam cada vez mais, grandes riquezas, e a população aparece paralela a esta situação e vivem diversos conflitos relacionados principalmente à vulnerabilidade humana e ambiental, a ONU começa a fomentar a importância de debates e Conferências que iriam fundamentar as mudanças necessárias para a diminuição dos impactos sociais e ambientais.

Diante disto, a CF (1988 *apud* FREITAS; NUNES; NÉLSIS, 2012) destaca a sustentabilidade como algo viabilizado e regulado por instituições econômicas e políticas, que garantam condições ecológicas para a realização dos direitos políticos e sociais, essenciais para a qualidade da vida humana, impondo ao poder público e às agências reguladoras o dever de defendê-la para as presentes e futuras gerações. Neste sentido, o próximo tópico irá abordar os Objetivos do Milênio (ODM) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

(ODS) que são a materialização por meio de políticas públicas dos diversos fatores para o alcance da sustentabilidade de uma sociedade.

1.2. ODM & ODS: atualizações teórico – práticas

Diante da realidade mundial de escassez dos recursos naturais e das ações humanas que têm levado o planeta ao extremo, principalmente considerando o sistema econômico, conforme já amplamente debatido no tópico anterior, os Objetivos do Milênio (ODM), conhecidos também como os *oito jeitos de mudar o mundo*, foram lançados no mês de setembro do ano 2000 durante a realização da Cúpula do Milênio, evento que reuniu os presidentes de 189 países, entre eles o Brasil, promovido pela Organização das Nações Unidas (ONU), para debaterem sobre os principais problemas que afetam o mundo no novo milênio, a partir das demandas sociais.

Os ODM se originam a partir das discussões de duas instituições, a ONU e a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), no contexto das relações internacionais pós guerra-fria. Os objetivos perfazem um conjunto de oito, divididos em 18 metas e em 48 indicadores a serem atingidos pelos países signatários até o ano de 2015, através de ações dos governos e da sociedade. Apesar de lançados na Cúpula no ano 2000, foram aprovados apenas no ano seguinte, 2001.

Como resultados dos debates realizados durante esse evento, estabeleceram-se os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), em que os estados se comprometeram a colocar em prática ações para que tais objetivos sejam alcançados até o ano de 2015. Conforme podem ser visualizados Figura 01.

Figura 01: Objetivos do Milênio (ODM)



Fonte: PNUD, 2013.

O avanço rumo ao cumprimento dessas metas é acompanhado, periodicamente, por instituições multilaterais como o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

Na Conferência da ONU nos anos 2000, a agência analisou os maiores problemas mundiais e decidiu propor metas para tornar o mundo melhor e mais justo até 2015. Conforme o tratado dos signatários de 1990 a 2015, quinhentos milhões de pessoas deveriam estar fora da extrema pobreza, trezentos milhões de pessoas fora da fome, bem como evitar que trinta milhões de crianças morressem antes dos cinco anos de idade. (PNUD, 2010)

O grande mérito dos ODM é integrar os compromissos assumidos pelos governos numa agenda mundial de desenvolvimento, definindo metas claras, prazos nos quais devem ser cumpridas, e indicadores do progresso alcançado por cada região, país e comunidade. Conforme destaca Carvalho (2014), muitos países em desenvolvimento desenharam estratégias nacionais de desenvolvimento orientadas para atingir as metas dos ODM e colocaram esses objetivos enquanto prioridades nacionais. Para este autor os ODM fortaleceram a capacidade de produção de estatísticas destes países, que, para tanto, contaram com o apoio dos países ricos.

O Brasil já alcançou tanto as metas internacionais quanto as metas nacionais de redução da extrema pobreza e da fome, a pobreza extrema no Brasil hoje é menos de 1/5 (um quinto), comparado a 1990, a porcentagem de crianças desnutridas já é menor do que o tolerável segundo a Organização Mundial da Saúde, De acordo com pesquisas do IBGE (2020), o Nordeste ainda é a região mais pobre do país, tendo a Bahia como estado com mais pessoas em condições de extrema pobreza.

Cabe ressaltar que alguns estudiosos (OKADO, 2016; CARVALHO, 2014) apesar de concordarem com os pressupostos dos ODM e que estes são instrumentos importantes para promover o desenvolvimento social, fazem crítica, ao fato de não existir um documento que aponte de que forma tais objetivos foram escolhidos, não houve propriamente um estudo prospectivo que tenha precedido os ODM, o que sugere que muitas escolhas foram políticas, fruto de acordos entre países e organizações cuja lógica não venha nunca a público.

Mesmo com relevantes avanços e o enorme desenvolvimento tecnológico global neste período, não foi possível impedir o agravamento das tendências de regressões socioambientais, evidenciadas pelos alertas de insustentabilidade do modelo de

desenvolvimento vigente. Sendo assim conclamada a construção de uma nova Agenda que pudesse vigorar após este período. (YAMANAKA; HUGHES 2020)

Na Conferência das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, ocorrida no Rio de Janeiro em 2012, mais conhecida como RIO +20, que em seu documento final, intitulado: *O Futuro que Queremos*, foram estabelecidas metas e indicadores de desenvolvimento sustentável, chamados de Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). A partir daí a ONU estabeleceu um “Fórum Político Intergovernamental de Alto Nível” para a construção da proposta.

Durante os três anos seguintes seguiu-se uma série de encontros globais, regionais e nacionais que resultaram em um amplo processo de debates e consultas sobre diversos temas com o objetivo de formular a nova Agenda global do desenvolvimento.

Os ODS representam um plano de ação global para eliminar a pobreza extrema e a fome, oferecer educação de qualidade ao longo da vida para todos, proteger o planeta e promover sociedades pacíficas e inclusivas até 2030. É possível perceber que os ODS ampliaram os ODM com metas e indicadores maiores e mais complexos e ambiciosos a serem alcançados, o que se faz perceber que apesar de ter proporcionado grandes avanços, os ODM não foram totalmente alcançados no período estipulado.

Os ODS constituem uma *nova agenda universal* de desenvolvimento. (ONU, 2015). Para Okado (2016), trata-se, na verdade da renovação ou da ampliação de compromissos outrora assumidos, e ainda inconclusos sob uma nova indumentária semântica, agora intitulada Agenda 2030. Os ODS e ODM são integrados e indivisíveis, e mesclam, de forma equilibrada, as três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental. (PNUD, 2020)

No ano de 2015 foi intenso o processo de negociação em torno da construção da Agenda 2030, que foi aprovada na 70ª Assembleia Geral das Nações Unidas entre os dias 25 e 27 de setembro de 2015 em Nova Iorque (FIOCRUZ, 2018). Nesta ocasião foram anunciados, oficialmente, os novos objetivos de desenvolvimento para os próximos quinze anos, com o documento intitulado: *Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável*.

Os 193 Estados membros da ONU, incluindo o Brasil, comprometeram-se a adotar a chamada Agenda Pós-2015, considerada uma das mais ambiciosas da história da diplomacia internacional. (UNICEF, 2020). Os ODS passam a ter força para influenciar na orientação de

políticas públicas em nível global, regional, nacional e sub-nacional. As políticas são uma oportunidade no alcance destes objetivos.

Segundo Fakuda-Parr e McNeill (2019 *apud* YAMANAKA; HUGHES 2020), os objetivos podem ser parâmetros para avaliação de desempenho dos governos, podem ser utilizados para legitimar ou rejeitar escolhas políticas, cobrar responsabilidade pelo compromisso assumido e defender prioridades de ação. Importante compreender que os ODM e ODS compõem políticas que irão orientar direcionamentos para os países signatários pautados pelo desenvolvimento sustentável, mas é necessário ir além, pensar a sustentabilidade como um paradigma a ser alcançado.

Os ODS compreendem 17 objetivos e 169 metas. Juntos, os objetivos representam uma abordagem integral para atender às necessidades humanas e para proteger seus direitos. (UNICEF, 2020). Podem ser visualizados Figura 02.

Figura 02: Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)



Fonte: PNUD, 2021.

No que se refere à temática desta pesquisa, será trabalhado especificamente o ODS três (3), que, vislumbra atingir uma cobertura de saúde universal, com qualidade e acessível a todos, reduzir em grande escala, mortes e doenças causadas por contaminação de ar, água, solo e produtos químicos nocivos, aumentar o financiamento das políticas de saúde, bem como outros alcances a partir da execução deste.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), no item 3.8 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) agenda 2030, a meta é atingir a cobertura universal de saúde, [...] o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade. Bem como, o item 3.8.1 é a Cobertura da Atenção Primária de Saúde.

Promover saúde, em todas as faixas etárias, insere benefícios que se estendem através das gerações. Desse modo, a inserção da saúde como um dos ODS traz o reconhecimento de ser um elemento-chave ao desenvolvimento humano, com vastos e multidimensionais determinantes sociais. (DJONÚ *et al*, 2018)

Os ODS, embora de natureza global e universalmente aplicáveis, dialogam com as políticas e ações nos âmbitos regional e local. Na disseminação e no alcance das metas estabelecidas pelos ODS, é preciso promover a atuação dos governantes e gestores locais como protagonistas da conscientização e mobilização em torno dessa agenda. (PNUD, 2020)

O documento final da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável - RIO+20, afirma *reconhecemos que a saúde é uma condição prévia, um resultado e um indicador das três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental*. (FIOCRUZ, 2018)

Estando diretamente alicerçada na dimensão social, a saúde enquanto um dos ODS enseja uma série de desafios para cada país. Para YAMANAKA; HUGHES (2020) é necessário superar o paradigma centrado no crescimento que condiciona a elevação da condição humana ao crescimento de produção, pelo centrado no Homem, que consolida a dimensão social, que envolve uma sociedade mais atuante e participativa.

Os ODS então reforçam a ideia de uma metamorfose no que tange à exploração de recursos, ao direcionamento da expansão tecnológica e dos investimentos econômicos e sociais. Com base neste entendimento, de que os ODM e ODS são ações transversais que perpassam as políticas públicas a fim de orientá-las para a sustentabilidade, o próximo tópico irá abordar as dimensões da sustentabilidade em Sachs (1984; 1986; 2000; 2006; 2010), salientando as dimensões social, cultural e territorial que serão utilizadas como base para a análise da Política Nacional de Atenção Básica no Amazonas, mais especificamente no Município de Manacapuru, lócus desta pesquisa.

1.3. Sustentabilidade: dimensões Social, Cultural e Territorial.

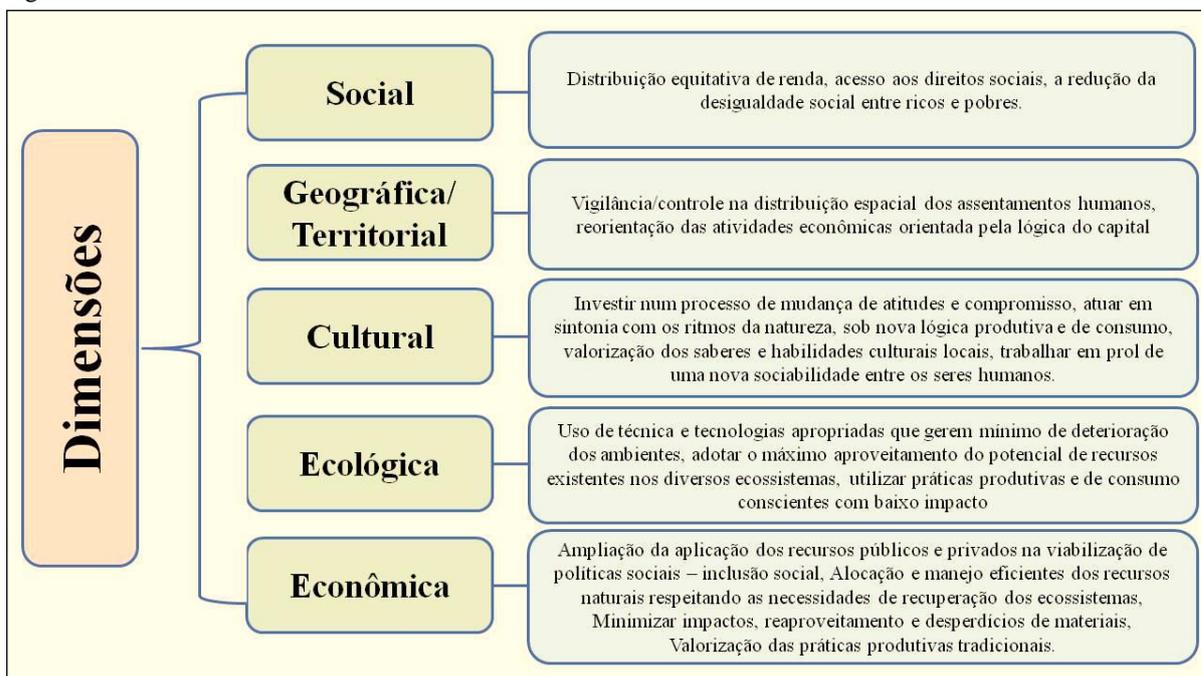
As dimensões da sustentabilidade tratam diretamente da forma como a sustentabilidade aparece nas mais diversas relações humanas. De acordo com Azevedo (2013), cada dimensão possui uma compreensão específica e está relacionada com um viés particular da sociedade. Seu significado tem variado ao longo do tempo, em sintonia com os determinantes social, econômico e político que compõem a atualidade.

As dimensões da sustentabilidade estão articuladas entre si. Cada uma possui sua especificidade, porém caminham juntas com o intuito de contribuir para melhores condições de vida em relação direta com as políticas públicas. Neste contexto, cabe ressaltar que esta discussão subsidiará a análise do próximo capítulo desta dissertação, que apresentará a Política de saúde bem como as Equipes de Saúde da família.

Em concordância com a premissa apresentada por Azevedo (2013), Silva et.al (2012) destaca que, os princípios da sustentabilidade, vinculados às diversas ações, comportamentos e espaços da vida humana, permitem afirmar a existência de dimensões de sustentabilidade que não se resumem simplesmente a um fator de medida, quantificável, mas sobretudo de compreensão sobre a vida e as condições de resistência e superação dos processos sociais, qualidade de vida e ambiente.

Sachs (1986) destaca os cinco pilares da sustentabilidade que podem contribuir para as condições de crescimento, são estes: Sustentabilidade Social, Geográfica/Territorial, Cultural, Ecológica e Econômica. Para Sachs (1993.p.37), *todo o planejamento precisa levar em conta, simultaneamente, as dimensões da sustentabilidade*, a Figura 03 intitulada: Dimensões da sustentabilidade apresenta a conceituação destas na ótica do referido autor.

Figura 03: Dimensões da sustentabilidade



Fonte: Adaptado Sachs (1984; 1986; 2000; 2006; 2010) *apud* Barbosa (2013).

Na continuidade de seus estudos, o autor acrescentaria, posteriormente, mais três dimensões: a sustentabilidade Ambiental, que trata do respeito em realçar a capacidade de autodepuração dos ecossistemas naturais; a sustentabilidade Política (Nacional), que trata da capacidade do Estado para implementar um projeto nacional, em um nível razoável de coesão social, pautado na democracia como apropriação universal dos direitos humanos; e a sustentabilidade Política (Internacional), pautada na prevenção de guerras, garantia da paz, pacto Norte-Sul de *ecodesenvolvimento* baseado no princípio da igualdade, proteção ao meio ambiente e na cooperação internacional (SACHS, 2009). Estas dimensões tratam da forma como a sustentabilidade apresenta-se nas mais diversas relações homem-sociedade-natureza.

Na compreensão de Sachs, uma real tentativa de alcance do *ecodesenvolvimento*, envolve diretamente todas as dimensões mencionadas e estas devem ser privilegiadas simultaneamente, bem como suas variáveis. Tendo em vista o fato de que justamente o não respeito a essa simultaneidade de valores tem comprometido historicamente os projetos e políticas que tem como objetivo promover o desenvolvimento. (SOARES; OLIVEIRA, 2014)

a) Sustentabilidade Social

Para dar início ao debate acerca desta dimensão faz-se necessário discutir a questão social, aqui baseada nos aportes da teoria social de Marx e sua relação com as políticas sociais. Mesmo com a questão social tendo sido motivo de preocupação junto com o impulso que as propostas de um desenvolvimento sustentável ganharam principalmente após a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMD), em 1992, nos dias atuais, a imagem da sustentabilidade ainda está popularmente associada a aspectos unicamente ambientais.

No campo dos estudos e debates de corte Marxista, entender a questão social é, de um lado considerar a exploração do trabalho pelo capital e, de outro, as lutas sociais protagonizadas pelos trabalhadores organizados em face desta premissa central à produção e reprodução do Capitalismo. (SANTOS, 2012)

A gênese da questão social é explicada pelo processo de acumulação ou reprodução ampliada do capital, tendo em vista o aumento da produtividade do trabalho social e a diminuição do tempo de trabalho socialmente necessário à produção de mercadorias. (SANTOS, 2012)

Em que pese ser reconhecida – direta ou indiretamente, explícita ou implicitamente – como objeto de reflexão e intervenção de diversos e relevantes protagonistas sociais, políticos e institucionais, as concepções sobre a questão social são quase tão diversas quanto o universo ideopolítico daqueles que dela se ocupam.

A concepção acerca do conceito de questão social entre os estudiosos do Serviço Social, de tradição marxista, considera: a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e da repressão. (IAMAMOTO; CARVALHO, 1995, p.77).

Segundo Póvoas (2015), a dimensão social atua na garantia do exercício pleno dos direitos humanos e no combate à exclusão social. (PÓVOAS, 2015, p. 49). É neste contexto que esta converge com as dimensões da sustentabilidade abordadas por Sachs.

No que se refere à dimensão social, está diretamente relacionada ao papel das políticas públicas, considerando as dimensões da sustentabilidade como sinalizadores em respeito ao direito à qualidade de vida. Conforme destaca Netto (2001), a caracterização da questão social, em suas manifestações já conhecidas e em suas expressões novas, tem de considerar as particularidades histórico-culturais da sociedade.

