



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

CAMILA FERNANDA PINHEIRO DO NASCIMENTO

**SUSTENTABILIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA EM
COMUNIDADES TRADICIONAIS RIBEIRINHAS NO AMAZONAS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MANAUS – AM/2021

CAMILA FERNANDA PINHEIRO DO NASCIMENTO

**SUSTENTABILIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA EM
COMUNIDADES TRADICIONAIS RIBEIRINHAS NO AMAZONAS**

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.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Maria do Perpetuo Socorro Rodrigues Chaves

MANAUS – AM/2021

Ficha Catalográfica

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

N244s Nascimento, Camila Fernanda Pinheiro do
Sustentabilidade da política nacional de atenção básica em
comunidades tradicionais ribeirinhas no Amazonas / Camila
Fernanda Pinheiro do Nascimento . 2021
109 f.: il. color; 31 cm.

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

1. Sustentabilidade. 2. Saúde. 3. Cidadania. 4. Povos tradicionais.
5. Amazônia. I. Chaves, Maria do Perpetuo Socorro Rodrigues. II.
Universidade Federal do Amazonas III. Título

TERMO DE APROVAÇÃO

CAMILA FERNANDA PINHEIRO DO NASCIMENTO

**SUSTENTABILIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA EM
COMUNIDADES TRADICIONAIS RIBEIRINHAS NO AMAZONAS**

BANCA EXAMINADORA:

**Prof.^a. Dra. Maria do Perpetuo Socorro Rodrigues Chaves – Presidente
PPGSS/UFAM**

**Prof.^a. Dra. Lidiany de Lima Cavalcante – Membro Interno
PPGSS/UFAM**

**Prof.^a. Dra. Carolina Cassia Batista Santos – Membro Externo
DOCENTE DA UFAM**

Relatório de Exame de Qualificação aprovado em ____ de _____ 2021.

À Prof.^a Dra. Débora Cristina Bandeira Rodrigues (o conhecimento), aos meus pais o Sr. Francisco Nogueira do Nascimento (a alegria) e a Sra. Elizeuda Pinheiro de Oliveira (a determinação), pois sem eles nem mesmo uma letra poderia ter sido escrita. A eles a minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

Palavras da Orientadora para Camila

O percurso investigativo que, por si só, representa desafios e dilemas indescritíveis, na dinâmica destes tempos de incertezas agigantaram-se acenando com o imponderável, mostrando a face da impossibilidade em todos os fronts. Mas, apesar das inegáveis e inenarráveis perdas e dos limites que ameaçavam o compromisso assumido, a geração de novos saberes fez-se real, dando forma e vida a inumeráveis aprendizados que ao se deixar conduzir pela arte das técnicas e dos métodos e ao confiar que os provocações e os reptos estão aí para serem superados, mesmo quando há apenas uma pequena centelha de luz no infinito, vale sim investir na construção de uma trajetória de abordagem do conteúdo e práticas no monitoramento de políticas públicas àqueles que esperam que nossas competências enfrentem nosso limites e a força do poder avassalador que se impõe para nos conduzir a derrotas contínuas.

Neste texto, cada narrativa e cada etapa foram formar gerados pela esperança, perseverança e na fé, devidamente descritos, explicados e ilustradas em registros no decorrer desta dissertação. Expressão de muitas dores que foram sentidas, em maior medida muitas lições foram apreendidas. Os caminhos traçados neste trabalho assumiram contornos de uma verdadeira cruzada, mas que pela condução do divino que há em ti e pelo esforço sobre-humano que dedicastes, ao final em meio a tantos percalços, a empreitada fez-se vitoriosa.

Palavras de Camila para amigos, familiares, colegas e professores

Nesse momento não há palavras que expressam o sentimento que agora me consome e que impede de agradecer a todos de forma particular por essa conclusão. Não por não ter pelo o quê ou para quem agradecer, mas pelo simples motivo de não saber externalizar o sentimento que anseia por ser nomeado que abrange o desejo de servir e de acolher em um abraço a todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para a construção desse manuscrito, que simboliza muito mais do que um trabalho intelectual, mas representa a forma de honrar todas as pessoas que passaram por esse caminho e trilharam essa jornada ao meu lado, aqueles que puderam redigir palavras grifadas e aqueles que as lançaram ao ar em forma de incentivo e motivação. Nem todos que deixaram a marca em meu espírito e estiveram percorrendo essa trilha comigo puderam contemplar a finitude desta caminhada, por partirem prematuramente

deste plano e por muito tempo não poderei dizer-lhes adeus. Para mim seus ensinamentos e sentimentos estarão gravados nesse momento que simboliza o fim de uma jornada, mas que também simboliza um recomeço de um novo viver. E com imensa satisfação e com o coração saudoso com as memórias desse período difícil e ao mesmo tempo transformador que quero finalizar dizendo muito obrigado e até breve.

“Levanto a minha voz, não para que eu possa gritar, mas para que
aqueles sem voz possam ser ouvidos”

Malala Yousafzai

RESUMO

A questão das políticas sociais e o acesso dos povos tradicionais à saúde ganharam destaque nos debates atuais, tanto no âmbito da sociedade civil organizada como no campo acadêmico, enfatizando assim relevância social, acadêmica e científica do estudo em pauta. Neste estudo, ganhou centralidade, a cidadania dos povos ribeirinhos na Amazônia, tendo a materialização do direito à Política de Saúde, como instrumento central na garantia da reprodução social e material desses povos. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é o objeto de estudo para caracterizar o direito à saúde dos ribeirinhos, à luz do conceito de sustentabilidade, inerente à perspectiva de justiça social. O objetivo geral centrou-se na análise da sustentabilidade da PNAB, no acesso à saúde pelos povos tradicionais ribeirinhos em Caapiranga/AM, além de mapear as formas de acesso aos serviços na atenção básica abordando a concepção de sustentabilidade em suas bases social e cultural. Os procedimentos metodológicos da pesquisa, pautado pela teoria social crítica, efetivou-se a partir da pesquisa documental e dos dados secundários dos estudos do Grupo Inter-Ação e das plataformas oficiais governamentais. Em seus resultados o estudo permitiu identificar os esforços realizados para consolidação do SUS visando a garantia de acesso dos povos ribeirinhos aos serviços de saúde e o enfrentamento da falta de prioridade em relação ao acesso às políticas sociais. Em face aos limites impostos pela força de expansão do capital impondo sua lógica no campo das políticas públicas e sociais, delimitando os domínios e extensão do atendimento, demarcando as prioridades e os limites no acesso destes povos aos direitos de cidadania, o significado das lutas da classe de trabalhadores/as rurais para ter acesso à UBSF e ESRF na PNAB/12, a partir da implantação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Esses diferentes modos de vida coadunam-se e inter-relacionam processos de saúde-doença, no contexto Amazônico a efetivação da PNAB encontra muitos desafios, tanto pela extensão geopolítica, o distanciamento das comunidades dos centros com infraestrutura de bens e serviços sociais, o quantitativo limitado de quadros profissionais que prevalece, a limitada infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e a gestão da AB no que se refere ao desenvolvimento de estratégias e políticas intersetoriais. Nesse contexto, foi possível destacar o compromisso dos profissionais de saúde, no esforço para viabilizar o atendimento médico assistencial, destacando o papel dos ACS como profissionais basilares no que diz respeito ao vínculo serviço-usuário-profissional.

Palavras-chave: Sustentabilidade, Saúde, Cidadania, Povos tradicionais e Amazônia.