Jatobá *et.al* (2009 *apud* Azevedo, 2013) enfatiza que a questão social está estreitamente vinculada à discussão de sustentabilidade que é um elemento fundamental que tem maiores repercussões pós década de 80 quando se percebe a necessidade de considerar a inclusão social nas suas diversas escalas. As contradições da proposta de desenvolvimento sustentável são elementos que vão contribuir para o debate da questão social neste processo.

Nesta perspectiva, objetiva-se maior equidade na distribuição da renda, de tal forma que possam ocorrer avanços nos direitos e nas condições da população e, conseqüentemente, haja a ampliação da igualdade social, bem como a criação de oportunidades de empregos que garantam qualidade de vida e igualdade no acesso aos recursos e serviços sociais. (IAQUINTO *apud* MENDES, 2009, p. 54).

Para Sachs (1993), é preciso melhorar substancialmente o acesso aos direitos e as condições dos indivíduos e reduzir a distância entre padrões de vida de abastados e não abastados. A dimensão apresenta os direitos sociais fundamentais, que requerem os correspondentes programas relacionados à universalização. O poder público deve distribuir os benefícios sociais de forma equitativa a partir das políticas públicas.

Silva (2000) considera a dimensão social como um elemento predominante para fins de viabilização de uma maior equidade de riquezas e oportunidades, combatendo as práticas de exclusão, discriminação e reprodução da pobreza. Bellen (2006) enfatiza que buscar a relação de igualdade, equidade e acessos aos serviços sociais, trata-se de uma questão complexa na conjuntura atual.

Para Iaquinto (2018 *apud* MENDES, 2009, p. 54), a dimensão social trata da “maior equidade na distribuição da renda, de tal forma que possam ocorrer melhorias nos direitos e nas condições da população, conseqüentemente, haja a ampliação da homogeneidade social, bem como a criação de oportunidades de empregos que garantam qualidade de vida e igualdade no acesso aos recursos e serviços sociais”.

Importante destacar que é no âmbito desta dimensão que as políticas públicas, devem estar voltadas para a execução dos direitos sociais, nesta ótica de abordagem o ser humano e a natureza precisam também ser priorizados e respeitados. Segundo Satterthwaite (2004 *apud* Silva *et.al* 2012), o conceito de sustentabilidade social poderá ser considerado a sustentação das sociedades atuais e suas estruturas sociais.

No que se refere a esta pesquisa que tem como público alvo as comunidades ribeirinhas do Município de Manacapuru/AM, (Castro 1997; Chaves 2001) afirmam que

existe uma complexa rede de relações sociais estabelecidas na qual se articulam forças políticas, econômicas e culturais que se apresentam, como processos de resistência pacífica e ou de lutas. Essas populações utilizam tais estratégias a fim de garantir o acesso aos recursos necessários à reprodução da vida material e social instituídas conforme a trajetória sócio histórica de constituição das comunidades, bem como, acesso à educação, saúde entre outros.

Segundo Chaves (2016), nas comunidades, a condição de cidadania para estes sujeitos sociais, está centrada na igualdade de acesso aos serviços sociais (saúde, educação, comunicação, assistência social), o respeito à cultura e ao território.

Neste sentido, verifica-se que por meio da dimensão social da sustentabilidade, é necessário criar novas regras que regulem os processos sociais, *com o objetivo de se ter uma sociedade mais justa e mais inclusiva para a sociedade de um modo geral, incluindo estas populações que se encontram dispersas ao longo dos rios.* (IAQUINTO *apud* FERRER; CRUZ, 2017, p. 25).

b) Sustentabilidade Cultural

A sustentabilidade cultural surge associada ao respeito às diferentes culturas, passando pelas relações entre cultura e desenvolvimento. Originalmente na primeira metade do século XVIII, a ideia de cultura foi cunhada para distinguir as realizações humanas dos fatos da natureza. (Bauman, 1925 *n apud* Medeiros 2012). Para Santos (2006), *cultura é uma preocupação com os muitos caminhos que conduziram os grupos humanos às suas relações presentes e suas perspectivas de futuro.*

Para Chauí (1999), a construção da ideia de natureza pode ser visualizada enquanto objeto cultural, ou seja, a partir da perspectiva de cultura de um povo pode-se apreender sua concepção e formas de relação com a natureza. Nesta perspectiva cultura e natureza se entrelaçam. A natureza de algo é o conjunto de qualidades, propriedades e atributos que a definem, é seu caráter, sua índole, espontânea. Neste sentido, a cultura está ligada à natureza, no que concerne aos modos, à forma de realizar as atividades, os costumes.

Pode-se dizer que cultura é tudo aquilo que não é natureza. Por sua vez, toda ação humana na natureza e com a natureza é cultura e tudo que é produzido pelo ser humano é cultura. (Vannuchi, 1999). Para Santos (2006) cultura é uma construção histórica, seja como

concepção, seja como dimensão do processo social. A cultura é um produto coletivo da vida humana.

A dimensão cultural para Sachs (1993) compõe e se caracteriza através da tradução do conceito de *ecodesenvolvimento* a partir de soluções particulares que respeitem as especificidades de cada ecossistema, de cada cultura, de cada local. Assim, a dimensão cultural propõe investir num processo de mudança de atitudes e compromisso, atuar em sintonia com os ritmos da natureza, sob nova lógica produtiva e de consumo, valorização dos saberes e habilidades culturais locais e trabalhar em prol de uma nova sociabilidade entre os seres humanos.

Segundo o entendimento do autor, essa se caracteriza como uma transformação do processo de desenvolvimento cultural, próprio de cada região, contemplando assim:

[...] a busca das raízes endógenas dos modelos de modernização e dos sistemas rurais integrados de produção, privilegiando processos de mudança no seio da continuidade cultural e traduzindo o conceito normativo de eco desenvolvimento em uma pluralidade de soluções particulares, que respeitem as especificidades de cada ecossistema, de cada cultura e de cada local. (SACHS, 1993, p.27)

A questão da sustentabilidade cultural deve ser abordada, também, na perspectiva das relações entre cultura e desenvolvimento. A partir de 1987, a UNESCO, já expressava os pressupostos básicos para se repensar as relações entre cultura e desenvolvimento humano.

Neste contexto, a cultura passou a ser entendida como condição e contexto social do desenvolvimento, em contraste com a visão de cultura como um simples meio para o desenvolvimento ou como obstáculo para o crescimento econômico. A cultura tornou-se um componente da qualidade de vida e o cenário fundamental onde o próprio desenvolvimento acontece. (UNESCO, 2006)

No que se refere à cultura das comunidades ribeirinhas amazônicas, de acordo com Fraxe (2004), esta vem secularmente se propagando e sendo registrada na memória social destes grupos, gozando da condição de durabilidade e persistência ao longo do tempo. Deste modo, a cultura é compreendida de forma dinâmica ao mesmo tempo que preserva componentes para manutenção de certos valores, princípios e normas vivenciadas secularmente por essas populações.

Na perspectiva apresentada por Laraia (1986), a cultura é a lente pela qual é possível enxergar o mundo, deste modo cada local possui uma lente diferente e enxerga as coisas de

forma diferente. Nas comunidades ribeirinhas amazônicas são construídos significados ao meio que os cerca, seu modo de ser e viver estão intimamente ligados à natureza, bem como, sua forma de organização singular e suas relações sociais que são estabelecidas de forma particular².

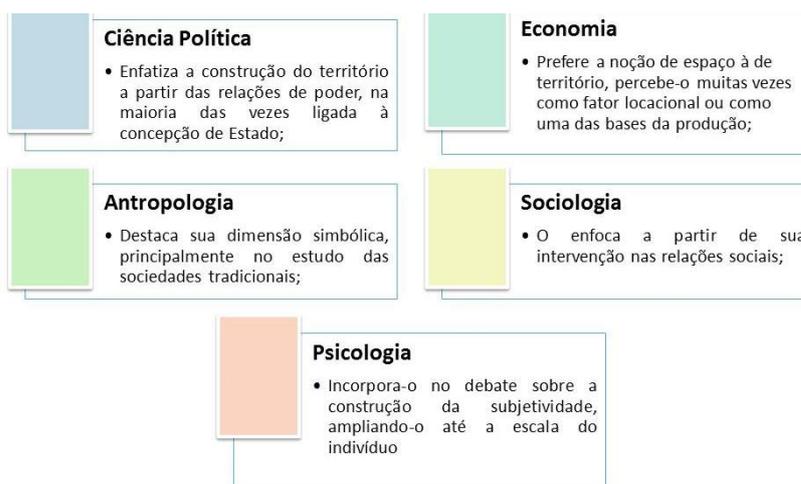
Cabe destacar que a dimensão cultural da sustentabilidade compreende as raízes humanas endógenas, as particularidades e modo de vida. Neste sentido, não é possível propor uma mudança social sem que sejam consideradas as realidades culturais.

No que se referem às políticas públicas, estas precisam considerar a questão cultural para que possam ser implementadas de forma ampliada, cogitando a multiplicidade dos agentes sociais, incluindo o modo de vida, valores e normas das populações locais. A cultura a partir das ações da UNESCO passou a ser reconhecida como um fator essencial ao equilíbrio das desigualdades sociais e econômicas.

c) Sustentabilidade Territorial

Apesar de ser um conceito central da geografia, território e territorialidade, por dizerem respeito à espacialidade humana, têm certa tradição também em outras áreas, cada uma com seu enfoque em determinada perspectiva. Conforme pode ser verificado na Figura 04 intitulada: Conceitos de território.

Figura 04: Conceitos de Território



Fonte: Adaptado de Haesbaert (2006 *apud* Santos e Rigotto 2011)

² Dados obtidos através de pesquisas realizadas pelo Grupo Interdisciplinar de Estudos socioambientais e de desenvolvimento de Tecnologias Sociais na Amazônia, Grupo Inter-Ação.

Junges e Barbiani (2013) classificam o território enquanto espaço de sociabilidades cotidianas do grupo social que o habita, não reduzido aos limites administrativos. Para Santos (1988), território é um espaço social, real e objetivo, atravessado por valores e significados culturais da subjetividade, não tendo limites definidos, por caracterizar-se por sua dimensão simbólica, não identificada com critérios territoriais administrativos. Segundo Castro (1998), o território é o espaço pelo qual certo grupo garante aos seus membros, direitos estáveis de acesso, de uso e de controle sobre os recursos e sua disponibilidade no tempo. Todas as atividades produtivas contêm e combinam formas materiais e simbólicas com as quais grupos humanos agem sobre território.

Neste contexto, território é o lugar de construção e funcionamento das redes de apoio social da comunidade. As condições de moradia e de ocupação dos territórios nas mais diversas configurações socioambientais são produtos das relações entre desenvolvimento econômico e social dos quais derivam os demais indicadores de qualidade de vida de uma população. (JUNGES e BARBIANI, 2013)

Neste estudo, o território abordado está localizado na Amazônia e possui diversas especificidades. A Amazônia possui uma extensa área geográfica, com uma população heterogênea, na qual se encontra uma multiplicidade de organizações sociais, banhada por rios caudalosos que a cada curva apresentam novo cenário. (CHAVES, 2011)

Os traços do estado são em suma: grande extensão territorial, baixa densidade demográfica, dispersão da população em municípios de pequeno porte. A isso se deve acrescentar o difícil acesso às populações interioranas, irregularmente distribuídas ao longo dos 10 grandes vales fluviais que cortam o estado. (BARBOSA, 2004)

Conforme destaca Chaves (2001) os atores sociais identificados como ribeirinhos, vivem em agrupamentos comunitários com várias famílias, localizados como o próprio termo sugere, ao longo dos rios e lagos. Os ribeirinhos são uma referência de população tradicional na Amazônia a partir da sua relação com a natureza, a forma de comunicação, do uso da representação dos lugares, do tempo, da integração com a água e de seus conhecimentos dos sistemas classificatórios da fauna e flora, que formam um extenso patrimônio cultural.

Um fator que compõe o modo de vida ribeirinho, é a íntima ligação com o rio que muitas vezes pode ser visto como uma barreira, para os que moram na cidade e centros urbanos, mas para esta população é um meio de conexão com os demais locais. Para eles o rio

não é um espaço meramente físico, móvel, mutante, mas sim o lugar do seu trabalho, de sua sobrevivência e lazer, sobre o qual dispõem de conhecimentos acumulados. (CHAVES, 2001)

Posto isto, Sachs (1993) destaca que é preciso “superar as disparidades inter-regionais. A dimensão territorial da sustentabilidade norteia-se em uma configuração rural-urbana mais equilibrada com uma melhor distribuição territorial de assentamentos humanos e também de atividades econômicas” (p.26). O reconhecimento dos lugares ocupados na história do grupo permite refazer dimensões específicas de ser e existir. O território é fundamental à reprodução da existência e a manutenção da identidade de um povo. (CASTRO, 1998)

Sachs (1986) chama atenção que é de suma importância que sejam propostas formas de crescimento que contribuam qualitativamente para as condições de vida das populações e que estas deem ênfase no cotidiano dos indivíduos, principalmente os que são parcialmente atingidos pela aplicabilidade das Políticas Públicas.

Para Koga (2006 *apud* Azevedo, 2013) é no território que as desigualdades sociais tornam-se evidentes entre os cidadãos, as condições de vida entre moradores de uma mesma cidade mostram-se diferenciadas através da presença/ausência dos serviços públicos, podendo também a qualidade desses serviços se apresentarem de modo desigual.

Junges e Barbiani (2013) destacam que, o território socialmente configurado determina a situação sanitária da população que o habita, sendo a saúde dialeticamente ligada a este espaço social. Saúde depende tanto do micro território quanto do macro ambiente natural e societário, pois ambos configuram os determinantes sociais da reprodução da vida. Portanto, o grande desafio é a construção de um modelo de atenção que integre cuidados primários e conhecimento das necessidades em saúde do território.

Diante deste contexto, é possível associar esta discussão à sustentabilidade. A sustentabilidade de uma sociedade, sob os parâmetros do Ecodesenvolvimento, é medida a partir da capacidade de inclusão de todos, da garantia dos meios de vida e acesso a bens e serviços sociais. No que se refere a este estudo, a saúde é analisada como um serviço social fundamental, que se constitui como um dos pilares para a efetivação da sustentabilidade em sua totalidade.

É imprescindível que a sustentabilidade seja aplicada a todas as localidades e não somente às macrorrealidades, deixando de considerar as singularidades locais e ecorregionais, próprias de território, cultura, hábitos e formas de organização. (SACHS, 2010).

Junges e Barbiani (2013) destacam que, a Atenção primária surgiu para responder à visão ampliada das necessidades de saúde em determinado território. Diante disto esta pesquisa faz uma análise da PNAB que, se propõe sustentável territorialmente, em seu capítulo I, onde destaca que, na Saúde da Família, sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica reconhece que a mesma deve considerar e seguir os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) incluindo as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas. Cabendo destacar o segundo princípio do SUS que é a Equidade³ e a diretriz da territorialização⁴. (PNAB,2017)

A Política Nacional de Atenção Básica estabelece na sua composição como atribuições comuns a todos os profissionais: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local. Portanto o território representa tanto o lugar das condições de vida das populações, quanto o espaço que vislumbra perspectivas de transformação social buscando a viabilidade das políticas públicas.

Sob tal ótica, as diretrizes organizativas do SUS guardam expressivas relações com a concepção de território para o cenário das ações de saúde e conforme destacam Santos e Rigotto (2011 *apud* MENDES, 2002) a organização espacial dos serviços de saúde baseia-se nos princípios de regionalização⁵, definindo uma base territorial, como a base de atuação dos agentes comunitários de saúde, as equipes de saúde da família e as unidades básicas de saúde, que serão aprofundadas no segundo capítulo desta dissertação.

Nesta perspectiva de análise é preciso avançar no debate acerca da construção de instrumentos e ferramentas que permitam aproximação ao território de atuação das equipes de saúde e efetivas ações de vigilância em saúde. Para isto, o próximo capítulo, abordará a concepção de saúde, sua emergência conceitual, bem como o caminho percorrido pela política

³ Disposição para reconhecer a imparcialidade do direito de cada indivíduo. EQUIDADE. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7 Graus, 2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/equidade/>. Acesso em: 06/08/2020.

⁴ A territorialização do Sistema Único de Saúde significa organizar os serviços de acordo com o território, ou seja, conhecer o território, que é onde a vida acontece, e, a partir das suas necessidades organizarem os serviços. Disponível em: <http://redehumanizaus.net/94416-a-importancia-da-territorializacao/>. Acesso em: 06/08/2020.

⁵ A regionalização é uma diretriz do SUS que objetiva garantir o direito à saúde da população, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais por meio da identificação e reconhecimento das regiões de saúde. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/>. Acesso em: 23/06/2021.

de saúde brasileira e a análise da sustentabilidade das Equipes de Saúde da Família no lócus da pesquisa com base nesta fundamentação teórica.

CAPÍTULO II

2. SUSTENTABILIDADE & SAÚDE: POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

A partir da discussão do primeiro capítulo acerca da sustentabilidade, os Objetivos do Desenvolvimento sustentável e a saúde política pública partícipe destes ODS, este capítulo tem como principal, avançar nesta discussão, debatendo a emergência do conceito de saúde, bem como, a transformação em política pública, sendo apresentada a realidade histórica do Brasil, o SUS, até a constituição das Equipes de Saúde da Família.

Neste sentido, no primeiro momento deste capítulo será apresentado o aspecto conceitual acerca da saúde, como surge este termo e suas várias definições. No segundo momento o marco teórico referencial está pautado no surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), (Conceito, Estrutura e Princípios do SUS), considerando o caminho percorrido pela Política de Saúde no Brasil até a implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

No que se refere à fundamentação, a base histórica conceitual ocorre no século XX com a emergência do conceito de saúde, considerando a definição da Organização Mundial de Saúde com base em SEGRE (1997); ALMEIDA FILHO (2011); SILVA; MOTA (2019); Política de Saúde no Brasil e o SUS com base em: CF (1988); Declaração de Alma Ata; TEIXEIRA (2002); SOUZA (2006); ALMEIDA (2011); BEHRING (2011); BRAVO (2001,2010,2011,2016). Ao final da discussão deste capítulo será apresentada a PNAB no âmbito do SUS a partir de 2006, 2011 e 2017, bem como os parâmetros de sustentabilidade aos quais as Equipes de Saúde da Família estão inseridas no contexto do Município de Manacapuru/AM.

2.1. Saúde: abordagem conceitual

A saúde é o maior recurso para desenvolvimento social, econômico, pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Pode-se considerar a saúde como valor universal, elemento constitutivo da humanidade e, portanto, um valor para todas as classes. O conceito de saúde vem transformando-se ao longo dos anos, caracterizando-se como um

processo que envolve dimensão social, política e econômica, estando sob influência de mudanças significativas a depender do contexto inserido. (BEZERRA, 2015)

A saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: não representa a mesma coisa para todos os indivíduos. Dependerá do período histórico, do espaço sociocultural, dos valores individuais, das concepções científicas prevalecentes, religiosas, filosóficas e das relações entre as classes sociais, fundamentalmente, da posição de classe do indivíduo. (SCLiar, 2007)

Neste sentido, é importante ressaltar a que a concepção de saúde a partir de alguns marcos históricos e contextos sociais para refletir acerca do caminho percorrido. Na Grécia antiga, por exemplo, Hipócrates postulou como elementos determinantes para a saúde, a existência de quatro fluidos (humores) principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Desta forma, para Hipócrates, a saúde era baseada no equilíbrio desses elementos, considerando o homem como uma unidade organizada, intuindo que a doença era uma desorganização desse estado. (SCLiar, 2007). Enquanto para Galeno, médico grego, o conceito de saúde era considerado o equilíbrio entre as partes primárias do corpo. (BEZERRA, 2015)

Scliar (2007) relata que, em algumas culturas, inicialmente, a concepção mágico-religiosa partia, e parte, do princípio de que a doença resulta da ação de forças alheias ao organismo que neste se introduzem por causa do pecado ou de maldição. A doença era sinal de desobediência ao mandamento divino. Em outras culturas era o xamã, o feiticeiro tribal, quem se encarregava de expulsar, mediante rituais, os maus espíritos que se tinham apoderado da pessoa, causando doença.

Ainda segundo o referido autor, no Oriente, a concepção de saúde e de doença seguia, e segue parâmetros diferenciados, mas de certa forma análogos ao da concepção hipocrática. Sob tal premissa abordam-se as forças vitais que existem no corpo: quando funcionam de forma harmoniosa, há saúde; caso contrário, advém a doença. Na Idade Média europeia, a influência da religião cristã manteve a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé.

No século XIX, A saúde era compreendida a partir do funcionamento do corpo humano e das alterações anatômicas e biológicas sofridas durante a doença. (BEZERRA, 2015). Partindo deste entendimento, é possível perceber, no debate proposto por Czeresnia (2003) que o discurso científico, a especialidade e a organização institucional, das práticas em

saúde circunscreveram-se a partir de conceitos objetivos não de saúde, mas de doença. O conceito de doença a partir de Mendes Gonçalves (1994) constituiu-se de:

[...] uma redução do corpo humano, pensado a partir de constantes morfológicas e funcionais, as quais se definem por intermédio de ciências como a anatomia e a fisiologia. A 'doença' é concebida como dotada de realidade própria, externa e anterior às alterações concretas do corpo dos doentes. O corpo é, assim, desconectado de todo o conjunto de relações que constituem os significados da vida. (GONÇALVES, 1994, p.34)

Segundo Czeresnia (2003), o conceito de doença não somente é empregado como se pudesse expressar o adoecer concreto, mas, principalmente, efetivar práticas concretas que se representam como capazes de responder à sua totalidade. Ainda segundo a autora, a saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta e correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra.

Deste modo, a saúde, em sua diversidade e singularidade, não ficou fora do desenrolar das mudanças da sociedade nos últimos séculos, tendo ampliado seu conceito e entendimento. A saúde passa a não ser somente considerada somente ausência de doença. Passos (2015) destaca que: a saúde não pode ser considerada um objeto restrito apenas ao conhecimento científico, traduzindo-se apenas por meio de um conceito. A doença e a saúde são fenômenos sociais, sofrendo influência do tempo, das culturas e dos locais, as ações de saúde necessitam sempre de um planejamento e gestão que considerem as particularidades de cada comunidade.

Para Lopes (2005, p. 1.595), saúde é “o conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciado pelo contexto político, socioeconômico, cultural e ambiental”. Associar a saúde às condições sociais e/ou ambientais é de suma importância (SILVA, 2019). As definições de saúde, apesar de diversas, são na grande maioria convergentes com as noções de saúde exigem uma representação da mesma no lugar da saúde rearticulada ao contexto social-histórico, fazendo com que o pesquisador olhe para a saúde apenas pelas características concreto-factuais da mesma. (AROUCA, 2003)

O conceito de saúde foi discutido acompanhando as mudanças sociais, políticas e econômicas que, direta e indiretamente, influenciam na formulação desse conceito (BEZERRA, 2015). O processo de transformação da sociedade influencia na prestação dos serviços de saúde, assim como também na qualidade de vida da população a história da saúde sempre sofreu muitas alterações até a criação do sistema de saúde atual, saúde é assim, uma

explicitação das condições de igualdade social na medida em que é determinada pelos conjuntos de direitos de uma sociedade.

Deste modo cabe destacar que a Segunda Guerra Mundial foi um conflito que envolveu direta ou indiretamente todos os países do mundo, com perdas tanto materiais quanto em número de vidas “[...] porque os civis e a vida civil se tornaram os alvos estratégicos certos incalculáveis” (HOBSBAWM, 2011, p. 56).

No Pós Guerra, foi fundada, em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS), organismo internacional iria consolidar uma definição de saúde que, ao tomá-la não só como ausência de doença, mas um completo bem-estar físico, psíquico e social, buscava superar a concepção biomédica utilizada até então (SILVA, 2019).

Autores apontam que este “completo bem estar” não passa apenas de uma ilusão, uma vez que a fisiologia encontra-se em constantes equilíbrios e desequilíbrios comuns aos organismos. (PASSOS, 2015). Este conceito refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo. (SCLIAR, 2007). A partir da exposição realizada, considera-se que a maioria dos estudos acerca do conceito saúde encontra-se fundamentada em, ou apela para, a formulação elaborada pela OMS até os dias atuais.

Porém em 1978, em decorrência das críticas formuladas, na Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde (Alma-Ata), promovida pela OMS, foi aprovado um conceito ampliado, enfatizaram-se as desigualdades de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e na implementação dos cuidados à saúde. A Organização ampliou consideravelmente seus objetivos, como resultado de uma crescente demanda por maior desenvolvimento e progresso social. (SCLIAR, 2007)

É importante destacar que quando se adota o conceito ampliado de saúde, a participação social torna-se condição *sine qua non* para seu exercício pleno. (Passos, 2015). Não se pode considerar saudável uma população alijada do processo de decisão sobre os rumos da saúde pública.

No contexto da saúde brasileira, mais especificamente no que diz respeito as suas políticas norteadoras, essa participação mencionada acima, foi observada a partir de uma proposta de mudança de paradigma relacionada aos modelos assistenciais, com o advento da

Reforma Sanitária, que propôs novos conceitos que foram firmados na Constituição Federal de 1988, através do SUS, em seus princípios de integralidade, universalidade e equidade. (BEZERRA, 2015)

Da década de 1980, da formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) à Constituição de 1988 e sua implantação, o sistema de saúde no Brasil chegou ao século XXI organizado em torno da promoção da saúde. (BEZERRA, 2015). Promover saúde requer a construção de políticas públicas que apoiem escolhas saudáveis, com o fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades de autocontrole e autonomia pessoal, para práticas de autocuidado em higiene e saúde, e a reorientação dos serviços.

Com base nesta discussão o próximo tópico irá tratar da Política Pública de Saúde no Brasil, realizando a contextualização histórica para que seja possível considerar a saúde no Amazonas, bem como a sustentabilidade das ações de saúde por meio da Atenção básica na região.

2.2. Política Pública de Saúde no contexto brasileiro e Amazônico: um resgate histórico

No início do século XX, a história da saúde vai passar pelo cunho filantrópico religioso, a caridade. Neste período, os indivíduos eram atendidos pelas instituições e médicos filantropos, de modo que tal tema ganhou força. Paralelamente, o Estado fazia algumas ações de saúde mediante a ocorrência de epidemias, como ações de vacinação e/ou de saneamento básico. (BRAVO, 2016).

Segundo Carvalho (2013), no contexto do século XX, o Estado cuidava também da intervenção em algumas doenças negligenciadas como a doença mental, a hanseníase, a tuberculose e outras. Só mais tarde iniciam os atendimentos às emergências e às internações gerais. Todavia, ainda era necessário um sistema de saúde que atendesse às necessidades da população, a Saúde seria direito de todos os cidadãos e um dever consequente do Estado.

Em 1923, ocorreu a Criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), que conferiu estatuto legal aos fundos de pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria aos trabalhadores das fábricas. Em 1932 foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no governo Getúlio Vargas. Os institutos foram vistos como resposta, por parte do Estado, às lutas e reivindicações dos

trabalhadores no contexto de consolidação dos processos de industrialização e urbanização brasileiros. (SANTOS, 2011)

No período de instauração da ditadura militar (1964), as alterações ocorridas na sociedade brasileira têm como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a definição do papel do Estado, o surgimento de políticas sociais, além de respostas às reivindicações dos trabalhadores (Bravo, 2008). Importante destacar que, a conquista do direito à saúde pública para todos os cidadãos no Brasil é resultado de grandes lutas e mobilizações, políticas e sociais, sobretudo dos movimentos sociais.

O ideal de desenvolvimento construído durante o período da ditadura militar provocou mudanças estruturais nos meios de produção do país, com a priorização na acumulação de capital, privatização de serviços e aumento da competitividade de mercado. O contraste entre ricos e pobres acentuou-se, e possibilitou a existência da chamada “autocracia burguesa”. (MACIEL, 2014, p. 65 *apud* PAULA, 2020)

Nos anos 1970-80, surgiu no Brasil o movimento chamado Saúde Coletiva, que, segundo Schraiber (2015), seria uma construção que pode ser caracterizada como brasileira, por sua peculiaridade em entrelaçar o campo científico com a política pela redemocratização do Estado durante a ditadura militar, culminando na integração entre a Reforma Sanitária e a Reforma da Medicina, com base no princípio da integralidade em saúde, incorporado pela característica da utilização em sua construção de diversas disciplinas, mas em especial das Ciências Sociais e Humanas e da Filosofia. (SILVA, 2019)

A Saúde Coletiva pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde (Paim; Almeida Filho, 2000, p. 63). A saúde era o componente revolucionário da Reforma Sanitária⁶ que tinha como principal objetivo, a mudança substancial das condições de saúde da população.

Os principais impulsos reformistas, principalmente de 1985 a 1986, foram o reforço dos programas emergenciais no campo da suplementação alimentar, a incorporação da reforma agrária e do seguro-desemprego na agenda governamental (FINKELMAN, 2002). O crescimento do movimento sanitário, organizado desde os anos 1970, foi crucial para o amplo debate dessas questões. Enquanto o país passava pelo processo de redemocratização, o

⁶ Movimento pela saúde, no período da redemocratização (1986-1988), na busca de reforma que lançasse novas bases para a saúde no país e marcasse o surgimento de um novo projeto que, em perspectiva de mais longo alcance, reformaria o estado de proteção social. (PAIVA E TEIXEIRA, 2014)

movimento ganhou consistência e avançou na produção de conhecimento, com a criação de órgãos como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979. (CNS, 2019)

Em 1986, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, foi um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e debateu três temas principais: *A saúde como dever do Estado e direito do cidadão, A reformulação do Sistema Nacional de Saúde e O financiamento setorial*. Em 2019, na realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde, foi feito um resgate à Reforma Sanitária Brasileira, onde foi possível encontrar semelhanças na luta constante em defesa do SUS. O relatório final da 8ª Conferência apontou a importante conclusão de que as mudanças necessárias para a melhoria do sistema de saúde brasileiro não seriam alcançadas apenas com uma reforma administrativa e financeira. Era preciso que se ampliasse o conceito de saúde e se fizesse uma revisão da legislação. (CNS, 2019)

A Constituição Federal de 1988 traz no artigo 196, a afirmação da *saúde como direito de todos e dever do Estado*, garantida a partir de políticas públicas visando à redução do risco de doenças e outros agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CF, 1988). Pela primeira vez na história do Brasil, foi promulgada uma Constituição que reconhece a saúde como direito social, dispondo de uma seção específica e contando com cinco artigos destinados à saúde. (PAIM, 2009).

O reconhecimento do texto constitucional, de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado implicou a ruptura com o modelo securitário então predominante, que negava a parcelas significativas da população brasileira o acesso à assistência em saúde. (CAVALCANTI e ZUCCO *et.al*, 2006).

Na década de 1980, houve diversas mobilizações a partir dos movimentos sociais, que contribuíram diretamente para uma profunda reforma do sistema público de saúde, o que culminou na emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), que é o conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde dos indivíduos e das populações (PAIM, 2009).

O SUS foi implementado no âmbito da Constituição de 1988, através da Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Tornou-se de fundamental importância no que diz respeito à saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo, a partir de políticas públicas a

promoção, proteção e recuperação da saúde, visando à redução do risco de doenças e outros agravos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990). A Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da Lei no. 080, de 19 de setembro de 1990, que:

[...] dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A primeira lei orgânica a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. (LEI 8.080, 1990)

A CF (1988) estabelece que o custeio do Sistema deva ser essencialmente garantido pelos recursos da União, estados e municípios, enquanto as ações dos governos submetidas aos órgãos colegiados do Estado e dos fóruns representativos de participação dos cidadãos, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços. Conforme destaca Paim (2009), com o SUS, pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, criando as condições favoráveis para instauração da municipalização que viria com o SUS.

A CF (1988) estabelece na sua Seção II, como pontos básicos: *as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; esses serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada.*

Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

O SUS é a expressão mais completa do esforço brasileiro de garantir o acesso universal de seus cidadãos aos cuidados em saúde para ter uma vida mais longa, produtiva e feliz. Posto que os bons indicadores de saúde dependem de um conjunto de políticas econômicas e sociais mais amplas (emprego, moradia, saneamento, boa alimentação, educação, segurança), é inquestionável a importância de uma política de saúde que, para além da universalidade, garanta a equidade, a integralidade e a qualidade do cuidado em saúde prestado aos seus cidadãos. (UNASUS,2011)

O SUS é composto por estabelecimentos e serviços pertencentes a diversas organizações públicas e privadas, com fins lucrativos ou não. Conforme destaca Paim (2009), os sistemas de saúde, seguem um tipo de proteção social adotado pelos países. Três tipos se destacam no mundo todo: a seguridade social, o seguro social e a assistência. Na seguridade social, modelo adotado pelo Brasil a partir de 1988 pela CF, o direito à saúde está vinculado à condição de cidadania, sendo financiado solidariamente, por toda a sociedade por meio de contribuição e impostos.

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, que é o eixo desta pesquisa por meio da Política Nacional de Atenção Básica, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

Conforme Melo (*et.al*, 2018), ocorreram Marcos históricos ao longo dos mais de 30 anos de implementação do Sus que se fazem de grande importância neste trabalho. Bem como, em 1994, a criação do Programa Saúde da Família ou PSF, conhecidas no Estado do Amazonas como “casinhas de saúde”, hoje é conhecido como Estratégia Saúde da Família. Utilizada na Política Nacional de Atenção Básica até os dias atuais, 2020, cerca de 30 anos. Este programa foi responsável pelo cerne do modelo atual de Atenção Básica no Brasil.

A Atenção Básica é a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao SUS e às Redes de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade e integralidade. A Atenção Básica desenvolve programas e ações, considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Neste sentido, a Atenção Básica é:

O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

No Brasil, a atenção básica é operacionalizada a partir de diversos programas governamentais, sendo um deles a Estratégia Saúde da Família (ESF), que leva diversos

serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Pode-se dizer que a ESF é uma alternativa de superação do paradigma dominante no campo da saúde, uma vez que propõe mudança na concepção do processo saúde-doença, distanciando-se do modelo tradicional centrado em oferta de serviços voltados para a doença e investe, também, em ações que articulam a saúde com condições de vida e qualidade de vida, as ações de promoção da saúde. (BEZERRA, 2015)

Em 2006, foi estabelecido o Pacto pela Saúde, a partir de um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão do SUS (União, Estados e Municípios), com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. (SANTOS, 2011). Cabe ressaltar que, a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi em 2006, havendo uma segunda edição no ano de 2011 e a terceira em 2017.

A saúde no Brasil teve avanços históricos como a descentralização, a municipalização de ações e serviços, a melhoria e a ampliação da atenção à saúde, o fomento à vigilância em saúde e sanitária e o controle social com a atuação dos conselhos de saúde. Porém, em um país com dimensões territoriais continentais como o Brasil, que enfrenta uma série de desafios sociais, econômicos, políticos e culturais com inúmeras desigualdades, sua efetivação torna-se de difícil realização.

No que se refere à saúde no contexto Amazônico, será utilizado como Marco histórico, a implantação da Zona Franca de Manaus (ZFM), o que ocorre a partir de 1967, provocando diversas mudanças na região. Cabe destacar que neste período, foram implantados grandes projetos de infraestrutura, a partir da construção de rodovias, como a Transamazônica, projetos de colonização e reforma agrária.

Conforme destaca Schweickardt (2011), a ideia de vazio demográfico fez parte da justificativa dos militares, instituições governamentais, que utilizaram como slogan *integrar para não entregar*, o que resultou em uma construção ideológica que trouxe negação da diversidade sociocultural da região.

A partir de então, ocorre um crescimento demográfico, principalmente nos centros urbanos, desde a década de 1980. Em 1990, Becker (2004) destaca que novos atores sociais surgem, se referindo a atuação dos indígenas na luta pela demarcação de suas terras, passando estes a exigirem seus direitos sociais como educação e saúde.

A estrutura urbana de Manaus não conseguiu suprir às demandas da ZFM, com os serviços de saneamento, moradia, educação e saúde. No interior do Estado a carência de

serviços de saúde adequados às necessidades da população já era histórica. As unidades de saúde não conseguiam atender a demanda, além das instalações precárias, havia carência de profissionais que respondessem aos desafios sanitários característicos da região. (SCHWEICKARDT, 2011). Para além de tais questões, neste período as políticas de saúde sofriam com a falta de continuidade das ações preventivas, pois eram diversas instituições que prestavam a assistência médica.