ABSTRACT

The issue of social policies and the access of traditional peoples to health have gained prominence in current debates, both within organized civil society and in the academic field, thus emphasizing the social, academic and scientific relevance of the study in question. In this study, the citizenship of riverine peoples in the Amazon gained centrality, with the materialization of the right to Health Policy, as a central instrument in guaranteeing the social and material reproduction of these peoples. The National Primary Care Policy (PNAB) is the object of study to characterize the riparian people's right to health, in the light of the concept of sustainability, inherent to the perspective of social justice. The general objective focused on the analysis of the sustainability of the PNAB, in the access to health by the traditional riverside peoples in Caapiranga/AM, in addition to mapping the forms of access to services in primary care, addressing the concept of sustainability in its social and cultural bases. The methodological procedures of the research, guided by critical social theory, were carried out based on documental research and secondary data from studies by the Inter-Action Group and official government platforms. In its results, the study made it possible to identify the efforts made to consolidate the SUS in order to guarantee the access of riverine peoples to health services and to face the lack of priority in relation to access to social policies. In view of the limits imposed by the force of expansion of capital imposing its logic in the field of public and social policies, delimiting the domains and extension of the service, demarcating the priorities and the limits in the access of these peoples to the rights of citizenship, the meaning of the struggles of class of rural workers to have access to the UBSF and ESFR in the PNAB/12, from the implementation of the National Policy for Comprehensive Health of the Populations of the Countryside, Forest and Waters. These different ways of life are consistent and interrelate health-disease processes, in the Amazon context, the implementation of the PNAB encounters many challenges, both because of the geopolitical extension, the distance of communities from centers with infrastructure of goods and social services, the quantitative the limited number of professional staff that prevails, the limited infrastructure of the Basic Health Units and the PHC management with regard to the development of intersectoral strategies and policies. In this context, it was possible to highlight the commitment of health professionals, in the effort to make medical assistance possible, highlighting the role of ACS as basic professionals with regard to the service-user-professional bond.

Keywords: Sustainability, Health, Citizenship, Traditional peoples and Amazon.

LISTA DE FIGURA

Figura 01 – Marcos sóciohistóricos da Organização Mundial da Saúde.....	26
Figura 02 – Princípios do SUS	33
Figura 03 – Gestão do SUS	37
Figura 04 – Fundamentos da AB e dimensões da integralidade.....	39
Figura 05 – Principais Encontros e Conferências sobre o Desenvolvimento Sustentável	49
Figura 06 – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.....	56
Figura 07 – ODS 03 Saúde e bem-estar e as 09 metas da Agenda30.....	60
Figura 08 – Estado do Amazonas	67
Figura 09 – Saúde para a povos ribeirinhos	73
Figura 10 – Mapa do Município de Caapiranga	76
Figura 11 – Comunidades Tradicionais de Caapiranga.....	77
Figura 12 – Atendimento de Saúde nas comunidades ribeirinhas de Caapiranga.....	87
Figura 13 – Área de Jurisdição do Município de Caapiranga com destaque para o Grande Lago de Manacapuru	88
Figura 14 – Localização geográfica e Frente da Comunidade São Lázaro na cheia e na seca	89
Figura 15 – Unidade Básica de Saúde de São Lázaro	90
Figura 16 – Localização Geográfica e Frente da Comunidade Santa Luzia na cheia e na seca	92
Figura 17 – Unidade Básica de Saúde de Santa Luzia	93

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Princípios e suas definições	34
Quadro 02 – Equipe de Saúde na PNAB	40
Quadro 03 – Definição de Ecodesenvolvimento	46
Quadro 04 – Dimensões da Sustentabilidade	47
Quadro 05 – Principais agências e Organismos de Saúde Internacional.....	51
Quadro 06 – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável na agenda 2030.....	57
Quadro 07 – Subdivisão do Estado do Amazonas, segunda área administrativa e territorial ..	68
Quadro 08 – Estabelecimento de saúde no Município de Caapiranga	80
Quadro 09 – Equipes de Saúde na AB Caapiranga	86
Quadro 10 – ODS 03 Saúde e Bem-Estar em Caapiranga	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – População do Estado do Amazonas, por divisão rural e urbana, e por distribuição de faixa etária de idade em situação de extrema pobreza.....	68
Tabela 02 – População Rural por gênero do município de Caapiranga/AM.....	77
Tabela 03 – Profissionais e vinculação na SEMSA/Caapiranga	83

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACE – Agente Comunitário de Endemias
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento
CF – Constituição Federal
CIRED – Centre International de Recherche sur l’Environnement et le Développement
CLT – Consolidação das Leis de Trabalho
CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS – Conferencia Nacional de Saúde
CNUMAH – Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano
DSS – Determinantes Sociais de Saúde
eACS – Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
eCR – Equipe Consultório de Rua
eSB – Equipe de Saúde Bucal
eSF – Equipe da Estratégia da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
eSFR – Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
FMI – Fundo Monetário Internacional
Grupo Inter-Ação – Grupo Interdisciplinar de Estudos Socioambientais e Desenvolvimento de Tecnologias Sociais na Amazônia.
HUGV – Hospital Universitário Getúlio Vargas
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – Iniciação Científica
LOS – Lei Orgânica da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODM – Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNUMA – Programa das Nações Unidas para Meio Ambiente
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SEMSA – Secretária Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UBSF – Unidade Básica de Saúde Fluvial
UFAM – Universidade Federal do Amazonas
ZFM – Zona Franca de Manaus

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I - SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS: perspectivas e efetivação do direito à saúde nas políticas sociais no Brasil.....	21
1.1 SAÚDE: conceituação e a perspectiva de direito na política de saúde.....	21
1.2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: atenção básica no SUS.....	31
CAPÍTULO II – SUSTENTABILIDADE E POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: a construção do conceito e sua relação com a promoção da saúde.....	43
2.1. SUSTENTABILIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: uma leitura a partir do ecodesenvolvimento e suas dimensões.....	43
2.2. PNAB SOB A ÓTICA DOS OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL PARA A SAÚDE NO BRASIL	55
CAPÍTULO III – PNAB NAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS NO AMAZONAS: o município de Caapiranga/AM e o acesso a saúde pelos povos tradicionais ribeirinhos .	64
3.1 ATENÇÃO BÁSICA NO AMAZONAS: os povos tradicionais e o acesso a saúde... 	64
3.2 MUNICÍPIOS DE CAAPIRANGA E OS SERVIÇOS DE SAÚDE: caracterização do <i>locus</i> de estudo	75
3.3 SUSTENTABILIDADE SOCIAL E CULTURAL DA PNAB NO CONTEXTO COMUNITÁRIO: o ODS e as estratégias sustentáveis	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS	102

INTRODUÇÃO

A carta Magna de 1988, que instituiu o sistema de Seguridade Social no Brasil, caracterizando um sistema amplo de proteção social, como tripé a Assistência, Previdência e a Saúde. A partir da Lei 8.080 de 19/09/1990, que estabelece o SUS, foi regulado o acesso à saúde no Brasil, como principais premissas destaca-se a universalidade, integralidade e equidade.

A lei supracitada apresenta a organização do atendimento em três níveis de forma a garantir a integralidade no acesso à saúde pelos usuários do SUS, sendo eles a atenção básica ou primária, a média complexidade e a alta complexidade. Esses níveis de atendimento à saúde também são defendidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que ressalta a importância do atendimento à saúde de forma integrada.