O Estado justificava o atendimento limitado no interior por conta da grande dimensão territorial, o que gerava dispersão populacional. Neste sentido, o desafio não era novo, mas ganhou novas dimensões com os projetos de desenvolvimento no governo militar. A partir de 1980, o Estado adotou o modelo de Fundações e neste período algumas ações de saúde foram descentralizadas do governo federal para os estados. O Estado do Amazonas promoveu a descentralização para os postos da capital e para os municípios do interior.

Schweickardt (2011) destaca que a descentralização ainda não passava pelo princípio da municipalização, mas por uma necessidade de realizar a assistência para um território extenso e para uma cidade em crescimento territorial e populacional. A descentralização foi, portanto, uma estratégia gerencial centralizada, pois era comandada pela gestão estadual. Importante ressaltar que, a Atenção Básica só foi implantada definitivamente no interior do Estado somente a partir da década de 2000.

Em 1984, o Estado iniciou o processo de regionalização de alguns programas e serviços de saúde, que tinha como objetivo racionalizar, disciplinar e operar a rede de serviços, buscando a melhoria na prestação dos serviços de saúde, com finalidade de melhor atendimento também da população rural.

Importante salientar que desde 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, a participação social, os movimentos sociais e grupos de usuários, passaram a fazer parte da elaboração das políticas de saúde em todo o país e tal participação tem sido fundamental, o que vem permitindo que as realidades dos lugares apareçam nas negociações, evidenciando os movimentos locais no cenário nacional (LUZ, 2006 *apud* SCHWEICKARDT, 2011)

O grande desafio da descentralização é ter uma política nacional que considere as especificidades regionais e locais, pois precisa ser ao mesmo tempo, nacional e refletir a realidade local. Desse modo, as forças regionais têm exercido um importante papel na revisão das políticas trazendo a demanda e os problemas de aplicação da política nacional aos contextos e territórios locais. Exemplo disso é a revisão da PNAB em 2012, que incorporou as

Equipes de Saúde ribeirinhas e Unidades de Atenção Básica Fluviais como um apêndice do modelo de Atenção Específica para a região amazônica e pantanal. (SCHWEICKARDT; KADRI; LIMA; FERLA, 2011)

A descentralização tem o papel de diminuir as desigualdades regionais e as iniquidades que historicamente criaram injustiças sociais, que podem ser revertidas com políticas de redistribuição dos recursos e dos investimentos. A partir de 2000, com as Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS, os municípios do Amazonas foram assumindo gradativamente a gestão do sistema de saúde local e estruturando sua atenção básica.

A Secretaria Estadual de Saúde responde, até hoje, pela maior parte da assistência hospitalar do interior, enquanto que os municípios estão em permanente exercício de estruturação de sua Atenção Básica, tendo como principal financiador o Ministério da Saúde. (SCHWEICKARDT; KADRI; LIMA; FERLA, 2011)

Deste modo cabe ressaltar que os desafios, são muitos, competindo ao Governo e à sociedade civil a atenção para estratégias de solução de problemas diversos. A Atenção Básica possui responsabilidade direta sobre ações de saúde em determinado território, considerando suas singularidades, o que possibilita intervenções mais oportunas nessas situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁷ e ofertar uma atenção integral à saúde. (PNAB, 2017)

Neste sentido, a regionalização da saúde no país é uma diretriz de enorme complexidade, tendo em vista as desigualdades e diversidades regionais, a abrangência das atribuições do Estado na saúde, o arranjo federativo trino e a multiplicidade de atores (governamentais e não governamentais, públicos e privados) envolvidos na condução e na prestação da atenção à saúde. (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018)

Diante disto, a Portaria de implementação da Política Nacional de Atenção Básica, prevê que deverão ser adotadas no âmbito desta Política estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. É neste sentido, que o próximo tópico deste capítulo irá apresentar detalhadamente as Equipes de Saúde da Família, que são os responsáveis diretos pela execução da PNAB e as suas ações sob os parâmetros da sustentabilidade.

⁷ A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é assumida como estratégia de organização do cuidado tendo como base o ainda frágil espaço das regiões de saúde (Brasil, 2010)

2.3. Equipes de Saúde da Família sob os parâmetros da sustentabilidade

A Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em setembro de 1978, em Alma-Ata, República do Cazaquistão (na época, integrado à União das Repúblicas Socialistas Soviéticas), teve grande repercussão para a implantação, em inúmeros países, de programas de Atenção Primária para populações específicas. (SILVA, 2006)

No relatório final de Alma-Ata, os participantes afirmavam que os cuidados primários de saúde seriam os meios principais para que todas as populações do mundo pudessem alcançar um padrão aceitável de saúde em um futuro próximo. O programa de saúde de uma população precisaria, então, estar integrado ao desenvolvimento social e ter como base o espírito de justiça.

Já na década de 1990, a implementação do SUS foi marcada por medidas voltadas para a descentralização de ações e serviços de saúde em nível municipal. Nesta direção, a priorização do Programa Saúde da Família (PSF), como proposta norteadora de reorganização da Atenção Básica nos sistemas municipais de saúde, trouxe a proposta da abordagem familiar e comunitária para o centro da organização da Atenção Primária de Saúde⁸. (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018).

O foco deste programa é a família no seu espaço físico e social, proporcionando à equipe de saúde uma visão ampliada do processo saúde-doença, que permite intervenções além das práticas curativas. Implantado no Brasil a partir de 1994, o PSF destinava-se a atender populações desassistidas, posteriormente, foi alçado à condição de estratégia, com a complexa missão de consolidar a APS e reestruturar os cuidados no sistema de saúde (Silva, Giovanella e Mainbourg, 2014).

Em 1997, o PSF, foi redefinido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), com a proposta de se constituir como eixo estruturante do SUS, porta de entrada e local privilegiado para a prestação de ações e serviços de saúde, visando a reordenar o modelo de atenção

⁸A APS possibilita o cuidado longitudinal do indivíduo para a maioria dos problemas e necessidades em saúde, constituindo-se como espaço de cuidado mais próximo das pessoas, estabelecendo a coordenação dos cuidados no contexto da família e da comunidade. Para cumprir o seu papel de ordenar e organizar o sistema de saúde exige o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la (Starfield, 2002)

(BRASIL, 2003). A partir desta configuração, a ESF adotou como princípios norteadores: a universalidade, a acessibilidade, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade, a participação social e o estabelecimento de vínculo dos profissionais com os usuários e suas famílias (Brasil, 2010 e 2012).

Na década de 2000, houve uma crescente adesão municipal à proposta do Ministério da Saúde e, conseqüentemente à ampliação da cobertura populacional pelas Equipes de Saúde da Família em todo o território nacional. A atenção básica permaneceu como estratégia prioritária em relação à reorientação do modelo de atenção, porém essa concepção deixou de ser centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na *promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco – pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações Inter setoriais* (DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS, 2009).

Em 2006, o Pacto pela saúde destaca-se como diretriz da institucionalização da política de atenção básica, como parte das estratégias, foi instituída a PNAB, que claramente estabeleceu a saúde da família como estratégia prioritária para reorientação do modelo assistencial na Atenção Básica. (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018). Importante destacar que, a PNAB é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, tais como movimentos sociais, trabalhadores e gestores das três esferas do governo.

No que se refere à Atenção Básica, está se apresenta como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema e passou a ordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde (PNAB, 2017). A PNAB reafirma a família como sujeito do processo de cuidado e define o domicílio como o contexto social em que se constroem as relações intra e extrafamiliares e se efetiva a luta pela sobrevivência e pelas condições de vida (BRASIL, 2006).

Importante destacar também o conceito de famílias ribeirinhas, desenvolvido a partir das pesquisas já realizadas no contexto amazônico no âmbito do Grupo Inter-Ação, que foi base para análise da PNAB e é um ponto diferencial nesta pesquisa. Segundo Chaves (2002), o modelo de família ribeirinha é o extenso e esta é uma característica predominante na Amazônia. Wagley (1988) ressalta que esta configuração ocorre nas comunidades ribeirinhas por muitas vezes, morarem na mesma casa mais de uma família, normalmente os filhos constituem família e permanecem na mesma casa residindo com os pais.

Conforme destacam Bastos e Trad (1998), as famílias ocupam espaços diferenciados em sua luta pela sobrevivência e pela reprodução da vida. [...] estabelecem relações de convivência, conflituosas ou não, trocam experiências, acumulam saberes, habilidades, hábitos e costumes, produzindo e reproduzindo concepções e cultura.

A PNAB propõe que as ações da Atenção Básica sejam programadas a partir de uma base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas a partir das famílias. Espera-se que em cada território as equipes busquem estabelecer relações existentes entre o adoecer e a vida cotidiana e, a partir disto, identificar problemas, prioridades e mobilizar recursos potenciais para atender às necessidades de saúde da comunidade (CAMPOS, 2003).

A atuação das equipes ocorre, sobretudo em unidades básicas de saúde e nas residências e espaços da comunidade, com a proposta de se constituir como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde (ELIA e NASCIMENTO, 2010). As atribuições das equipes de Saúde da Família incluem a elaboração de um plano local, com participação da comunidade, considerando as peculiaridades e necessidades de saúde em cada território. A política propõe a utilização de instrumentos de coleta de dados que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade.

A proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe um núcleo de profissionais formado por pelo menos uma equipe multiprofissional, composta minimamente de um médico, um enfermeiro e seis agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser ampliada, passando a contar também com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e/ou um técnico em higiene dental. Um profissional que cabe destaque no âmbito da equipe multiprofissional, principalmente no que se refere à atuação às comunidades ribeirinhas, é o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Apresentam-se não apenas como suportes para gerarem determinadas ações em saúde, mas também peças efetivas, Gomes *et al*, 2010 destaca que os ACS são *personagens-chave na implantação de políticas voltadas para a reorientação do modelo de saúde, tendo como base a AB*. A Figura 05 ilustra um ACS em atendimento nas comunidades.

Figura 05: Agente comunitário de saúde

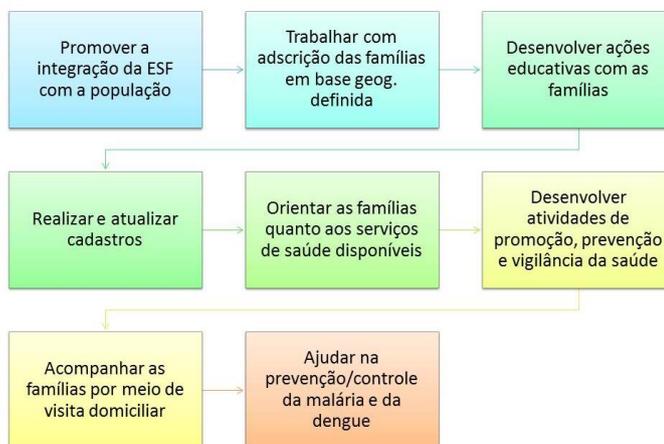


Fonte: Semsma Manacapuru, 2020.

O ACS é um trabalhador de saúde cujo processo de profissionalização é recente e permeado por dificuldades, avanços e retrocessos. A atuação dos agentes é marcada pela mediação entre lógicas distintas e, com frequência, conflitantes: do Estado, representado pelas diretrizes e normas de trabalho no âmbito das ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e a comunidade, com sua cultura e dinâmicas próprias em relação às representações, vivências e demandas de saúde. (MARTELETO E DAVI, 2014).

O PSF tem, entre suas características mais marcantes, a inclusão do ACS na equipe de saúde como um mediador entre a população e o serviço de saúde, por meio de ações educativas, prevenção de agravos e de promoção e vigilância da saúde e como agente social, no sentido de organização da comunidade e de transformação de suas condições, bem como facilitando o potencial diagnóstico das situações de risco. A Figura 06 elenca as atribuições dos ACS, segundo a PNAB.

Figura 06: Atribuições ACS



Fonte: PNAB, 2006.

O agente é oriundo da comunidade na qual se inscrevem as suas práticas de trabalho. Antes da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, os quais preveem uma atenção integral desenvolvida por equipe multiprofissional ao indivíduo e à comunidade, com intensa participação da comunidade e respeitando os princípios de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), muitas práticas de assistência à saúde eram realizadas pelos membros das comunidades. (MARTELETO E DAVI, 2014).

Neste sentido, é importante chamar a atenção para a falta de formação acadêmica normalmente que ocorre entre estes profissionais, comparados aos demais membros das ESF, mas a grande importância do conhecimento adquirido a partir da vivência em comunidade. Gomes *et al.*, (2010) enfatiza a importância da capacitação permanente destes profissionais a fim de que atuem sob a perspectiva dialética da saúde por meio de um enfoque problematizador acerca dos princípios do SUS, visando assim o subsídio e priorização na qualidade das ações de promoção da saúde bem como, o alcance das demais demandas previstas a estes profissionais

Importante salientar que, o PSF coloca em foco o paradigma da Produção Social da Saúde, com ênfase no cuidado, atenção primária, na prática sanitária da vigilância à saúde e no trabalho em equipe multiprofissional (SANTOS; WESTPHAL, 1999; SCHERER *et al.*, 2005 *apud* GOMES *et al.*, 2010). Diante disto, entende-se o complexo e árduo papel destas equipes de saúde para a consolidação do SUS, Tomaz (2002 *apud* Gomes *et al.*, 2010) destaca que, este processo depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e o envolvimento de diferentes atores, dos profissionais, técnicos e gestores, assim como outros setores da sociedade.

Nesta perspectiva de análise, é neste ponto que, a atuação dos profissionais das ESF converge com a sustentabilidade da política de saúde. A sustentabilidade no caso da PNAB tem haver com a continuidade das ações de saúde, uma vez que está se expressa nas mais diversas formas de relação humana. Costuma ser definida como a capacidade de uma intervenção proporcionar benefícios sem interrupção durante um longo período de tempo (FELISBERTO *et al.*, 2010).

Ainda que já tenha sido amplamente discutida ao longo dos capítulos, neste contexto pode-se definir a sustentabilidade de acordo com Boff (2012) enquanto *a continuidade, a*

expansão e a realização das potencialidades da civilização humana em suas várias expressões (p. 14), a emergência de um novo paradigma.

Deste modo, é possível afirmar que a PNAB se propõe sustentável territorialmente a partir da consideração do território como questão central, nas ações das ESF, tendo como estratégia prioritária a organização da AB nos territórios, seguindo os princípios e diretrizes do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade das Equipes uma vez que estejam no território.

Sachs (1993) define a sustentabilidade territorial, a partir da obtenção de uma configuração rural-urbana mais equilibrada e uma melhor distribuição territorial de assentamentos urbanos, a redução da concentração excessiva nas áreas metropolitanas. No que se refere à sustentabilidade territorial da PNAB, esta precisa chegar aos territórios mais dispersos, longínquos e itinerantes, a fim de que a população não precise se deslocar para os grandes centros para acessar aos serviços de saúde previstos, alcançando assim esse equilíbrio rural-urbano.

A PNAB afirma que os territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na atenção básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita⁹ ou das populações específicas. (PNAB, 2017)

Consoante a isto, a PNAB também expressa em seu texto base, a perspectiva de sustentabilidade cultural, a partir consideração do indivíduo em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral no que se refere às ações de vigilância em saúde, prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer a sua autonomia.

Boff (2015) afirma que, a cultura desempenha um papel importante ao reforçar a maneira de viver e potencializar a identidade de um grupo. O desenvolvimento humano é um componente importante da sustentabilidade. Sachs (2005) chama atenção para a importância da dimensão cultural da sustentabilidade, uma vez que esta constitui-se das complexas relações entre o porvir das sociedades humanas e a evolução da biosfera.

⁹ População que está presente no território da UBS. (PNAB, 2017)

No que se refere à sustentabilidade social da PNAB, esta se destaca a partir do conceito de acessibilidade previsto na política, bem como a perspectiva de equidade de acesso a todos os usuários, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde, considerando que o direito à saúde passa pela singularidade dos povos ribeirinhos. A política por meio do princípio de integralidade propõe o reconhecimento adequado às necessidades sociais causadoras das doenças.

Sachs (1993) entende a sustentabilidade social *a partir do alcance de uma civilização com maior equidade no acesso a bens e serviços sociais e na distribuição de renda*, de modo a reduzir o abismo entre os padrões de vida dos ricos e dos pobres. Cabe ressaltar que esta definição de distribuição de renda está imbricada também ao conceito de sustentabilidade econômica e que apesar do autor entendê-las como similares, esta pesquisa parte da perspectiva que são dimensões diferentes.

Neste contexto, a partir da análise documental realizada para a construção deste trabalho, foi possível identificar a proposição de sustentabilidade no escopo da PNAB a partir da previsão de diversas ações a serem realizadas pelas ESF no âmbito do atendimento às famílias. Diante deste contexto, o próximo capítulo da dissertação, apresenta o município de Manacapuru e a análise documental, com base nos relatórios de gestão da saúde, estadual e municipal, para que seja possível, debater os dados de saúde, no âmbito da atenção básica de Manacapuru e realizar a análise da sustentabilidade através das práticas adotadas na localidade.

CAPÍTULO III

3. SUSTENTABILIDADE E SAÚDE: atuação das Equipes de Saúde da Família em Manacapuru/AM

Este capítulo tem como objetivo apresentar a abordagem analítica realizada a partir dos dados coletados pela pesquisa bibliográfica e documental nos anos de 2020 e 2021, acerca das ações da Atenção Básica, após o aporte teórico proporcionado pelos capítulos anteriores.

Cabe destacar que inicialmente a proposta da pesquisa estava pautada em uma pesquisa bibliográfica, documental e de campo então, em dezembro de 2019, momento que antecedeu a Pandemia de Covid-19, houve um contato prévio com o lócus da pesquisa, tomando como base a Resolução 510/2016 – sobre a Ética na pesquisa na área de ciências humanas e sociais, que considera a aproximação do campo como uma das etapas preliminares da pesquisa e isenta sua aprovação prévia pelo sistema CEP/CONEP, salientando que esta aproximação propicia ao pesquisador a obtenção de informações suficientes para a elaboração de seu projeto de pesquisa, antes de sua submissão.

Neste sentido, com o início da Pandemia do Covid-19 e Manacapuru sendo o segundo município do Amazonas com mais casos de infecções e mortes, por questões de biossegurança, a ida a campo foi suspensa, tendo a modalidade de coleta de dados sido repensada para somente bibliográfica e documental. Segundo Gil (2008), cabe lembrar que a pesquisa documental, é muito parecida com a bibliográfica. A diferença está na natureza das fontes, pois esta forma vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa.

Este capítulo apresenta a configuração do Estado do Amazonas, o Município de Manacapuru, por sua condição de lócus de pesquisa, seguida da abordagem sobre a dinâmica social, cultural e territorial das comunidades ribeirinhas amazônicas para adentrar na análise sobre a prestação de serviço realizado pelas Equipes de Saúde da Família visando caracterizar a perspectiva de sustentabilidade social, cultural e territorial presentes na PNAB.

Para a fundamentação deste capítulo foram utilizados dados do IBGE, CNES, Relatórios de Gestão do Estado do Amazonas dos anos 2018, 2019 e 2020 e do Município de Manacapuru dos mesmos anos. Autores como: CHAVES (2001, 2004, 2006, 2010, 2016) LIRA, 2008, RODRIGUES, 2011, BINDÁ, 2008, BARROSO, 2010, bem como Relatórios de

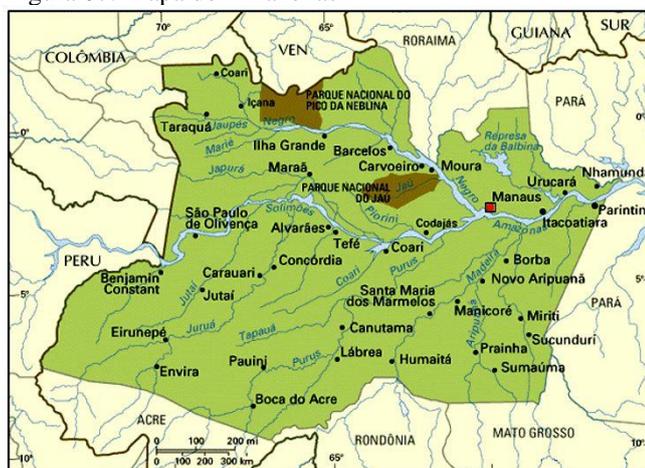
Pesquisa do Grupo Inter-Ação - UFAM, que desde 2001 pesquisa sobre as formas de vida e da organização sociocultural dos povos tradicionais, e possui um repositório bibliográfico com vasto material sobre as comunidades ribeirinhas da Amazônia e da dinâmica das Políticas Públicas na Amazônia.

3.1. Amazonas, Manacapuru e comunidades ribeirinhas Amazônicas: configuração social, cultural e territorial.

Para abordar a configuração do lócus de pesquisa é mister situá-lo em termos de pertencimento e localização no seio do Bioma Amazônico, haja visto as particularidade e desafios que vigoram no âmbito deste contexto. Posto que a Amazônia, por sua sociobiodiversidade alcança na contemporaneidade o centro dos debates em relação à sustentabilidade de seu desenvolvimento sociocultural. A Amazônia ocupa quase 50% do território brasileiro, cobrindo 4.500.000 km² de sua área, enquanto o Estado do Amazonas abrange um dos maiores território no coração da região, além de ser o estado do Brasil com a maior extensão territorial, com uma superfície de 1.570.820 km² que equivale a 40,8% da região Norte e a 18,4% do território nacional.

O Amazonas constitui-se num dos maiores refúgios dos povos originários, um quarto do total dos povos indígenas do Brasil, cerca de 183.514 indígenas, que que pertencem a 65 etnias, correspondendo a 4,0% da população do estado (IBGE, 2016 apud CHAVES, 2020). Como ilustra a Figura 07, limita com Venezuela, Colômbia e Peru e com os estados de Roraima, Acre, Rondônia, Mato Grosso e Pará. (IBGE, 2020).

Figura 07: Mapa do Amazonas



Fonte: Mapas.com, acessado em 04/04/2020.

O Estado é entrecortado pelos maiores rios do mundo em extensão e volume de águas, são eles: rio Solimões/Amazonas, rio Negro, rio Madeira e rio Purus, que juntos compõem um dos mais ricos e complexos ecossistemas aquáticos do planeta. No que se refere à rica biodiversidade o estado está entre os estados da Região Norte com o maior grau de concentração de renda. (CHAVES, 2016)

A formação econômica, política e social da Amazônia, foi iniciada no século XVI, predominantemente marcada por um sistema econômico baseado no extrativismo. A cultura da população que vive nesta localidade tem fortes influências indígena e também nordestina. (SANTOS *et.al*, 2009). Nesta região ocorreram diversos ciclos de ocupação, o que delineou um efetivo processo de miscigenação entre diferentes grupos sociais tradicionais e migrantes. Esse processo ao longo do tempo foi sendo incrementado, o que impulsionou uma diversidade cultural que predomina nesta localidade. (CHAVES, 2001)

Como resultado do processo de ocupação histórico da região, uma parcela dos habitantes do meio rural na Amazônia é constituída por povos originários (etnias indígenas) e povos tradicionais que vivem em ecossistemas de várzea e de terra-firme, às margens de rios, lagos, paranás e igarapés.

Os traços do estado são em suma: grande extensão territorial, baixa densidade demográfica, dispersão da população em municípios de pequeno porte. A isso se deve acrescentar o difícil acesso às populações interioranas, distribuídas ao longo dos 10 grandes vales fluviais que cortam o estado. (BARBOSA, 2004)

Dentre os principais grupos sociais que compõem o mosaico amazônico, destacam-se os povos indígenas, os povos ribeirinhos, pescadores, extrativistas, quilombolas, migrantes, entre outras. Sendo o público-alvo de análise desta pesquisa, os povos ribeirinhos.

Conforme destaca Chaves (2001), os atores sociais identificados como ribeirinhos, vivem em agrupamentos comunitários com várias famílias, localizados como o próprio termo sugere, ao longo dos rios e lagos. Os ribeirinhos são uma referência de população tradicional na Amazônia a partir da sua relação com a natureza, a forma de comunicação, do uso da representação dos lugares, do tempo, da integração com a água e de seus conhecimentos dos sistemas classificatórios da fauna e flora, que formam um extenso patrimônio cultural. De acordo com a autora:

[...] vivem em agrupamentos comunitários com várias famílias, localizados, como o próprio termo sugere, ao longo dos rios e seus tributários (lagos). A localização

espacial nas áreas de várzea, nos barrancos, os saberes sócio históricos que determinam o modo de produção singular, o modo de vida no interior das comunidades ribeirinhas, concorrem para a determinação da identidade sociocultural desses atores (CHAVES, 2001, p. 78).

De acordo com Fraxe (2004), a cultura dos povos tradicionais da Amazônia, vem secularmente sendo propagada a partir da tradição de oralidade e sendo registrada na memória social destes grupos, gozando da condição de durabilidade e persistência ao longo do tempo, sendo repassada de geração a geração. Deste modo, a cultura é compreendida de forma dinâmica ao mesmo tempo que preserva componentes para manutenção de certos valores, princípios e normas vivenciadas secularmente por esses povos.

Um fator que compõe o modo de vida ribeirinho, é a íntima ligação com o rio que muitas vezes pode ser visto como uma barreira, para os que moram na cidade e centros urbanos, mas para esta população é um meio de conexão com os demais locais. Para eles o rio não é um espaço meramente físico, móvel, mutante, mas sim o lugar do seu trabalho, de sua sobrevivência e lazer, sobre o qual dispõem de conhecimentos acumulados. (CHAVES, 2001). O rio influencia, inclusive, a própria construção das casas do ribeirinho, uma vez que são sempre construídas de frente para ele, as quais podem ser vistas pelas grandes embarcações que navegam nos rios amazônicos, evidenciando que o rio possui um alto poder simbólico para ribeirinhos.

Nas comunidades ribeirinhas da Amazônia, conforme (CASTRO, 1997; CHAVES, 2001) existe uma complexa rede de relações sociais estabelecidas na qual se articulam forças políticas, econômicas e culturais que se apresentam, como processos de resistência pacífica e ou de lutas. Esses povos utilizam tais estratégias a fim de garantir o acesso aos recursos necessários à reprodução da vida material e social instituídas conforme a trajetória sócio histórica de constituição das comunidades, bem como, acesso à educação, saúde entre outros.

Vale ressaltar que as comunidades tradicionais ribeirinhas não estão isoladas no tempo e espaço, distanciadas uma das outras, elas estabelecem conexões e vínculos entre si. As sociedades urbanas, por exemplo, necessitam da produção agrícola e extrativista da vida rural para sobreviver. Em contrapartida, as comunidades tradicionais precisam estabelecer trocas com a sociedade urbano-industrial para adquirirem acesso a bens e serviços que garantam sua reprodução social.

Segundo Chaves (2016), nas comunidades, a condição de cidadania para estes sujeitos sociais, está centrada na igualdade baseada em práticas de sustentabilidade, pautadas pela

cooperação mútua que respeita os princípios da tradição cultural, na dinâmica de manejo dos recursos naturais e na gestão do território.

Entretanto, se por um lado esses povos dispõem de recursos locais com certa abundância, de outro é notório o estado de carência material e a falta de acesso a bens e serviços sociais enfrentado por extenso contingente (CHAVES, 2012). Em conjunto, essas dificuldades comprometem seriamente a qualidade de vida desses povos, identificadas pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) preocupante, colocando a Região em segundo lugar em grau de empobrecimento no país.

Observa-se nesse contexto um profundo contraste entre as riquezas da biodiversidade e pobreza material enfrentada pelos segmentos sociais. O empobrecimento possui facetas muito variadas como a falta e/ou a precariedade de bens e serviços sociais, como saúde, educação, assistência técnica e social, escassez de recursos pesqueiros gerando conflitos na prática da pesca, baixa produtividade e qualidade dos produtos, a baixa renda entre outras (CHAVES, 2012).

No caso específico das comunidades ribeirinhas, a situação de empobrecimento é o estado em que o indivíduo, ou seu grupo social, está submetido a condições precárias de satisfação das suas necessidades básicas de reprodução física e social, esta não é relativa apenas a baixa renda familiar, mas se caracteriza principalmente pelo acesso insuficiente aos bens e serviços sociais.

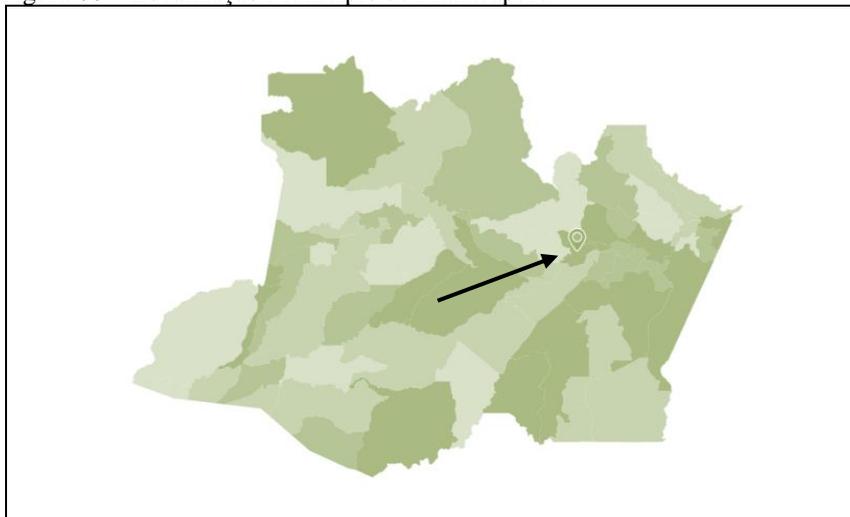
A superação das condições de empobrecimento requer uma pluralidade de ações desde aquelas que potencializem o desenvolvimento das forças produtivas, que possibilitem o acesso qualitativo aos serviços sociais até àquelas que de fato proporcionem a participação social e política cidadã. Sendo necessária a criação de condições para que a população local experimente a melhoria nas condições de vida num efetivo exercício de conquista de cidadania pela inclusão social.

O Amazonas é o estado com o maior PIB da região Norte e Nordeste, enquanto o município de Manacapuru possui o terceiro maior PIB do Amazonas, representando, isoladamente 1,35% de todo o PIB do estado. No entanto, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Manacapuru é de 0,614, sendo considerando inferior à média nacional, comparado ao IDH apresentado pelo estado que foi de 0,674 (IBGE, 2010). Assim como a taxa de mortalidade infantil no município fica em torno de 15,10%. (AMAZONAS, 2018)

Neste contexto de análise, está inserido o município de Manacapuru, que se localiza à margem esquerda do Rio Solimões, na Região Metropolitana de Manaus¹⁰. De acordo com dados do IBGE (2020), o município de Manacapuru possui cerca de 98,502 habitantes, sendo a quarta cidade mais populosa do estado. Manacapuru é uma palavra de origem indígena, derivada das expressões Manacá e Puru. Manacá significa em tupi, Flor. Puru, da mesma origem, quer dizer enfeitado, matizado. Em função disso, Manacapuru na língua indígena tupi quer dizer “Flor Matizada” (CMM, 2017).

Em 2019, a população rural do município era de 32.200 habitantes. Situado a 67 km em linha reta a oeste de Manaus, o principal acesso à cidade é através da Ponte Jornalista Phelippe Daou, mais conhecida como Ponte Rio Negro, localizada na Rodovia Manoel Urbano (AM-070) fundamental para a integração e o desenvolvimento da Grande Manaus. O município ocupa uma área de 7 329,234 km², representando 0.4666% da área do estado do Amazonas, 0.1902 % da Região Norte e 0.0863 % de todo o território brasileiro. Manacapuru possui uma temperatura média anual mínima de 24 °C e de 35 °C como média máxima. A vegetação, típica da região amazônica é formada por florestas de várzea e terra firme, tendo ao seu redor um relevo composto por lagos, ilhotes e uma pequena serra. A localização de Manacapuru no Estado do Amazonas pode ser visualizada na Figura 08.

Figura 08 – Localização Município de Manacapuru



Fonte: Grupo Inter-Ação.

¹⁰ Instituída a Região Metropolitana de Manaus, pela Lei Complementar nº 52 de 30.05.2007, formada por Manaus e mais 7 municípios do Estado do Amazonas: Careiro da Várzea, Iranduba, Itacoatiara, Manacapuru, Novo Airão, Presidente Figueiredo e Rio Preto da Eva. Lei Promulgada N° 64/2009, que modificou o artigo 1° de Lei Complementar N° 52/2007 e incluiu os municípios do Careiro Castanho, Autazes, Silves, Itapiranga e Manaquiri na composição da Região Metropolitana de Manaus (RMM).

O município de Manacapuru, fundado em 1786, originou-se de uma aldeia de índios muras, foi elevado à categoria de vila, a partir da Lei Estadual nº 83 de 1894 e faz fronteira com: Iranduba e Manaquiri ao leste, Beruri ao sul, Anamã e Caapiranga ao oeste e Novo Airão ao norte e noroeste. Segundo o censo de 2010 do IBGE, o município é organizado em 11 (onze) bairros, sendo eles: Centro, Aparecida, Biribiri, Liberdade, Morada do Sol, São Francisco, São José, Terra Preta, União, Correnteza e Novo Manacá, sendo o bairro da Liberdade o mais populoso. No âmbito do município também estão demarcadas duas terras indígenas que são: Fortaleza do Patauá e Jatuarana.

A zona rural é um traçado de ramais no qual são caracterizados pelo predomínio de pastagens a partir da retirada da vegetação natural. Os ramais possuem características no que diz respeito à extensão, aos processos de formação e ocupação, às atividades produtivas e à articulação com a sede do município. No geral, a população residente nestas áreas é dispersa e vive em comunidades. Não possuem serviços regulares e nem transporte público, tendo a necessidade de deslocar-se até as rodovias para pegar o ônibus ou solicitar o serviço de mototáxi. (FVA, 2017)

Manacapuru é conhecida na região, como a *Princesinha do Solimões*, apelido que ostenta desde meados do século XIX. Muitos de seus atrativos naturais são conhecidos, assim como sua tradicional festa popular, o Festival de Ciranda de Manacapuru, o que coloca o município entre os mais visitados por turistas na Amazônia. Sua padroeira é Nossa Senhora de Nazaré e a Igreja Matriz é o principal cartão-postal da cidade.

3.1.1. Atividades Econômicas: Setor Primário e Secundário¹¹

No tocante à agricultura, o destaque é para a mandioca, conforme pode ser visualizada na Figura 09. A mandioca é o componente básico do sistema de produção agrícola na Amazônia, quer seja em regiões de terra firme, quer em regiões de várzea, devido a sua dupla finalidade: subsistência e comercialização. O pequeno produtor transforma quase toda a sua produção de raízes da mandioca, rica em amido, em farinha, utilizando-se de processos inteiramente artesanais (NODA et al., 2001). Nesta região também há forte produção de juta, milho, feijão e hortaliças em geral, como produção de várzea.

¹¹ Dados visualizados em :<https://camaramanacapuru.am.gov.br/historia.html>, em Julho de 2021.

Figura 09: Produção de Farinha de mandioca



Fonte: Grupo Inter-Ação 2015

Observa-se que, embora o município tenha nas indústrias extrativas animal e vegetal expressiva fonte de riqueza, é a agricultura, em particular, a cultura da Juta, sendo o maior produtor nacional, e a produção de farinha, a base econômica. O extrativismo vegetal ainda é uma atividade de grande significado para a economia local, através da exploração de produtos como: borracha, pupunha e madeira.

A pecuária é baseada na criação de bovinos, equinos e suínos. Na pesca, as espécies mais comuns da localidade são: pacu, sardinha, curimatá, branquinha, jaraqui, matrinxã, acari-bodó e peixes lisos em geral. A pesca é uma prática que vem sendo desenvolvida por séculos na Amazônia, primeiramente pelos indígenas e praticada pelos diversos grupos sociais, com destaque para os povos ribeirinhos, todavia sempre tomando como referência os hábitos da pesca indígena, aprimorando os utensílios e adequando-os às suas necessidades de maior produção por tempo disponível à atividade.