Cada nível é responsável pelo atendimento ao usuário, conforme a complexidade do serviço, sendo a atenção primária, a porta de entrada no atendimento ao usuário no SUS, responsável pela prevenção e a redução de riscos à saúde. A média complexidade se caracteriza pelo atendimento mais especializado com realização de exames mais complexos para acompanhamento ou investigação da condição de saúde do usuário. Na alta complexidade os serviços são mais especializados onde o usuário será submetido a algum procedimento cirúrgico ou a exames e tratamentos mais evasivos. (BRASIL, 1990)

No que concerne o atendimento da Atenção Básica (AB), os serviços de saúde oferecidos têm características de prevenção e manutenção de saúde e, em casos referenciados da média e alta complexidade, de recuperação da saúde. Tendo um papel fundamental na garantia do direito à saúde das populações, visto que de acordo com a organização do SUS o atendimento começa no nível básico, porta de entrada preferencial no sistema, e termina na AB pela referência e contra referência onde o paciente atendido na média e alta complexidade volta para a sua UBS de origem para acompanhamento. A Atenção Básica se configura como um nível fundamental para gestão dos serviços de saúde, sendo a UBS o principal equipamento para a materialização do direito pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB.

Na realidade Amazônica, entender as especificidades envolvidas no modo de vida desses povos é essencial para pensar na operacionalização da política, partindo dessa perspectiva de promoção, manutenção e recuperação da saúde das populações das comunidades tradicionais não-indígenas devem ser pensadas como iniciativas e ações que visualizem as especificidades social, cultural, econômica, ambiental e geográfica. (SCHERER, 2009)

De acordo com Silva (2016), o estudo das condições de vida e situação de saúde dessas populações torna-se imprescindível para planejar, elaborar e executar ações que possam atuar de forma efetiva na redução dos agravos de saúde que de acordo com exposto devem ser pensadas resguardando a identidade cultural e as singularidades desses povos.

Nesse sentido, se faz necessário entender as especificidades dessas populações os elementos que as configuram e que caracterizam o processo saúde-doença evidenciando suas características sociais, culturais, políticas, econômicas e ambientais para a garantia de um acesso equitativo que respeite a singularidade e autonomia dessas populações como exposto na PNAB e que também é visibilizado na relação entre políticas públicas e sustentabilidade, entendendo nesse contexto a sustentabilidade como fundamentada em uma sociedade cujos princípios de equidade e justiça sociais são almejados.

Nesse sentido, o estudo assume relevância social ao caracterizar o acesso a saúde das Comunidades Tradicionais Ribeirinhas para a garantia da cidadania, tendo a possibilidade de subsidiar políticas públicas que atendam as demandas de forma integral e respeitando a singularidade e as particularidades socioculturais e históricas desses povos reconhecendo o processo saúde-doença e as estratégias de acesso à saúde, assim como o reconhecimento e incorporação do conhecimento tradicional no desenvolvimento dos serviços de saúde.

Nesse sentido é importante ressaltar que o estudo aborda a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB no atendimento dos Povos Tradicionais Ribeirinhos da Amazônia, e pretende oferecer subsídios para fomentar a discussão dessa temática afim de contribuir na discussão a nível local, regional e nacional.

A escolha da temática se deu por dois motivos, primeiro pela experiência acadêmica científica da pesquisadora que desenvolve estudos com comunidade ribeirinhas desde 2011 quando realizou o primeiro projeto de Iniciação Científica – IC, além de possuir um vínculo com as comunidades escolhidas como lócus de pesquisa para o desenvolvimento do estudo desde de 2012 quando foi realizado a pesquisa intitulado: Organização e Trabalho das Mulheres Ribeirinhas Amazônicas: um estudo nas comunidades de Santa Luzia e São Lázaro no Grande Lago de Manacapuru/AM, sob a coordenação da Prof. Dra. Débora Cristina Bandeira Rodrigues, financiado pelo CNPq através do edital 032/2012, onde a pesquisadora teve a oportunidade de desenvolver junto com o grupo de pesquisa Inter-Ação e a comunidade 1 (um) projeto de IC e 1 (um) projeto de Iniciação Tecnológico – IT, além de participar de 03 (três) Atividades Curricular de Extensão – ACE e da equipe de pesquisadores de um projeto guarda-chuva intitulado Estudo sobre a sustentabilidade das tecnologias sociais no desenvolvimento

do trabalho da agricultura familiar em comunidades tradicionais na Amazônia sob a coordenação da Prof. Dra. Maria do Perpetuo Socorro Rodrigues Chaves.

A experiência no desenvolvimento desses estudos possibilitou a escolha de voltar a essa área para a realização da pesquisa para a dissertação, visto que em vários momentos na análise dos dados das pesquisas desenvolvidas no período da graduação junto às comunidades foi possível verificar que a saúde era um tema muito importante e que os serviços prestados não respondiam as demandas dessas populações fazendo assim que o estudo tenha uma importância para aprofundar essa temática e dar visibilidade a essa expressão da Questão Social nas Comunidades Tradicionais na Amazônia.

O segundo motivo inerente à escolha da temática é a participação da pesquisadora no Programa de Atenção Integral na Saúde Funcional em Doenças Neurológicas do Hospital Universitário Getúlio Vargas - HUGV/UFAM (2017-2019). O programa de residência multiprofissional oportunizou a vivência em espaços de atuações distintos, sendo a UBS um desses campos de prática onde a pesquisadora teve a oportunidade de atuar junto à equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF e aos usuários da UBS Josefina de Melo, possibilitando um conhecimento em lócus dos serviços prestados pela UBS aos usuários do SUS, além de uma disciplina cursada na residência intitulada Estudo das políticas públicas com enfoque locorregional, onde tivemos a oportunidade de estudar sobre os serviços de saúde no contexto local, foi a partir dessa disciplina, da prática na UBS junto aos usuários do SUS e da vivência de pesquisa no grupo Inter-Ação que foi delimitado o objeto de pesquisa do projeto de dissertação.

Outro fator que contribuiu para a realização do estudo foi o projeto pós-doutoral da orientadora, que acompanhava o estudo no momento da elaboração do projeto, que também abordava a mesma temática, a partir do projeto guarda-chuva intitulado: Sustentabilidade e Políticas Públicas de Saúde: medicina tradicional e convencional no Amazonas foi possível desenvolver a proposta da dissertação que estava articulado a mais dois projetos de dissertações sendo eles: Sustentabilidade e Saúde: estudo sobre as equipes de saúde da família em Manacapuru/AM e Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares na Ótica da Sustentabilidade: estudo da medicina tradicional com plantas no Amazonas, com o intuito de junto com a orientadora produzir um estudo mais amplo e complexo sobre a realidade da saúde no Amazonas, mais precisamente das comunidades tradicionais não-indígenas apresentando o conceito de sustentabilidade para pensar uma política mais universal que respeite o conhecimento local e articule ciência e conhecimentos tradicionais no cuidado a saúde.

Nesse mesmo sentido, abordamos para aprofundamento do estudo, o conceito de sustentabilidade, a partir da concepção de ecodesenvolvimento apresentada por Sachs, postula a mudança social como viés estratégico para a criação de uma sociedade realmente sustentável, enfatizando a equidade e a justiça social. Cavalcanti (2002) traz em seus estudos subsídios que articulam as Políticas Públicas e a Sustentabilidade, afirmando que a formulação e operacionalização de políticas, que visem a equidade e o atendimento de qualidade na busca por mudança social, devem estar pautadas nas premissas da sustentabilidade.

Ainda nessa base conceitual enfatizando a relação entre sustentabilidade e políticas públicas Ribeiro (2014) afirma que na contemporaneidade o debate sobre as políticas públicas deve levar em consideração os princípios da sustentabilidade, que defendem a superação da desigualdade social perpassando por dimensões fundamentais na elaboração, implementação e operacionalização de políticas, sendo elas: econômica, ambiental, política, territorial, cultural e social.

Nesse sentido, como a perspectiva de sustentabilidade está presente na execução da AB, visto que de acordo com o exposto no SUS e na PNAB os serviços de saúde têm princípios que garantem o atendimento de forma universal e respeitando o contexto local e os aspectos socioculturais da região, o que coaduna com o conceito de sustentabilidade que defende a elaboração de sistemas sociais e políticos que visem à garantia de direitos para todos de modo justo e equitativo.

O estudo teve como objetivo geral analisar a perspectiva de sustentabilidade da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no acesso a saúde pelos Povos Tradicionais Ribeirinhos do município de Caapiranga/AM caracterizando o acesso ao direito de saúde desses povos analisando na concepção de sustentabilidade, mais especificamente a sustentabilidade social e cultural, assim para a efetivação desse objetivo foram construídos três objetivos específicos, sendo eles: Identificar na PNAB a perspectiva de sustentabilidade social e cultural no acesso a saúde pelas povos tradicionais ribeirinhas de Caapiranga/AM; Caracterizar as condições de saúde dos povos tradicionais ribeirinhos de Caapiranga/AM e Mapear as formas de acesso aos serviços na atenção básica pelas comunidades ribeirinhas no Município de Caapiranga

No que se refere os procedimentos metodológicos a pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa social que de acordo com Gil (2016) é “[...] o processo que, utilizando a metodologia científica, permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social” (p.26), o método de abordagem escolhido para nortear o estudo é teoria social crítica que segundo Santos *et al* (2018) “[...] parte da compreensão da realidade histórica e de suas contradições, buscando

explicações para os fenômenos da natureza, da sociedade ou do pensamento”(p. 02), ainda nesse sentido Minayo caracteriza o dinamismo histórico afirmando que “[...] as sociedades vivem o presente marcado por seu passado e é com tais determinações que constroem o seu futuro, numa dialética constante entre o que está dado e o que será fruto de seu protagonismo” (p.13) ressaltando nesse sentido o entendimento do contexto social e histórico no desenvolvimento da pesquisa social.

Importante ressaltar que o estudo foi proposto inicialmente como uma metodologia composta por pesquisa 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 adstritas ao serviço, que inclusive foram autorizados pela Secretária Municipal de Saúde de Caapiranga mediante assinatura de termo de anuência. Porém, com o início da Pandemia do Covid-19 e as orientações de biossegurança para o enfrentamento a pandemia as atividades de coleta de dados no campo foram suspensas, assim como a pesquisa passou por uma readequação metodológica e os dados utilizados para subsidiar foram dados secundários coletados nas plataformas oficiais do governo e no banco de dados do Grupo Inter-ação.

Nesse sentido, para a organização da pesquisa foram estabelecidas três fases, apresentadas individualmente por questões didáticas, mas articuladas entre si, constituem-se em etapas essenciais para entendimento do ciclo de pesquisa, sendo elas: a fase exploratória, onde foi realizado as pesquisas bibliográficas e documentais com a construção das categorias teóricas conceituais e o aprofundamento para construção do material teórico; o trabalho de campo e a análise, se constituiu no levantamento das plataformas oficiais de coleta de dados como IBGE INPEA, DATASUS, CNES, dentre outros, nos anos de 2019, 2020 e 2021, assim como o banco de dados do grupo Inter-ação e tratamento do material empírico e documental que corresponde a organização dos dados coletados e a realização da análise de conjuntura para a construção dos capítulos da dissertação a partir do estudo realizado com os dados coletados e análise com o suporte do estudo teórico . (MINAYO, 2012)

O Trabalho está organizado em três capítulos sendo o CAPITULO I - SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS: perspectivas e efetivação do direito à saúde nas políticas sociais no Brasil que faz uma reflexão sobre a abordagem contemporânea do conceito de saúde e a sua relação com as políticas públicas, importante pontuar o contexto sócio-histórico entre a saúde e o processo de globalização como pressuposto para criação de políticas que atendam as demandas em saúde e as questões políticas e econômicas que perpassam a sua formulação.

O CAPITULO II – SUSTENTABILIDADE E POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: a construção do conceito e sua relação com a promoção da saúde apresenta a questão ambiental e a construção do conceito de sustentabilidade, apontando as distintas divergências conceituais e ODS como forma de operacionalização da sustentabilidade em saúde.

O CAPITULO III – PNAB NAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS NO AMAZONAS: o município de Caapiranga/AM e o acesso a saúde pelos povos tradicionais ribeirinhos traz os dados coletados nas plataformas oficiais e faz uma reflexão sobre a PNAB no contexto comunitário e as formas de acesso aos serviços de saúde pelas povos tradicionais ribeirinhos apresentando a perspectiva de sustentabilidade.

Conclusão

CAPÍTULO I

1. SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS: perspectivas e efetivação do direito à saúde nas políticas sociais no Brasil.

O capítulo tem como objetivo abordar saúde a partir de um conceito ampliado fundamentado no entendimento postulado no VIII Congresso Nacional de Saúde (CNS), que aconteceu em Brasília em 1986, onde a saúde é vista a partir da concepção de direito e o Estado como provedor dos serviços e insumos necessários para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, compreendendo a saúde como direito fundamental inerente ao ser humano.

O conceito é fruto de diversos encontros e congressos que ocorreram no cenário global, nesse sentido ao longo da discussão ocorre um breve resgate onde são apresentados os principais resultados que influenciaram a institucionalização da saúde, sobretudo, em relação ao processo sócio-histórico que fomentou as políticas públicas de saúde, dando destaque para as políticas de saúde no Brasil, destacando a política de Atenção Básica - AB que configura-se como porta de entrada no sistema de saúde brasileiro.

Partindo desse pressuposto o capítulo ira abordar os conceitos de saúde fazendo uma breve abordagem sócio-histórica, ressaltando tanto a perspectiva teórica como o conceito operacional para a análise da política de saúde no Brasil. Desta forma, será abordado as concepções existentes e pôr fim a saúde como um conceito amplo a partir da perspectiva de direito e os Determinantes Sociais da Saúde - DSS como elementos para a sua efetivação, como referência os seguintes autores Segre e Ferraz (1997), Brown et al (2006), Scliar (2007), Batistella (2007), Buss e Filho (2007), Matta e Moreno (2014), Cueto (2015), Silva (2017) e Coutinho (2011), assim como na segunda parte fará uma exposição sobre o Sistema Único de Saúde – SUS suas diretrizes e premissas e em particular a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB sobre a perspectiva da universalidade, equidade e integralidade para o acesso das populações ao SUS apresentando os seguintes autores Bravo (2011), Arantes e Senna (2012), Aguiar (2015), Bravo (2015), Morosini *et al* (2018) e as legislações da Saúde as Leis 8.080 que estabelece o SUS e as PNAB (2006, 2012 e 2017).

1.1 SAÚDE: conceituação e a perspectiva de direitos na política de saúde.

A abordagem da temática de saúde, será caracterizada a partir da relação saúde-doença. Scliar (2007) apresenta o conceito de saúde ligado a diversas conjunturas sendo elas

influenciadas pelos fatores: social, econômica, política e cultural, postulando que a definição de saúde dependerá desses fatores em determinado período histórico a ser analisado a partir da conjuntura que se apresenta. (SCLIAR, 2007, p.30).