No que se refere à Fruticultura, produz-se no município: maracujá, cupuaçu, mamão, abacaxi, banana, abacate, laranja, limão, tangerina, melancia, entre outras. Referente ao setor secundário o município possui, indústrias de: agropecuária, produção de minerais não metálicos, metalúrgica, mecânica, materiais elétricos, material de transporte, madeira, mobiliário, papel, borracha, couro, produtos farmacêuticos e veterinários, materiais plásticos, têxtil, vestuário, bebidas, fumo, editorial e gráfica, calçados e construção.

Cabendo ressaltar que, as matérias primas para uso das indústrias são fornecidas em sua maioria a partir dos produtores oriundos dos diversos grupos tradicionais da região, que

desenvolvem suas práticas produtivas centradas prioritariamente para manutenção de seus grupos domésticos. Todavia, a parcela destinada para comercialização serve para obter recursos monetários para complementar a obtenção dos produtos que eles não produzem em seus territórios. Os ribeirinhos estão entre aqueles que grupos que fornecem uma parte expressiva de sua produção excedente, que representa um volume de 70% dos produtos de hortifruti e granjeiros que são consumidos nos centros urbanos (CHAVES, 2020).

Destaca-se que nas principais atividades produtivas, na caça e na pesca, no extrativismo, na agricultura, fruticultura são empregados mecanismos culturais (práticas, símbolos e representações) que constituem práticas fundamentais para assegurar a manutenção da biodiversidade do ecossistema, da continuidade das modalidades de organização dos grupos e que atuam como determinantes da identidade cultural.

3.1.2. Infraestrutura e serviços

O município de Manacapuru é uma grande área rural com o setor urbano restrito à área da sede municipal, sendo a zona urbana caracterizada por concentrar a maior parte de serviços comerciais, infraestrutura e equipamentos públicos de saúde, educação e assistência social (FVA, 2017). A sede municipal possui a maioria das vias com asfaltamento, rede de abastecimento de água e energia elétrica.

Na educação, até 2018, o município de Manacapuru contava com 154 escolas sendo 142 estabelecimentos de nível fundamental e 12 estabelecimentos de nível médio, tendo 3.338 alunos matriculados no nível pré-escolar, 19.507 matriculados no nível fundamental e 5.433 matriculados no nível médio nas esferas estadual e municipal. (IBGE, 2018)

A infraestrutura da saúde em Manacapuru é concentrada na sede do município. Conforme o CNES (2020), o município conta com 20 centros de saúde/unidade básicas de saúde, 4 postos de saúde e 1 unidade móvel fluvial, todas geridas pelo município. O município conta com um hospital geral, dois centros de atendimento psicológico (CAP – Centro de Atenção Psicossocial), duas unidades móveis terrestres (SAMU), um laboratório de análises clínicas e diagnósticos, uma farmácia popular e um posto de saúde indígena e serviços de assistência social. Conforme ilustra o Quadro 01. Todas estas atendendo pelo Sistema Único de Saúde. (CNES, 2020), enquanto os atendimentos mais complexos são enviados para a capital Manaus, devido a falta de estrutura hospitalar.

Quadro 01 – Estabelecimentos de Saúde em Manacapuru e Tipo de Gestão	
Período: Dez/2019	
Tipo de Estabelecimento	Municipal
Hospital Geral	1
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	20
Farmácia popular	1
Laboratório de análises clínicas	1
Centro de Atenção Psicossocial	2
Posto de Saúde	4
Unidade Móvel Fluvial	1
Unidade Móvel Terrestre	2

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2020¹².

Manacapuru, assim como Manaus, conta com um conjunto de equipes interdisciplinares e multidisciplinares que auxiliam a rede assistencial e atendimento de saúde, considerando as especificidades e particularidades da região amazônica, a fim de promover e fortalecer a atenção em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

No contexto descrito estão inseridas as ESF que operam no município. Assim, seguindo as prerrogativas que lhes são atribuídas, as Equipes de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, todas sob a gestão municipal de Manacapuru, atuam para o fortalecimento da atenção básica em conjunto com as equipes de agentes comunitários, fluvial, equipes de consultório de rua e atenção prisional, entre outros programas. Ressalta-se que a Atenção Básica é a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Redes de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade e integralidade, desenvolve programas e ações, considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários.

De acordo com a Portaria de implementação da PNAB, na operacionalização de suas atribuições, deverão ser adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniqüidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. Neste sentido, um item importante de análise é o Quadro 02 epidemiológico de Manacapuru, que se apresenta da seguinte forma:

¹² Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipeam.def>>. Acesso em: 27 jan.2020.

Quadro 02 – Quadro Epidemiológico Manacapuru	
Período: 2018	
Doença	Número de Casos
Malária	1068
Septicemia	3
Tuberculose	1
Dengue	33
Coqueluche	0
Doença de chagas	0
Febre Tifoide	0
Diabetes Melitus	114
Hepatite	22
Leishmaniose Tegumentar	30
Leptospirose	1

Fonte: Relatório Estatístico do Estado do Amazonas de 2018.

Ao comparar a incidência de doenças no ano de 2018 com as que ocorreram em 2017, é possível observar que doenças como Malária e Diabetes cresceram cerca de 50% e Coqueluche, Doença de Chagas e Febre Tifoide tiveram seus casos zerados no Município. Cabe ressaltar que doenças como dengue e febre amarela e leptospirose são consideradas pela OMS como doenças de terceiro mundo que se apresentavam na idade média, diretamente ligada à pobreza absoluta e ao acesso a bens e serviços sociais e que na conjuntura atual são doenças consideradas negligenciadas em termos de produção de estudos e da criação tratamentos. A condição a que estão expostas extensas parcelas da população do terceiro mundo, ou países em desenvolvimento, seja no meio urbano seja no meio rural, permite a emergência de reivindicações pelo acesso as políticas públicas, via movimentos sociais para ampliar as conquistas e a garantia de direitos de cidadania. (CHAVES, 2016)

Nesta perspectiva, é possível observar que as ESF não fogem do escopo mais geral da saúde, no âmbito da OMS, estando inseridas neste contexto, atuando diretamente no tratamento dado pelo Capital à saúde dos indivíduos. Mas, torna-se imperioso destacar que nesta conjuntura a saúde dos produtores rurais ribeirinhos da região, condição indispensável para a reprodução física e social e para exercer a lida como produtor, que possui importância tanto para a localidade, quanto como responsáveis por fornecer as matérias primas para as indústrias, os itens da agricultura, os pescados entre outros que são base para gerar o desenvolvimento município, mantendo-o enquanto o terceiro maior PIB da região.

Outrossim, um outro elemento que deve ser considerado por certo são os riscos que toda e qualquer atividade laboral braçal representa para o trabalhador que a exerce. Sob esta consideração, as características inerentes à região, como ambiente de floresta densa e com inumeráveis formas de vida e de microrganismos (fungos, vírus, bactérias, entre outras) representa a existência de um conjunto variado de riscos para a saúde das populações locais pela prevalência de vetores de doenças conhecidas e outras ainda não diagnosticadas. Portanto, o tipo de atividade laboral exercido nas comunidades ribeirinha e, no seu entorno, no manejo dos recursos locais, principalmente com a utilização de ferramentas e utensílios os expõem inevitavelmente a ocorrência de acidentes e a face às incidências de complicações de saúde. (CHAVES, 2020)

Entende-se que neste contexto é que o desenvolvimento das políticas de saúde na região amazônica necessita dialogar com as características locais da região e o modo como os indivíduos vivem nesse ambiente (Schweickardt et al., 2017). A fim de que este quadro possa ser superado. As políticas ainda refletem os modelos de desenvolvimento que foram impostos à região, que reduziram os recursos disponíveis, ao mesmo tempo, em que agravou sobremaneira as necessidades e as carências da população. Assim, faz-se necessário que as políticas sociais sejam transformadas em uma rede de segurança que impeça a deterioração do padrão de existência e, se possível, possibilite uma efetiva melhoria nas condições de vida da população local.

Diante da caracterização apresentada, o próximo tópico do capítulo irá discutir sobre os dados documentais da saúde no município de Manacapuru, evidenciando a atenção básica e as equipes de saúde da família que atuam nas áreas rurais e comunidades ribeirinhas estabelecidas neste território.

3.2. Equipes de Saúde da Família em Manacapuru: proposições e práticas

Em princípio vale enfatizar o indiscutível avanço do setor saúde no Brasil, principalmente, no que se refere à ampliação da cobertura e dos níveis de atendimento. Porém, Oliveira et al (2004), afirmam que, mesmo as políticas de saúde das últimas décadas propiciando uma ampliação na cobertura e dos níveis de atendimento para populações rurais, ainda se mostram limitadas para alterar a situação de desvantagem no acesso e na utilização de serviços destas populações.

Alguns autores como Pinheiro et al, (2002); Assis et al, (2003) e Travassos & Martins (2004) consideram que os fatores individuais, como a necessidade de saúde dos indivíduos e suas características demográficas, socioeconômicas, culturais dentre outras, além dos fatores que envolvem os prestadores dos serviços de saúde e os fatores envolvidos na organização desses serviços, são determinantes da utilização dos serviços de saúde.

É neste sentido que a análise da atuação das ESF no município de Manacapuru, possibilitando o acesso das comunidades ribeirinhas à atenção básica, foi realizada, a fim de identificar as práticas de sustentabilidade nas ações das equipes. Todo este debate é pertinente para contribuir para reflexão acerca das formas em que o desenvolvimento das ações com sustentabilidade pode aportar resultados práticos para a inclusão social para vastos segmentos sociais alijados da condição de cidadãos na temporalidade presente.

É importante destacar que a sustentabilidade de uma sociedade é medida a partir da capacidade de inclusão de todos, da garantia dos meios de vida e acesso a bens e serviços sociais. Neste caso, a saúde, que se constitui como um dos pilares para a efetivação da sustentabilidade em sua totalidade.

Deste modo, antecedendo o debate acerca da atuação das ESF em Manacapuru, cabe resgatar as definições de Sachs (2010) acerca das dimensões da sustentabilidade. A fim de que se possa ampliar o olhar a partir das ações de saúde na localidade.

- *Sustentabilidade social* – o qual preconiza o processo de desenvolvimento com distribuição equitativa de renda, com a promoção de acesso aos direitos sociais voltado para a redução da desigualdade social entre ricos e pobres.
- *Sustentabilidade cultural* - valorização das formas de organização tradicionais, dos saberes e habilidades culturais locais.
- *Sustentabilidade geográfica/ Territorial* – como garantia de acesso aos territórios, sustentada por ações afirmativas de cidadania.

Ao tratar sobre o conceito de sustentabilidade, entende-se que o mesmo pauta-se ou varia em função da visão de mundo de cada grupo em sua singularidade. Em consonância com essa perspectiva, as comunidades amazônicas, independente de sua identidade política, sejam indígenas ou outros povos tradicionais, guardam uma ética ambiental, fundamentada na

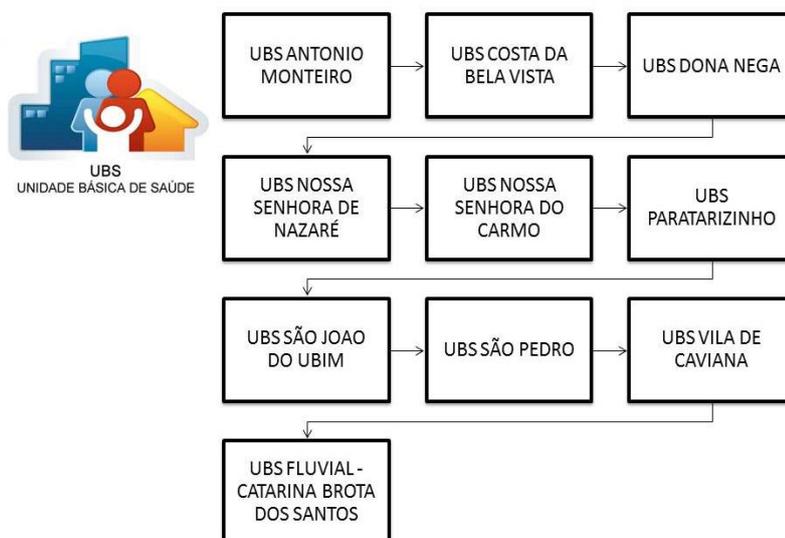
cultura de seu grupo, que ostentam grande plasticidade adaptativa e habilidades de lidar com os ecossistemas locais e desenvolvida pela vivência nestes ambientes (CHAVES, 2011).

O conceito de sustentabilidade não se constitui algo estático, mas dinâmico, uma vez que busca levar em consideração as crescentes necessidades das populações. Sachs (2002) defende que, é preciso dotar a população de capacidade de gestão para a sustentabilidade, toma como referência a dignidade dos povos envolvidos, os valores sociais e culturais, a criação de oportunidade, a conquista de cidadania e a soberania dos estados, pela construção de um *sistema de proteção social* voltado para a garantia de emprego, segurança social e respeito às outras culturas.

Diante disto, destaca-se que no ano de 2019, Manacapuru possuía sete Unidades Básicas de Saúde na Zona Rural. Bem como, uma UBS Fluvial, que foi entregue ao município em 2012, mas foi posta em funcionamento somente em 2019, por questões burocráticas. Neste período o município possuía vinte e três ESF e 262 agentes comunitários de saúde (ACS). De acordo com o DataSUS em junho de 2021, última atualização, o número de ESF é vinte e quatro, o número atualizado de ACS não foi possível localizar.

A porcentagem de cobertura da atenção básica no município, no ano de 2019, última atualização, era de 91,68%. O número de UBS da zona rural cresceu em relação a 2019, atualmente são nove unidades e mais uma fluvial, como pode ser visualizado na Figura 10. Importante destacar que os povos ribeirinhos em sua maioria, acessam os serviços através das unidades rural e fluvial.

Figura 10: UBS zona rural e fluvial de Manacapuru



Fonte: CNES, 2021

A partir das fichas cadastrais das UBS junto ao Ministério da saúde (2021), foi possível identificar que os profissionais que basicamente compõem as ESF no âmbito da zona rural do município são os listados no Quadro 03.

Quadro 03 – Profissionais ESF em Manacapuru (zona rural)	
Profissional	Quantidade
Agente Comunitário de Saúde	140
Enfermeiro	11
Aux. de enfermagem	15
Técnico em enfermagem	23
Piloto Fluvial	6
Técnico em saúde bucal	2
Médico	7
Cirurgião Dentista	4
Microscopista	6
Agente de endemias	5

Fonte: Adaptado de CNES, 2021.

É possível identificar a predominância dos ACS na composição das ESF que atuam nas áreas rural e ribeirinha do município e também dos profissionais de nível médio e técnico e o baixo número de profissionais de nível superior. Garnelo et al. (2016), ressalta que dentre as dificuldades de alcance da universalidade do SUS na região norte destacam-se as desigualdades socioeconômicas e de saúde muitas vezes se agravam a partir da limitada governança das autoridades sanitárias nos municípios e regiões e, também, pelo restrito número de médicos e demais profissionais de nível superior que acabam concentrando-se nas capitais.

É notória a importância da atuação dos agentes comunitários de saúde na orientação e prevenção via ações educativas. Todavia, a atuação isolada deles não consegue atenuar o grau agudo das carências de atendimento médico, odontológico, bem como outras especialidades das populações locais.

Importante destacar que a PNAB determina como princípios e diretrizes para a AB: o exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, trabalho em equipe, dirigido a populações de territórios definidos compreendendo o sujeito em sua singularidade e

inserção sociocultural, em busca de uma atenção integral (MS, 2012). É para que esta atenção integral ocorra, que as ESF existem para responder a esta demanda da PNAB.

Estes profissionais precisam respeitar a cultura do território e os saberes populares que dão sentido à forma como os indivíduos vivenciam seu processo saúde-doença. Entre as características prioritárias do trabalho na AB estão as ações educativas que interferem no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e a busca por qualidade de vida pelos usuários. (MS, 2012). Neste sentido é possível perceber que o Ministério da saúde por meio da PNAB considera que para uma efetiva ação dessas equipes de saúde é necessário que haja uma relação de confiança entre estes e a comunidade.

Neste contexto, está inserida a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que de acordo com Maciazeki-Gomes RC *et al.* (2016), desempenha papel de mediador entre os saberes técnicos e populares, entre equipe de saúde e comunidade. Ao mesmo tempo em que faz parte da equipe de saúde, também faz parte da comunidade; ao mesmo tempo em que seu exercício é para comunidade, é também da comunidade; ao mesmo tempo em que se alimenta de saberes técnico-científicos, também está embebido da cultura local de saúde. Na Figura 11 é possível observar um desses ACS em deslocamento para atendimento nas comunidades.

Figura 11: - ACS em deslocamento para atendimento



Fonte: Semsu MPU, 2020

Um dado importante a ser destacado é que de um total de 219 profissionais que estão vinculados às UBS da zona rural e à UBS Fluvial, 207, o que corresponde a 95%, são contratados do município por tempo determinado e os 12 restantes são estatutários e

correspondem a 05% dos profissionais. O que fragiliza o desenvolvimento contínuo dos atendimentos e contribui para a insustentabilidade da PNAB. No que se refere à sustentabilidade das ações, as ESF são responsáveis por operacionalizar algumas ações no âmbito da PNAB, cabe ressaltar que muitas ações compõem o eixo de atuação das ESF, mas na Figura 12 foram destacadas algumas muito importantes para a análise.

Figura 12 – Dimensões da Sustentabilidade na atuação das ESF.



Fonte: Adaptado de PNAB, 2017 com base em Sachs, 2002.

Diante deste cenário é possível considerar que toda e qualquer estratégia de sustentabilidade na Região deve advir do estabelecimento de um compromisso de respeito à diversidade dos ecossistemas, a diversidade socioeconômica e cultural das populações, considerando suas demandas e interesses. Conforme destaca Chaves (2013), o conceito e as práticas centrados na sustentabilidade possuem uma conotação diferenciada da lógica que rege as relações capitalistas que se pautam no crescimento econômico ilimitado sem considerar os limites dos recursos naturais, sociais, culturais, humanos, entre outros.