Scliar (2007) ressalta que assim como a doença, a saúde tem suas primeiras definições ligada a questões divinas, sendo as doenças provenientes de maldições e a saúde fruto da boa relação do indivíduo com as divindades, colocando a saúde-doença como algo a ser entendido pela ótica das diversas perspectivas religiosas¹.

Essa concepção só foi rompida quando a Hipócrates de Cós (460 a.C.-377 a.C.) que apresenta uma visão racional da medicina, postula que a doença tem uma causa natural, Scliar (2007) afirma que para Hipócrates “[...]a saúde era baseada no equilíbrio de quatro elementos que deixava o homem em unidade e que a desordem desses elementos causava doença” (SCLIAR, 2007, p.32)

Hipócrates foi pioneiro ao fazer a separação da concepção de saúde-doença a partir da relação com as divindades, e relacioná-la com causas externas aos homens, enfatizando assim um movimento que promulgava um avanço dos estudos no sentido de caracterizar esses fatores externos, a partir desses estudos que o conceito de doença foi avançando assim como também sua relação com o conceito de saúde. (SCLIAR, 2007)

Scliar (2007) apresentar os principais estudiosos que contribuíram para caracterizar as doenças dissociado a concepção religiosa vigentes, as duas concepções que merecem destaque são as apresentadas por Louis Pasteur (1848) e John Snow (1854) por influenciar o desenvolvimento do estudo da relação saúde-doença até os dias de hoje.

A revolução pasteuriana que postula a existência de microrganismos que influenciam nas causas das doenças e a utilização de soros e vacinas no combate e cura dessas doenças, trazendo a possibilidade de preveni-las e curá-las e a os estudos sobre a cólera em Londres desenvolvido pelo médico John Snow que culminou no nascimento da epidemiologia como uma contabilidade das doenças usando a estatística para evidenciar resultados e posteriormente ações de combate e prevenção em saúde. (SCLIAR, 2007)

A partir do desenvolvimento do conceito de doença é possível avançar na busca do conceito de saúde. Bastistella (2007) apresenta três formulações na concepção de saúde que

¹ A abordagem da religião não está limitada a religião judaico-cristã, mas incorpora a esse entendimento outros tipos de religiões como a dos povos tradicionais indígenas que tem seus rituais realizados por Xamãs ao convocar os espíritos para combater doenças, assim como os Gregos que possuíam seus deuses específicos ligados a questão de saúde-doença os quais realizavam procedimentos ritualístico em prol da cura de alguma enfermidade, importante destacar que tanto os povos tradicionais quando os gregos não se limitavam apenas ao culto aos deuses e espíritos, mas eram utilizados como parte integrante do ritual o uso de plantas e métodos naturais curativos (SCLIAR, 2007).

orienta o debate, sendo elas: 1) a saúde como ausência de doença, 2) a saúde como bem-estar e a 3) a saúde como um valor social² ou direito. (BASTISTELLA, 2007)

O conceito de saúde como ausência de doença é fundamentado a partir da concepção biomédico radicada na formação da medicina científica moderna. Batistella (2007) afirma que a formação da medicina científica moderna estava pautada nas transformações no contexto social e científico oriundas do movimento da Modernidade. Nessa perspectiva a autora apresenta os estudos de Foucault afirmando que:

[...] a medicina científica moderna se dá (SIC) a partir de sua subordinação ao desenvolvimento capitalista, que gerou profundas transformações sociais no plano da sociedade e fez emergir uma noção moderna de Estado e de intervenção social. (FOUCAULT *apud* BASTISTELLA, 2007)

Essa relação da noção moderna de Estado, a intervenção social e a conceituação de saúde se fazem necessária por entender que o desenvolvimento do conceito está ligado ao entendimento que a doença surge a partir de fatores inerentes as condições de vida do homem e consecutivamente há a necessidade de intervenção para a promoção de saúde. Nesse sentido, Batistella (2007) afirma que:

À medida que as doenças passam a ser acompanhadas estatisticamente, o hospital também transforma-se em espaços de produção de conhecimento e de ensaio para os médicos-aprendizes. A clínica passa a buscar uma linguagem objetiva, capaz de descrever o ‘signo original’ de forma menos abstrata possível. O sintoma passa a representar a linguagem primitiva do corpo. (BASTISTELLA, 2007)

O desenvolvimento de estudos na área da medicina científica moderna apresenta preceitos que ajudam na construção de estratégias de combate à doença, o médico cientista postula sua atuação em evidências que possam caracterizar a causa das enfermidades como a localização, especificidade e intervenção pautadas na racionalidade oriunda do desenvolvimento de estudos das patologias, assim a saúde é caracterizada como oposta a existência de uma determinada doença. (BASTISTELLA, 2007)

Assim fundamenta-se a concepção da saúde como ausência de doença a partir do desenvolvimento do conceito de doença e evolução da medicina moderna, assim como as discussões em relação do que é a saúde e o que ela representa a sociedade como um todo.

² As três formulações apresentadas por Bastistella (2007) são oriundas dos estudos da autora das indicações metodológicas de Caponi (2003) e Coelho e Almeida-filho (2003).

Nesse sentido, a saúde a partir da concepção de bem-estar, entendendo esse conceito em uma perspectiva global, tem em sua gênese na Organização Mundial da Saúde - OMS, Agência subordinada a Organização das Nações Unidas - ONU, em 1948. De acordo com a OMS a saúde é “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. (OMS, 1948)

O conceito apresentado pela OMS amplia o conceito de saúde para além da perspectiva biomédica, defendida na concepção médica científica moderna. De acordo com Scliar (2007) esse conceito apresenta elementos que evidenciam o reconhecimento do direito a saúde ao abordar questões que vão além do aspecto físico como por exemplo o contexto psíquico e sociais.

O conceito defendido por Marc Lalonde, em 1974, procura ampliar o conceito da OMS na intervenção no campo da saúde que na perspectiva dele abrange: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência em saúde. (SCLIAR, 2007). Apesar de apresentar elementos importantes para a caracterização da saúde o conceito defendido por Lalonde (1974) também apresenta limites, de acordo com Batistella (2007) esses limites se expressam na concepção de Caponi (1997 *apud* Batistella, 2007) que defende que essa noção não perpassam pelo caráter subjetivo do conceito, ressalta que a subjetividade é inerente ao processo saúde-doença, mas pela idealização do conceito os elementos expressos faz com que se torne intangível alcançar a saúde nessa perspectiva. (BASTISTELLA, 2007)

Segre e Ferraz (1997), a partir do exposto, ressaltam que a definição de saúde apresentada pela OMS teve sua importância para adensar o debate sobre o conceito de saúde em nível global, mas ainda sim tinha características irreais, ultrapassadas e unilaterais, visto que a saúde apresenta várias dimensões conceituais e que desse ponto de vista a saúde não pode ser entendida apenas pela sua relação com a sociedade e as instituições, mas devem ser levada em consideração a subjetividade do indivíduo e sua relação com o meio no qual está inserido.

Os autores supracitados trabalham os conceitos de bem-estar e qualidade de vida para subsidiar o debate sobre o conceito de saúde. Segre e Ferraz (1997) afirmam que o conceito proposto pela OMS traz uma relação utópica de indivíduo e sociedade, afirmando um caráter objetivista que almeja um grau de perfeição, que mesmo submetidos a avaliações externas e difícil de quantificar.

Em 1978 a OMS realiza a Conferência Internacional de Assistência à Saúde que apresenta novas diretrizes para a Atenção Primária (AP), que nesse contexto foi o primeiro nível de assistência à saúde a ganhar visibilidade, assim a AP deveriam esta pautadas em elementos

que fomentavam uma concepção de saúde integrada com os fatores econômicos e sociais, Scliar (2007) afirma que:

Os cuidados primários de saúde, adaptados as[Sic] condições econômicas, socioculturais e políticas de uma região deveriam incluir pelo menos: educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunização, prevenção e controle de endemias e de outros frequentes agravos de saúde, provisão de medicamentos essenciais. Deveria haver uma integração entre o setor da saúde e os demais, como agricultura e industrial. (SCLIAR, 2007, p.39)

O conceito apresentado pela OMS apresentou avanços ao incorporar o entendimento de saúde como direito inerente para a manutenção do indivíduo e sendo de responsabilidade do Estado promover essas condições, apontando uma inovação no entendimento de saúde e responsabilizando o Estado no acesso a serviços e insumos que garantissem o acesso a saúde.

Nessa perspectiva, a concepção de saúde como direito pauta-se pelas discussões fomentadas no cenário global e pelas relações sócio-histórica e econômicas vigentes. Brown et al (2006) destaca o processo de globalização que influenciou os sistemas políticos no final do século XX e consecutivamente teve impacto no processo de institucionalização da saúde por meio de políticas e ações das agências reguladoras:

[...] o “novo paradigma” da globalização como “o processo de crescente interdependência e integração econômica, política e social, à medida que capital, bens, pessoas, conceitos, imagens, ideias e valores cruzam fronteiras nacionais” (YACHT & BETTCHER apud BROWN et al 2006)

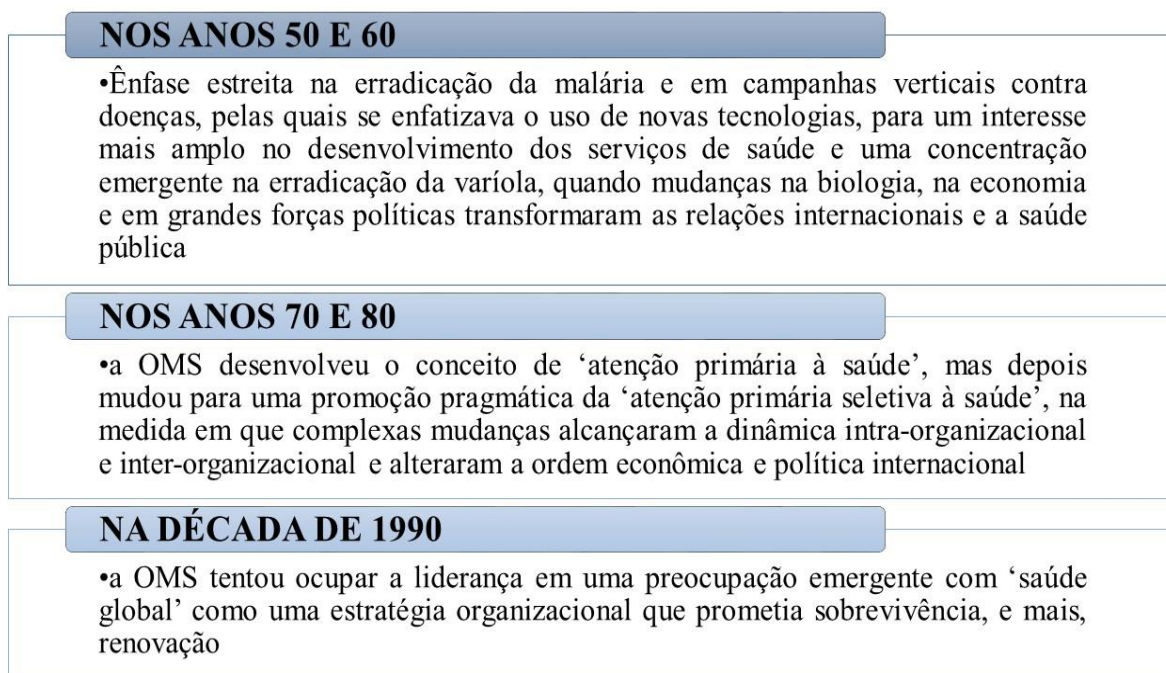
Assim como outros fatores da vida em sociedade sofreram influência do processo de globalização, a saúde pública também teve características oriundas de tal processo, principalmente com a criação da OMS como principal instituição multilateral de saúde internacional, que nesse contexto apresenta como premissa para a promoção de saúde, “[...] reformas sociais revertessem em melhorias nas condições de vida das populações, o que sem dúvidas tem uma vinculação com as doenças mais comuns” (CUETO, 2015)

A OMS como principal agência de promoção de saúde no mundo teve o papel principal na criação de programas e ações de prevenção e combate a doenças, mas mesmo que a agência tenha contribuído na discussão da saúde numa perspectiva global a partir da perspectiva da saúde como sendo biopsicossocial, a sua própria consolidação diante dos países e os sistemas políticos passou por desafios. (SILVA, 2017)

Silva (2017) faz uma reflexão sobre a consolidação da OMS enfatizando as transformações influenciadas pela economia e pela política mediante o contexto vigente, nesse sentido afirma que “A história da OMS é marcada por modificações marcantes em suas concepções de saúde, e, logo, em suas práticas. Diferentes ideologias, interesses e políticas se alternaram nas últimas décadas”. (SILVA, 2017, p.179)

Nessa perspectiva, Brown *et al* (2006) afirma que a instituição passou por várias transições, tanto no que se refere a intervenção na saúde, que por um período teve um caráter focalizado como por exemplo do controle da malária como em um viés mais abrangente na criação das metas para o milênio e nas formas de gestão, sobretudo após a influência do Banco Mundial. A Figura 01 apresenta os principais marcos sóciohistóricos na Organização Mundial da Saúde e os principais impactos a institucionalização da saúde.

Figura 01: Marcos sóciohistóricos da Organização Mundial da Saúde



Fonte: Adaptado a partir das leituras de Brown *et al* (2006) e Silva 2017

Nesse sentido, se apresenta que de acordo com os autores supracitados a OMS também sofreu com impactos advindo do projeto neoliberal que se consolidava nesse período em todo mundo, sobretudo, nas interferências advindas do Banco Mundial e de outras instituições financeiras.

Matta e Moreno (2014) afirmam que o marco para a intervenção dessas instituições financeiras, principalmente na década de 1980 para a reestruturação econômica na América latina, foi o Consenso de Washington, que tinham como membros o Banco Mundial, o Fundo

Monetário Internacional (FMI) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o documento fruto do consenso apresentava preceitos que caracterizavam um projeto neoliberal a ser desenvolvido em um ajuste estrutural monetário que visava ações como: ajustes fiscais, redução do papel do Estado na economia, a privatização dos serviços públicos, a liberalização dos investimentos estrangeiros, o direito à propriedade e da redução dos investimentos nas políticas sociais. (MATTA E MORENO, 2014, p. 11)

É nesse contexto que no Brasil o Movimento de Reforma Sanitária se desenvolvia, as influências dos sistemas políticos internacionais orientavam as políticas sociais que tinham um caráter mínimo. No outro polo dessa discussão se destacava-se no processo sócio-histórico do Brasil o movimento de redemocratização marcado pelo fim da ditadura, pela promulgação da constituição do Brasil e pelo papel dos movimentos sociais na configuração das políticas sociais.