No que se refere aos profissionais das ESF da zona urbana do município, foi identificado que, todas as UBS contam com atendimento médico e de Cirurgias dentistas, diferente da zona rural e ribeirinha e para além destes, algumas contam também com:

- ✓ Fisioterapeuta;
- ✓ Nutricionista;
- ✓ Fonoaudiólogo;
- ✓ Profissional de Educação Física;
- ✓ Assistente Social;
- ✓ Psicólogo;
- ✓ Educador Social;

Deste modo, é importante refletir que nessa conjuntura, a população da zona rural e os povos ribeirinhos, contam com uma série de doenças que são descobertas, considerando baixa porcentagem de profissionais especializados atuando nas UBS destas áreas. Neste caso, se a população destas áreas precisar de atendimento especializado terá que deslocar-se à sede do município em busca de uma UBS ou aguardar as ações de saúde que ocorrem de tempos em tempos nas comunidades por meio da UBS Fluvial ou NASF. Chaves (2016) ressalta que a diferença entre povos, culturas e numa mesma formação social entre indivíduos não pode determinar uma condição de desigualdade. Na verdade, não deveria determinar, porém observa-se que a realidade ocorre de maneira diferente.

Conforme destaca, Garnelo et al. (2016), dentre os estados do Norte, o Amazonas teve o menor percentual de médicos com registro de atuação no interior do estado (6,9%) com índices ainda menores quando se trata das comunidades ribeirinhas e áreas rurais, bem como, fixação dos demais profissionais para atuar nestas localidades. O vínculo na sede do município também é predominantemente formado por contratos de tempo determinado.

Neste contexto chama-se atenção primeiramente para o Estado do Amazonas ser o maior do país, de modo que, tal porcentagem demonstra uma defasagem no número de profissionais atuando na região em seguida ao que Garnelo et al. (2016) destaca em relação a fixação destes profissionais nestas localidades como: interiores e áreas rurais e ribeirinhas.

Desde a década de 1970, quando se efetivaram programas que visavam tanto à formação como à fixação de profissionais na região. Segundo Barbosa (2016 apud

DOLZANE e SCHWEICKARDT, 2020), a questão da fixação profissional afeta de forma negativa os municípios do estado do Amazonas, devido à dificuldade de acesso às comunidades, à dispersão da população, às grandes distâncias, a problemas com infraestrutura local, bem como à falta de qualificação dos profissionais que iriam atuar nesse cenário.

Outro fator que corrobora pra tal cenário é a fragilidade de vínculo dos profissionais, ainda que em sua maioria possuam incentivos financeiros para que atuem na região. Diante disto, tais fatores são determinantes na insustentabilidade da execução da política de saúde na localidade, considerando o tempo em que este cenário permanece, pode ser destacado enquanto fator crônico na região.

Importante problematizar que tal situação é preocupante se tratando da região amazônica que possui características geo-sócio-ambientais peculiares do macroambiente ao qual está inserida, características essas responsáveis pela geração de inúmeros determinantes de agravos à saúde. A especificidade dos problemas da Amazônia a colocam como área prioritária na implementação de medidas para o controle de doenças endêmicas no nível local. Nesse sentido, é possível identificar que a implantação da política de saúde, não tem contemplado o universo amazônico na sua essência, uma vez que, a localidade tem sido objetos de macro políticas pensadas por vezes sem contexto algum ou com pouco ligação com realidade amazônica.

Um fator importante se refere à UBS Fluvial, que pode ser considerada um ganho para estas populações no âmbito da operacionalização da PNAB na localidade. A UBS Fluvial Catarina Brota dos Santos, que pode ser visualizada na Figura 13, atende especificamente as comunidades ribeirinhas estabelecidas ao longo do território do município. As viagens são realizadas a cada 60 dias por um período mínimo de uma semana, podendo durar até 15 a 20 dias. Em atividade desde 2019, possui 01 consultório de clínica básica, 01 consultório de odontologia, farmácia, máquina para realização de Raio-x, e estrutura para realização de exames laboratoriais.

Figura 13 – UBS Fluvial Catarina B. Santos



Fonte: Sema MPU, 2021

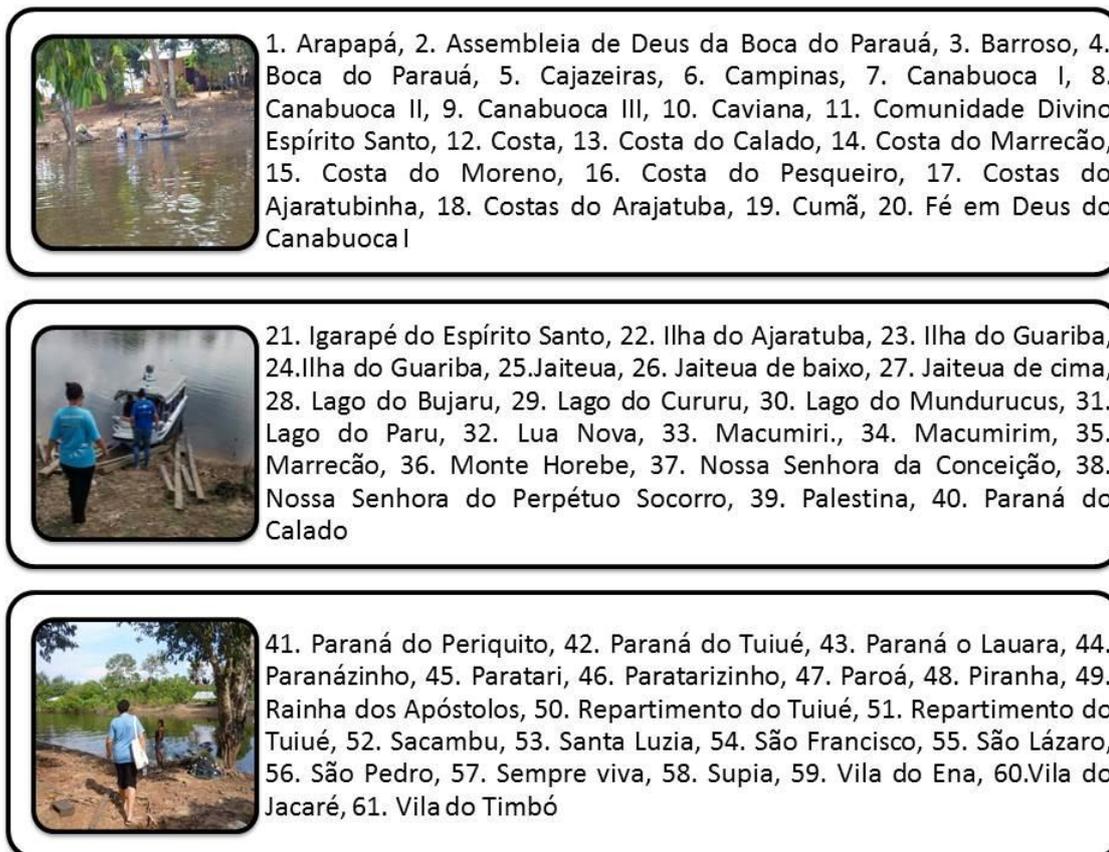
A UBS oferece serviços de atenção primária com as ESF e Equipes de Saúde Bucal, ações de atenção à saúde do trabalhador, ambulatorial, dos pacientes com tuberculose, pré-natal, atenção ao parto e vigilância em saúde. A ESF que atua nesta UBS é a equipe do Rio Manacapuru e Lago Grande. A ESF é formada por Microscopista, Cirurgião dentista, ACS, Médico da família, enfermeiro e técnico de enfermagem.

Na última viagem realizada, em junho de 2021, foram entregues à população mais de 8 mil medicamentos, realizadas 431 consultas médicas, 54 atendimentos de enfermagem, 188 consultas odontológicas 42 exames de raio-x, 92 exames laboratoriais, 29 testes para diagnóstico da Covid-19 e 69 novos cadastros de famílias para recebimento de bolsa família. Importante destacar que as ações ocorrem em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS).

A viagem percorreu as comunidades estabelecidas no rio Solimões, entre elas: Paraná do Periquito, Costas do Ajaratubinha, Costas do Arajatuba, Paraná o Lauara, Ilha do Ajaratuba, Ilha do Guariba, Costa e Paraná do Tuiué. A existência da UBS Fluvial é um fator primordial para o alcance da sustentabilidade social e territorial no âmbito da PNAB, uma vez que quando ocorrem as ações de saúde os comunitários não precisam se deslocar até a sede do município em busca de atendimento, bem como realização de exames, tendo garantido seu direito ao acesso a bens e serviços sociais, considerando o território ao qual estão inseridas.

Os coordenadores de atenção básica do município não souberam precisar o número exato de comunidades ribeirinhas que fazem parte do território, porém através de um levantamento foi possível identificar que o município possui mais 150 comunidades divididas entre área rural e ribeirinha, na Figura 14 é possível visualizar um total de 61 comunidades ribeirinhas que foram identificadas:

Figura 14 – Comunidades Ribeirinhas Território Manacapuru



Fonte: Pesquisa Dissertação, 2021.

Além das viagens realizadas pela UBS Fluvial, as comunidades também são periodicamente atendidas por equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) que é outra modalidade de Equipe que atua no âmbito da AB. De acordo com a pesquisa, ações do NASF nas comunidades realizam em média 100 atendimentos e também através de parcerias, um exemplo são os acadêmicos de medicina da UEA que estão realizando estágio rural no município. Estes atendimentos contam com serviços médicos, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudióloga, bem como serviços de dispensação de medicamentos e visitas domiciliares.

Uma ação a ser destacada, é a palestra sobre as PICS (práticas integrativas complementares do SUS), as PICS fazem parte da política de plantas medicinais e

fitoterápicos que compõe o SUS e para estes povos é de suma importância uma vez que o acesso a medicamentos (fármacos) se dá apenas através dessas ações de saúde e em momentos determinados quando os mesmos deslocam-se até a sede do município.

A utilização das PICS como instrumento educativo e empoderador destas comunidades contribui diretamente para o alcance da sustentabilidade cultural da PNAB, uma vez que se utiliza dos materiais a que estes possuem acesso, para que sejam tratados sintomas básicos de saúde, considerando a cultura do tratamento de doenças nas comunidades por meio das plantas medicinais.

A ausência de serviços sociais para a coletividade, no dia a dia nas comunidades, na área da saúde reforça e valoriza a prática da medicina alternativa, com plantas naturais cultivadas em canteiros ou coletadas na mata que servem para fazer remédios para diversos males, principalmente das crianças. O uso de plantas na cura de problemas de saúde continua sendo uma prática essencial para as famílias. (Chaves et. al., 2004)

Entre os povos tradicionais os conhecimentos são transmitidos oralmente de geração a geração, assim dentre as funções dos mais velhos está a de ensinar aos mais jovens, iniciando-os as práticas e comportamentos. Nestas sociedades, a geração do conhecimento efetiva-se de forma coletiva, numa complexa articulação com a natureza. Nas sociedades amazônicas tradicionais, embora o avassalador processo de modernização patrocinado pela sociedade urbana-industrial tenha removido muitas práticas, principalmente, no meio urbano da região, no meio rural o papel da família para a socialização e transmissão de saberes continua sendo central na organização da cultura e tramas da vida social.

Deste modo, é de suma importância a forma pela qual eles recebem as orientações para uso das PICS. A questão é que esses comunitários precisam ser instrumentalizados qualitativamente (dosagens corretas, serventia das plantas) para utilização desta prática tão importante e não somente participarem de palestras ou outras modalidades de abordagem que em muitos casos não são adequadas à realidade das comunidades, uma vez que são desenvolvidas no âmbito do Ministério da Saúde para serem aplicadas ao Brasil inteiro.

Um ponto que cabe destaque é que o município de Manacapuru possui lanchas SOS para deslocamento das populações que precisam ser levadas à sede para algum tipo de atendimento emergencial ou para utilização em ações de saúde, conforme pode ser visualizado na Figura 15. Ao total o município conta com 11 unidades contratadas para o atendimento da população.

Figura 15 – Entrega e Deslocamento das ESF por meio das Lanchas SOS



Fonte: SEMSA MPU, 2021.

Nesta perspectiva de análise é possível perceber que é necessária uma estrutura pensada exclusivamente para essas comunidades, respeitando suas singularidades. Considerando, o vasto território, banhado por extensas bacias hidrográficas e coberto pela maior floresta tropical do planeta, que já impõem severas desigualdades de acesso a saúde e outras questões referentes a demandas sociais.

Nesse sentido, a política de saúde precisa contemplar o universo ribeirinho, mas na essência, uma vez que, são objetos de macro políticas pensadas sem contexto algum com realidade amazônica. Mesmo a PNAB contemplando as comunidades ribeirinhas com equipes específicas para atuarem junto a esses povos, isso é pensado em um contexto macro, inserindo esses indivíduos em um patamar similaridade com as demais comunidades ribeirinhas do país inteiro, o que não procede. No caso do município de Manacapuru, o mesmo não possui Equipes de Saúde da Família Ribeirinha, repassando estes atendimentos para as ESF.

Na Região amazônica existem muitos focos de mobilizações por políticas públicas para atender as necessidades das comunidades rurais quanto as urbanas, para alcançar um desenvolvimento com sustentabilidade. Entende-se que atuar em prol do desenvolvimento com sustentabilidade na Região pode ser vista como uma possibilidade que guarda viabilidade concreta, considerando suas particularidades locais, tais como a co-existência entre a rica diversidade biológica, as formas singulares de produção e consumo e as variadas modalidades de organização das populações vegetais, animais e humanas. (Chaves, 2015)

Com base nos dados é possível afirmar que existem pontos positivos ao ser observável o trabalho do município em atender as comunidades ribeirinhas, mas ainda existem muitos limites e desafios a serem superados, como: número de profissionais,

especialidades, fixação de profissionais nas áreas, vínculo dos profissionais com o município entre outros, para que este acesso ocorra de forma efetiva. A presença de profissionais qualificados é de grande importância não somente na sede do município, mas também nas comunidades, tendo estes atendimentos a necessidade de serem realizados com frequência, bem como, a permanência dos profissionais a fim de estabelecer o vínculo preconizado para as ESF, no atendimento às famílias.

Desponta neste contexto a preocupação de que as políticas e seus respectivos programas não se tornem apenas mais uma das iniciativas das instituições governamentais que não chegam a se concretizar, mas padecem burocratizadas e desvinculadas dos interesses reais das populações locais.

As políticas públicas poderiam ser um importante instrumento para o enriquecimento e continuidade do modo de vida dos povos tradicionais, uma vez que, pensadas em conformidade com as características sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais ribeirinhas poderiam assegurar o uso e a permanência com qualidade de vida e dignidade, desses sujeitos, em seu território.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fim de aprofundar o debate acerca do acesso destes indivíduos à PNAB, que no seu escopo, se propõe sustentável e parte da perspectiva de inclusão. A pesquisa buscou analisar a sustentabilidade social, cultural e territorial da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a partir da atuação das ESF junto às comunidades ribeirinhas no Município de Manacapuru/AM.

Neste contexto cabe ressaltar que, a Amazônia é um território complexo cujas riquezas culturais, florística, de fauna, rios e seus tributários, os mitos e lendas que nascem alentados pela diversidade existente, traduzem e provocam diversos olhares e percepções. Formam um emaranhado que nem sempre a traduz, assim é que nem toda política lhe cabe ou lhe favorece. Neste sentido, não pode ser vista somente como ambiente físico, ou apenas como ambiente humano, pois se constitui em uma totalidade complexa que envolve as dimensões política, ideológica e sociocultural, sob o estabelecimento de relações sociais dos homens entre si e com a natureza.

Analisar a operacionalização de políticas públicas em comunidades ribeirinhas na Amazônia requer também, considerar que elas estão sendo construídas pouco a pouco por ações de profissionais que enfrentam inúmeros desafios e dilemas e ainda enfrentam as lacunas de conhecimentos existentes, o que por sua vez requer e demanda a ampliação dos estudos que lancem olhares interpretativos para realidade local, ou seja, busquem identificar os saberes e as práticas, como as práticas marcadas pela tradição dessas comunidades com seu ambiente estão sendo priorizados nos planos e programas de ação de tais políticas, bem como se há articulação intersetoriais e entre os responsáveis por sua aplicação.

Nos dias atuais, o início da terceira década do século XXI, ainda vigora a necessidade premente de ampliação e aprofundamento da discussão sobre as formas de acessibilidade a bens e serviços sociais, tendo este estudo, assumido este compromisso ético político com os povos ribeirinhos amazônicos. Os povos da região amazônica requerem que a aplicação de uma política, considere as singularidades locais, seja em sua realidade, seja nas representações a partir dos múltiplos olhares. A realidade destes povos desafia o segmento da saúde, assim como os demais, para o debate, em busca de alternativas sob parâmetros de atuação na área que, mudem os seus destinos sem o viés de destruição sociocultural local.

Este estudo é um esforço importante na busca por elementos que auxiliem em um maior conhecimento sobre as questões que envolvam a saúde destes povos, assim como em um melhor planejamento de políticas que respondam as suas necessidades. Nesta perspectiva, o município de Manacapuru foi escolhido por estar inserido em um dos mais ricos e complexos ecossistemas aquáticos do planeta. É um município que congrega diversos agrupamentos humanos formados por povos de diversas comunidades ribeirinhas, uma vez que este encontra-se banhado pelos rios Solimões, rio Manacapuru, rio Purus e Jará, e por municípios de menor porte localizados no seu entorno, sendo estes: Caapiranga, Anamã, Beruri, Codajás, Novo Airão e Anori.

A configuração territorial do município favorece a atração de populações, servindo como núcleo de referência em termos de bens e serviços no âmbito da microrregião em que está localizado. Conforme salientado na introdução do trabalho, inicialmente foi proposta a realização de pesquisa bibliográfica, documental, bem como o campo mas em decorrência da pandemia de covid 19, tal modalidade não foi possível.