Assim caracterizam-se nesse processo dois projetos em disputa, o projeto neoliberal demandando no Consenso de Washington e da política internacional e nacional e o projeto que expressava o desejo da sociedade brasileira com o fim da ditadura, onde ansiava-se por uma sociedade democrática social, nesse contexto outro conceito de saúde era defendido.

Importante ressaltar que o movimento de Reforma Sanitária foi resultado das lutas dos movimentos sociais da década de 70 e 80 na América Latina e do processo de redemocratização que estavam ocorrendo em vários países no mesmo período. Coutinho (2011) traz uma reflexão acerca do papel do Estado, evidenciando o papel dos movimentos sociais na reestruturação de uma saúde pautada em preceitos da cidadania, no bojo dessa relação é importante caracterizar dois conceitos a representação de interesses e o base material do consenso que influencia a relação do conceito de saúde como valor social ou o conceito ampliando de saúde com a formulação da política de saúde, caracterizando a relação do Estado com as demandas da classe dominante e dos movimentos sociais.

Na perspectiva de Coutinho³ (2011, p. 49, grifo do autor) “[...] o Estado garante o interesse de todos, mas *não representa diretamente o interesse de ninguém*”. O autor ressalta nesse contexto o Estado liberal que em sua gênese tem como objetivo manter disputa entre os interesses para na mesma concepção não interferir nessa disputa e manter os interesses fora da obrigação do próprio Estado. De acordo com o autor supracitado:

³ Importante ressaltar que o autor faz uma reflexão no contexto do Estado liberal a partir dos estudos de Marx, essa concepção é importante para entender como o conceito de representação de interesse interfere na concepção de saúde expressa na política de saúde.

[...] ao definir o Estado em sua relação como os interesses Marx vai defini-lo como a instituição que representa o interesse comum de uma classe, o interesse da classe burguesa, dos proprietários dos meios de produção. E mais: diz que o Estado não só representa o interesse da burguesia, mas é também o instrumento da materialização e da organização desse interesse *comum* da classe dominante. (COUTINHO, 2011, p. 49, grifo do autor)

A partir da expansão dos direitos sociais e políticos na segunda metade do século XIX, essa concepção sofre alteração, sobretudo, advindos da conquista de direitos mediante a luta de classe e a intervenção dos movimentos sociais, como a exemplo do movimento de sufrágio protagonizado pelas classes populares, primeiro movimento operário de massas e o movimento cartistas inglês. Esse contexto influencia o fim do caráter restritivo do Estado como descrito por Marx, dando lugar a conquista de direitos mediante a luta de classe a partir dos movimentos sociais e o surgimento de partidos e sindicatos de massa. (COUTINHO, 2011, p. 53)

Essa nova configuração de Estado é criada para responder a demanda de outra parcela do sistema, nesse contexto Coutinho (2011) aponta:

[...] a possibilidade de, no interior da ordem burguesa, ainda sobre dominação de um Estado capitalista, ter lugar a representações de interesse (ainda que parciais) das classes subalternas, com a conseqüente formulação de políticas que respondam a demandas provenientes dessas classes [...] isso significa que *algo mudou na natureza do Estado*. O Estado já não representa apenas os interesses comuns da burguesia; ele é obrigado, pela pressão “de baixo”, a se abrir também para outros interesses, proveniente de diferentes classes. (COUTINHO, 2011, p. 53, grifo do autor)

Nesse contexto é evidente a abertura do Estado para a garantia de novos interesses a partir da manifestação a favor de direitos políticos e sociais oriunda da classe trabalhadora organizada. É nessa perspectiva que base material do consenso se expressa, a partir da relação estabelecida mediante o Estado, classe dominante e classe trabalhadora cria uma dinâmica onde há a necessidade de concessões em favor da classe trabalhadora para a manutenção de um sistema hegemônico. De acordo com Coutinho (2011) a base material do consenso caracteriza-se como:

[...] a necessidade de que classe dominante, através do Estado, faça concessões às classes dominadas, permitido que alguns dos interesses dessas últimas sejam representados no Estado e influam na formulação de políticas públicas. Gramsci observou que toda relação de hegemonia (de direção consensual) implica um grau maior ou menor de concessão aos interesses da classe ou grupo sobre o qual se exerce hegemonia. (COUTINHO, 2011, p. 56)

Ou seja, para a manutenção da classe são necessárias oferecer concessões que são representadas pelas políticas públicas para a garantia do sistema hegemônico. A apresentação dos dois conceitos se faz necessária para entender a disputas oriundas no decorrer da criação do conceito de saúde e no interior do movimento de Reforma Sanitária, da consolidação desse conceito na promulgação das legislações da política de saúde e mais na frente nos impactos na operacionalização das mesmas.

No que se refere ao conceito de saúde a VIII Conferência Nacional de Saúde, foi um importante evento que fomentou a discussão da saúde como direito em uma perspectiva ampliada, considerado como um marco para a discussão do conceito de saúde como direito. Nesse sentido Batistella (2007), afirma que foi um importante marco da conquista social, segundo o autor:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL *apud* BATISTELLA, 2007)

O conceito expresso nos anais da VIII CNS (1986) tem em sua gênese o reconhecimento das dimensões sociais, econômicas e políticas pautadas a partir das perspectivas defendida no movimento de Reforma Sanitária brasileiro de um sistema público de saúde universal, integral, equitativo, descentralizado, regionalizado e com participação social alinhado a esses princípios e diretrizes a concepção de cidadania defendida por diversos autores na América Latina. (BATISTELLA, 2007)

Batistella (2007) reforça esse entendimento ao apresentar a concepção de Laurell (1997 *apud* Batistella 2007) que defende que a saúde é uma necessidade humana inerente ao desenvolvimento do indivíduo, de forma individual e coletiva, para isso é necessário um conjunto de condições, bens e serviços disponíveis conforme os recursos e padrões culturais existentes em cada localidade. (BATISTELLA, 2007)

O segundo conceito que caracteriza a saúde como direito é o conceito expresso na Constituição Federativa do Brasil de 1988 (CF/88) que no artigo 146 dispõe sobre conceito de caráter operacional. De acordo com Scliar (2007) essa definição evita discutir o conceito de saúde, mas a sua apresentação é importante para fomentar a discussão visto que possuem elementos para a operacionalização da política de saúde no território brasileiro, nesse sentido o autor apresenta:

Art. 146 – A saúde e direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visa a redução de riscos e agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para promoção, proteção e manutenção. (BRASIL, 1988)

A lei 8.080/90, que estabelece a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, define o direito a saúde como “[...] um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (art.02), nessa mesma concepção entende-se que o direito a saúde deve ser assegurado sem distinção de raça, idade, religião, ideologia política, condições socioeconômicas e culturais.

Os dois conceitos, o apresentado no CNS e o art. 146 CF/88, postulam uma saúde em sua integralidade evidenciando as dimensões, sociais, econômica e política além das características inerente a discussão dos Determinantes Sociais da Saúde - DSS que segundo Batistella (2007) muitas vezes negligenciados em concepções e abordagem de saúde com um sentido mais individual.

Partindo dessa perspectiva, outro elemento importante e que se complementa a concepção ampliada de saúde são os DSS que tem como objetivo apresentar fatores que contribuem para a ampliação dos serviços de saúde, visto que os DSS caracterizam iniquidades em saúde.