É impar destacar que a Pandemia de COVID-19 encontrou a população brasileira em situação de extrema vulnerabilidade, com altas taxas de desemprego e cortes profundos nas políticas sociais. Conforme destacam Monteiro; Xavier; Mazzani (2020) ao longo dos últimos anos, especialmente após a aprovação da *Emenda Constitucional nº 95*, que impõe radical teto de gastos públicos e com as políticas econômicas implantadas pelo atual governo, há um crescente e intenso estrangulamento dos investimentos em saúde e pesquisa no Brasil. É justamente nesses momentos de crise que a sociedade percebe a importância para um país de um sistema de ciência e tecnologia forte e de um sistema único de saúde que garanta o direito universal à saúde.

Neste contexto, no que se refere ao Amazonas, este teve as taxas de mortalidade estadual sempre maiores que as taxas de mortalidade do Brasil. Bem como, três cidades estavam sempre acima da taxa de incidência estadual: Manacapuru, Manaus e Santo Antônio do Içá. No momento inicial da pandemia, período que convergia com a realização da pesquisa de campo, Manacapuru apresentava mais da metade dos casos registrados no interior do estado.

No que se refere aos dados obtidos, estes apontam que, a localidade conta com 19 UBS, sendo 09 localizadas na zona urbana, 09 na zona rural e 01 Fluvial. Cabe destacar que as UBS localizadas na zona rural são também responsáveis pelo atendimento das

comunidades ribeirinhas, juntamente com a unidade fluvial. Na atualidade o município conta com 24 ESF para o atendimento da população.

Em sua maioria, os profissionais que compõem a ESF, são os ACS, que nas UBS da zona rural e fluvial somam 140, tendo o número de médicos e enfermeiros, nestas áreas, não alcançando 10% da quantidade de ACS. A pesquisa evidenciou a fragilidade do vínculo dos profissionais com o município, uma vez que 95% dos profissionais destas áreas são contratados por tempo determinado. Outro dado importante a ser problematizado é a composição das ESF da zona urbana e da zona rural, tendo a zona urbana, médicos e cirurgião dentista, em todas as unidades, o que não ocorre na zona rural. Bem como outros profissionais como: Fisioterapeuta, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Profissional de Educação Física, Assistente Social, Psicólogo e Educador Social. Deste modo, conforme destacado no capítulo é notória a importância da atuação dos ACS na orientação e prevenção via ações educativas. Todavia, a atuação isolada deles não consegue atenuar o grau agudo das carências de atendimento médico, odontológico, bem como outras especialidades, cenário que deixa a saúde desses povos fragilizada.

No que se refere ao acesso das comunidades ribeirinhas à atenção básica, a pesquisa destacou a UBS Fluvial, que realiza ações periódicas de saúde, que duram de uma semana até 20 dias, atendendo as comunidades estabelecidas ao longo do território. Conforme destacado, não foi possível precisar exatamente o número de comunidades ribeirinhas adscritas ao município de Manacapuru, mas a partir da pesquisa foram identificadas 61. O que pode ser considerado contribuição importante do estudo, pois a sistematização de tais dados contribui diretamente para a proposição, avaliação e execução das políticas públicas na localidade.

Importante destacar que, a existência da UBS Fluvial é um fator primordial para o alcance da sustentabilidade social e territorial no âmbito da PNAB, uma vez que as comunidades ribeirinhas não precisam se deslocar até a sede do município em busca de atendimento, bem como realização de exames, tendo garantido seu direito ao acesso a bens e serviços sociais, considerando o território ao qual estão inseridas. A pesquisa também identificou que além das viagens realizadas pela UBS Fluvial, as comunidades também são periodicamente atendidas por equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) que é outra modalidade de Equipe que atua no âmbito da AB.

Outro fator facilitador do acesso das comunidades ribeirinhas à saúde se dá por meio das Lanchas SOS, que são utilizadas para deslocamento das populações que precisam ser

levadas à sede para algum tipo de atendimento emergencial ou para utilização em ações de saúde. Ao total o município conta com 11 unidades contratadas para o atendimento da população.

Diante deste contexto, foi possível identificar que são desenvolvidas no município, diversas ações para proporcionar o acesso à saúde por meio dos povos ribeirinhos, ainda que seja necessário avançar muito. Principalmente no que se refere à disposição de profissionais nas áreas sem que a população necessite buscar a sede do município, a rotatividade dos profissionais, uma vez que os contratos são por tempo determinado, ao passo que os indivíduos desenvolvem uma relação de confiança com tal profissional o mesmo pode ser substituído, o que dificulta a efetividade das ações de saúde.

No que se refere à sustentabilidade social, a disposição das UBS da zona rural, fluvial e as Lanchas SOS, corroboram para o acesso das comunidades aos serviços de saúde, porém ainda é necessário avançar no que se refere ao tempo de espera que estes usuários esperam pelos atendimentos que, ocorrem através das ações de saúde. Porém destaca-se que seria de suma importância que estes pudessem ter acesso aos atendimentos diariamente assim como a população da zona urbana.

No cenário da sustentabilidade cultural, foram identificadas ações a partir da atuação das ESF, que são orientadas a respeitar a cultura do território e os saberes populares que dão sentido à forma como os indivíduos vivenciam seu processo saúde-doença. Sendo identificada através das ações educativas, como por exemplo, o incentivo a utilização das PICS, que se utiliza dos materiais a que estes possuem acesso, para que sejam tratados sintomas básicos de saúde, considerando a cultura do tratamento de doenças nas comunidades por meio das plantas medicinais.

Neste sentido, cabe destacar que a perspectiva de sustentabilidade territorial encontra-se imbricada às ações de sustentabilidade social e cultural, uma vez que o acesso e o respeito à cultura ocorrem, considerando o território ao qual as comunidades ribeirinhas amazônicas estão inseridas.

Deste modo, destaca-se que a pesquisa conseguiu alcançar seu objetivo, mas que ainda é necessário avançar cada vez mais nos estudos acerca da temática, principalmente nesta região, que mesmo contando com importantes trabalhos, precisa ainda aprofundar debates voltados para a realidade da operacionalização das políticas públicas na Amazônia. Tal necessidade pode contribuir futuramente para a realização de uma pesquisa de doutorado,

proporcionando o aprofundamento da temática. Contudo, os dados obtidos através da análise poderão ser utilizados para subsidiar ações que colaborem para a melhoria do atendimento e acesso destes povos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2011.

AROUCA, A.S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp/Fiocruz, 2003.

BARROSO, Silvana Compton. **Comunidades Ribeirinhas no Amazônia: a dinâmica sociopolítica para acesso a bens e serviços sociais**. Manaus: EDUA, 2015.

BECKER, Bertha K. **Amazônia: geopolítica na virada do III milênio**. Rio de Janeiro, Garamond, 2004.

BELLEN, H. M. V. **Indicadores de sustentabilidade: uma análise comparativa**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006

BEZERRA, IMP, SORPRESO, ICE. **Concepts and movements in health promotion to guide educational practices**. J Hum Growth Dev. 26(1): 11-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709> Manuscript submitted: Nov 22 2015, accepted for publication Dec 19 2015.

BOFF, Leonardo. **Sustentabilidade: o que é – o que não é**. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

BRASIL. **Lei 8.080, 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, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS**, v. 1, 2010 (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, Maria Inês. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Coletânea ABEPSS.2016

BRAVO, MI; PACHECO, J. **Novos agentes econômicos fomentados pela contrarreforma liberal na saúde: um panorama das organizações sociais atuantes no município do Rio de Janeiro, Brasil.** BRAVO, M I et al (orgs). *A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro.* 1 ed. Rio de Janeiro : Rede Sirius, 2016, v.1, p. 61-69. Camara municipal de Manacapuru, 2017

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil.** Stud. av., São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142013000200002&lng=en&nrm=iso. access on 16 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>. Carvalho, Gilson *A saúde pública no Brasil.* Estudos Avançados [online]. 2013, v. 27, n. 78 [Acessado 18 Julho 2021] , pp. 7-26. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>>. Epub 12 Jun 2015. ISSN 1806-9592. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.

CASTRO, Edna. **Território, Biodiversidade e Saberes de Populações Tradicionais** *In* Faces do Trópico Úmidos – conceitos e questões sobre desenvolvimento e meio ambiente/ Edna Castro, Florence Pítou (orgs). – Belém: Cejup: UFPA-NAEA, 1997.

CAVALCANTI, Clóvis. (org.). **Desenvolvimento e Natureza: estudos para uma sociedade sustentável.** São Paulo: Cortez, 2002.

CAVALCANTI, Ludmila F.; ZUCCO, Luciana P. **Política de Saúde e Serviço Social.** In: CAVALCANTI, Ludmila F.; REZENDE, Ilma (orgs). *Serviço Social e Políticas Sociais.* Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 67-82

CHAVES. **Uma experiência de pesquisa-ação para gestão comunitária de tecnologias apropriadas na Amazônia: o estudo de caso do assentamento de reforma agrária Iporá.** 2001. UNICAMP/CIREC, Campinas, 2001.

CHAVES M.P.S.R., Abreu J.P., Bindá F. 2004. **As condições de vida e de uso de recursos pelos moradores do Parque Nacional do Jaú. In: Janelas para a Biodiversidade no Parque Nacional do Jaú: Uma estratégia para o estudo da biodiversidade na Amazônia.** S.H. Borges, S. Iwanaga, C.C. Durigan, M.R. Pinheiro (eds.). Fundação Vitória Amazônica, Manaus. p.63-78.

CHAVES, M^a do Perpetuo Socorro Rodrigues; RODRIGUES, Débora Cristina Bandeira. **Desenvolvimento Sustentável: Limites e Perspectivas no Debate Contemporâneo.** Revista Interações, 2006.

CHAVES. **De Cativo a liberto: o processo de constituição sócio-histórica do seringueiro no Amazonas.** Manaus: Valer, 2011

CHAVES, M. do P.S.R. et al. **Desenvolvimento com sustentabilidade: uma experiência de inovação social na Amazônia.** In: CHAVES, M. do P.S.R.; LIMA, J. (Org.). *Inovação, desenvolvimento e sustentabilidade na Amazônia.* 1 ed. Manaus: Editora da UFAM- EDUA, 2012d, v. 01, p. 45-60.

CHAVES. **Bioética: no campo de abordagem dos saberes e práticas socioculturais.** In: CHAVES, M. do P.S.R.; LIMA, J. (Org.). *Inovação, desenvolvimento e sustentabilidade na Amazônia*. 1 ed. Manaus: EDUA, 2012c, v. 01, p. 61-76.

CHAVES, Maria do P. Socorro Rodrigues et al. **Saberes Tradicionais e Práticas de Sustentabilidade em Comunidades Ribeirinhas na Amazônia.** In: FRAXE, Therezinha de J. Pinto et al. *Agroecologia em Sociedades Amazônicas*. Manaus: Editora e Gráfica Moderna, 2015.

CHAVES, Ma. Do P. Socorro Rodrigues. **Sustentabilidade das Práticas de Economia da Cultura dos Moradores do Puraquequara, em Manaus –AM.** Relatório de Pesquisa Bolsa Produtividade CNPq, 2020.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE
Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata. URSS, 6-12 de setembro de 1978

CUETO. Marcos. **Saúde Global: uma breve história.** Rio de Janeiro: Editor Fiocruz, 2015.

CZERESNIA D. FREITAS. CM (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

DIEGUES, Antonio Carlos Sant'Ana. **O mito da natureza intocada.** 3.^a edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

DJONU. Patrícia et al. **Objetivos Do Desenvolvimento Sustentável e Condições de Saúde em Áreas de Risco Ambiental.** soc., São Paulo, v. 21, e09110, 2018. available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1414753x2018000100406&lng=en&nrm=iso>. access on 16 July 2020. epub nov 29, 2018. <https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc0091r1vu1813td>.

DOLZANE, Rozenila S.; Schweickardt, Júlio C. **Provimento e fixação de profissionais de saúde na atenção básica em contextos de difícil acesso: perfil dos profissionais de saúde em municípios do Amazonas.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020, e00288120, DOI: 10.1590/1981-7746-sol00288

FINKELMAN, Jacobo (org). **Caminhos da Saúde pública no Brasil**/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

FUNDAÇÃO VITÓRIA AMAZÔNICA. **Características socioambientais do município de Manacapuru.** / Simone Iwanaga; Marcelo Paustein Moreira (Elaboração). – Manaus: FVA, 2017. Garnelo, Luiza, da Silva, Clayton de Oliveira, Lima Sousa, Amandia Braga. Regionalização em Saúde no Amazonas: Avanços e desafios.. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2016/Nov).

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5 ed. São Paulo. 2016

GODARD, O. **O desenvolvimento sustentável: paisagem intelectual.** In: CASTRO, E.; PINTON, F. (Orgs.). *Faces do trópico úmido: conceitos e questões sobre desenvolvimento e meio ambiente.* Belém: Cejup: NAEA-UFPA, 1997.

GONÇALVES, R. B. Mendes. **Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

HOBBSAWM, Eric. **Como mudar o mundo: Marx e o marxismo 1840- 2011**, São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

LEFF, E. **Saber ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade e poder**. 7. Ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MACIAZEKI-GOMES RC et al. **O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1637-1646, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cronologia Histórica da Saúde Pública. Fundação Nacional de Saúde – FUNASA**, 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br:8080/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso dia, 15 de junho de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Determinantes sociais. Pense mais SUS: A reflexão fortalece essa conquista**. Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>. Acesso dia 09 de fevereiro de 2020.

NASCIMENTO, Luis Felipe **Gestão ambiental e sustentabilidade** / Luis Felipe Nascimento. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2012.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, Jarnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009

PASSOS. R. A, NUNES S da S, SILVA LF. **A Pluralidade do Conceito de Saúde: o Poder de Voz dos Usuários do SUS em uma Conferência Municipal de Saúde/The Plurality of the Concept of Health: the Voice Power of Unified Health System (SUS) Users in a Municipal Health Conference**. *Rev Cienc Saude [Internet]*. 1 [cited 2021May23];5(2):91-9. Available from: http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit_zero/article/view/332

Prefeitura de Manacapuru. **Site da Prefeitura**. Acessado em junho de 2021.

SACHS, Ignacy. “**Ambiente y estilo de desarrollo**”, *Comercio Exterior*, XXIV, (1984): 360-368.

SACHS, Ignacy. “**Caminhos para o desenvolvimento sustentável**”, Ignacy Sachs, Rio de Janeiro, Garamond, 2002.

SACHS, Ignacy. **A Terceira Margem: em busca do ecodesenvolvimento**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

SACHS, Ignacy. **Caminhos para o Desenvolvimento Sustentável**. Rio de Janeiro. Garamond. 2000.

SACHS, Ignacy. **Espaços, tempos e estratégias de desenvolvimento**. São Paulo: Vértice, 1986.

SCHERER, Magda D. A.; MARINO, Selma R. A.; RAMOS, Flávia R. S. **Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a Estratégia Saúde da Família com base nas categorias kuhnianas**. Interface: Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 53-66, set. 2004-fev. 2005.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição**¹ Este artigo foi elaborado a partir de um trabalho, "O campo da Saúde Coletiva: definições e debates na sua constituição", anteriormente apresentado pelos autores no VI Congresso Brasileiro de Ciências Humanas e Sociais em Saúde, em 2013. . Saúde e Sociedade [online]. 2015, v. 24.

SCHWEICKARDT, JC. **Ciência, Nação e Região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas, 1890-1930**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

SCLIAR, Moacir. **A História do Conceito de Saúde**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007

SEGRE, Marco e FERRAZ, Flávio Carvalho. **O conceito de saúde**. Rev. Saúde Pública [online]. 1997, vol.31, n.5, pp.538-542. ISSN 1518-8787. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>.

SILVA, Antonio Sérgio da et al. **A sustentabilidade e suas dimensões como fundamento da qualidade de vida**. Revista Geografia em Atos, São Paulo, v. 1, ed. 12, p. 22-42, janeiro a junho 2012. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/geografiaematos/article/viewFile/1724/sergiosilva>. Acesso em: 10 fev. 2020.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer** (Locais do Kindle 60-61). SciELO - Editora FIOCRUZ. Edição do Kindle.

SILVA, Liliana Sousa e. **Sustentabilidade na cultura: da diversidade cultural à sustentação financeira**. Texto extraído de Palestra realizada à Fundação Casa de Rui Barbosa em 2011. Disponível em: http://www.casaruibarbosa.gov.br/dados/DOC/palestras/Políticas_Culturais/II_Seminario_Internacional/FCRB_Liliana_Sousa_e_Silva_Sustentabilidade_na_cultura.pdf

SILVA, Marcelo José de Souza e, Schraiber, Lilia Blima e Mota, André **The concept of health in Collective Health: contributions from social and historical critique of scientific production**. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2019, v. 29, n. 01 [Acessado 18 Julho 2021] , e290102. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290102>>. Epub 18 Abr 2019. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290102>.

SILVA, Marcelo José de Souza e; SCHRAIBER, Lilia Blima; MOTA, André. **O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica**. Physis, Rio de Janeiro , v. 29, n. 1, e290102, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000100600&lng=en&nrm=iso>. access on 23 May 2021. Epub Apr 18, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290102>.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002.

UNESCO. **Convenção sobre a Proteção e Promoção da Diversidade das Expressões Culturais**. Texto oficial ratificado pelo Brasil por meio do Decreto Legislativo 485/2006. Disponível em: Acesso em: 29/05/2020.

VIEIRA, P.F. **Meio ambiente, desenvolvimento e planejamento**, In: VIOLA, E. et al. Meio ambiente, desenvolvimento e cidadania: desafios para as ciências sociais. São Paulo: Cortez, 1995. p. 45-9

WAGLEY, Charles. **Uma Comunidade Amazônica: estudo do homem nos trópicos**. 3. ed. Tradução de Clotilde da Silva Costa. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1988.

ZAGO, Luis Henrique. **O método dialético e a análise do real**. Kriterion: Revista de Filosofia [online]. 2013, v. 54, n. 127 [Acessado 24 março 2021] , pp. 109-124. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-512X2013000100006>>. Epub 07 Maio 2013. ISSN 1981-5336. <https://doi.org/10.1590/S0100-512X2013000100006>.