Segundo Buss e Filho (2007, p.78), os DSS são elementos que configuram “[...] condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde”. Nesse contexto, os DSS são definidos a partir das condições de produção agrícola e de alimentos, educação, ambiente de trabalho, desemprego, serviços sociais de saúde, habitação, água e esgoto de determinado país ou região. De acordo com lei 8.080/90, são classificados em nove determinantes, sendo eles: fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, moradia, alimentação, escolaridade e renda/emprego.

A partir desses determinantes, de acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), é possível avaliar os fatores que influenciam a promoção e condições de saúde, estes configuram-se a partir das concepções sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais, estabelecidos por determinado tipo de sociedade. Tais fatores contribuem na ocorrência de problemas de saúde incidindo em risco para a população. (BUSS e FILHO, 2007).

Nesse sentido, caracterizar a Política de Saúde no Brasil, a partir das concepções apresentadas se faz necessário para fomentar o entendimento da saúde como direito a partir das diretrizes que fundamentam pela relação sociohistórica e o conceito de saúde para a efetivação de políticas públicas nessa conjuntura.

1.2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: atenção básica no SUS

A proteção social brasileira é configurada, a partir de um tripé de política sociais sendo: a Previdência, como contributiva; a Assistência, como não contributiva e a Saúde, como não contributiva. Os direitos sociais são resultados das manifestações da sociedade organizada e caracterizam-se como as principais demandas do povo brasileiro ao Estado para a criação das políticas sociais. Todas políticas são frutos das manifestações dos movimentos sociais evidenciando importantes demandas da Questão Social brasileira.

Em relação à política de saúde, é importante salientar que foi através do Movimento de Reforma Sanitária, que o Sistema Único de Saúde foi pensando com as suas características delineadas desde 1970, quando se começou o movimento mediante a articulação dos profissionais de saúde junto aos movimentos populares. (BRAVO, 2011)

Nessa conjuntura, os fundamentos defendidos por esses movimentos primavam pela democratização do acesso, Bravo (2011), aponta que a proposta tinha como principais fundamentos:

[...] universalização das ações, descentralização, melhorais da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade equidade das ações e a participação popular através de mecanismos como os conselhos e conferências de saúde. (BRAVO, 2011, p. 14)

Importante salientar que foi na VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986 (VIII CNS/86), que as premissas que mais tarde delinearão o sistema de saúde brasileiro foi amplamente discutido, segundo Aguiar (2015) os princípios filosóficos que norteiam a criação da perspectiva de um novo sistema de saúde estavam em constante debate nos fóruns do movimento sanitário nos anos 70 e início de 80 tendo como principal resultado na CNS de 86 a consolidação desses fundamentos.

Desta forma a inserção da saúde a partir da perspectiva de direito sob o prisma da cidadania perpassa a discussão da temática nas conferências e encontros, de caráter nacional e internacional, evidenciando as conferências de saúde como um importante espaço sociopolítico onde os movimentos sociais puderam consolidar as demandas por uma política de saúde que

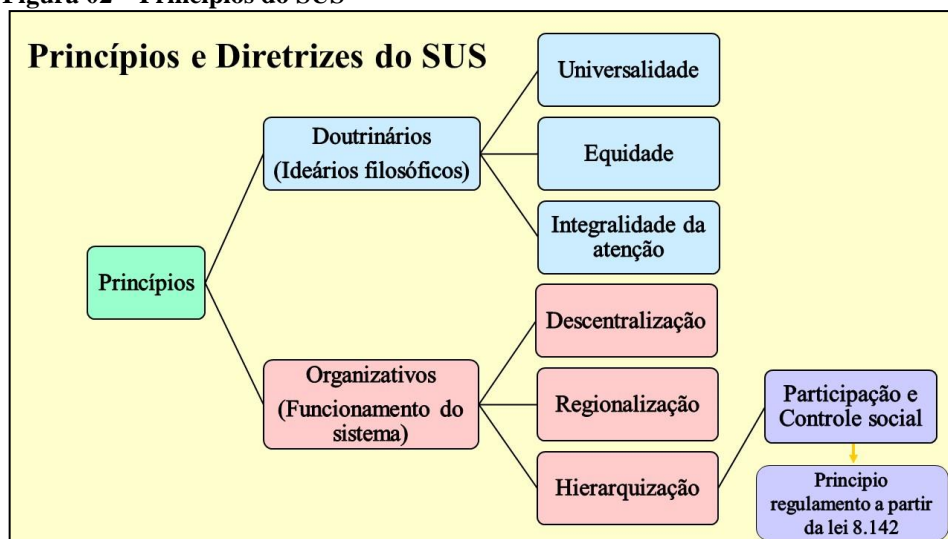
levava em consideração as particularidades, a necessidade da mudança do modelo médico assistencial privatista, afirmando a necessidade de ampliar o conceito de saúde e assim a responsabilidade do Estado na sua efetivação. (AGUIAR, 2015)

A partir da ampla discussão no CNS/86, a pressão dos movimentos sociais, da articulação do Movimento de Reforma Sanitária e do processo de redemocratização foi possível a criação de um sistema de saúde de caráter universal que privilegia a concepção de cidadania. Mesmo com todos os limites que perpassam pela consolidação da política de saúde o Sistema Único de Saúde - SUS e promulgado com as perspectivas delineadas na Reforma Sanitária, a qual orientou sobre o direito de todos os brasileiros e dever do Estado em relação à promoção, manutenção e recuperação da saúde. De acordo com Aguiar:

A sua inscrição na carta magna acatou as proposições da sociedade civil organizada, incorporando mudanças no papel do Estado e alterando as formas significativa o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde brasileiro, pautando-se por um conjunto de princípios e diretrizes válidos a todo território nacional. (AGUIAR, 201, p.43)

A CF/88, no que concerne a área da saúde, expressa em grande parte, as reivindicações do Movimento Sanitário. No artigo 196 da Carta Magna de 1988, a saúde ganhou significado como um direito de todos e dever do estado e, por conseguinte no artigo 198, o SUS é definido como: um conjunto de ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, que segue os seguintes princípios: a universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, participação popular e a descentralização política administrativa (BRASIL,1990), conforme exposto na Figura 02.

Figura 02 – Princípios do SUS



Fonte: Elaborada pela autora a partir dos estudos de Aguiar/2015.

Partindo desse pressuposto, a saúde como direito deve ser pensada de forma ampla garantindo a todos os cidadãos acesso de forma universal, respeitando as particularidades locais e as formas socioculturais. Com a promulgação da lei 8.080 em 19 de setembro de 1990, que estabelece o SUS e regula o acesso a saúde no Brasil. Com o estabelecimento dessa normativa, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, que os serviços de saúde foram organizados para atender as demandas da sociedade brasileira. Importante destacar nesse contexto que a lei 8.080 não se restringe apenas aos serviços assistenciais a saúde, mas compõe uma complexa rede de gestão que incorpora a vigilância em saúde, formação em saúde, desenvolvimento de pesquisa e tecnologias em saúde dentre outros temas.

Os princípios e diretriz expostos acima foram fruto dos debates e contemplaram as definições do anseio da sociedade civil e dos profissionais de saúde que lutaram pela efetivação de uma saúde nos parâmetros da justiça social. Bravo (2015) contudo ressalta que junto o movimento de redemocratização também havia um outro projeto em andamento, segundo a autora “Esse projeto tem como premissas concepções individualistas e fragmentadas da realidade em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto de reforma sanitária.”(BRAVO, 2015, p.15), desta forma sinalizando uma disputa entre a Movimento de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista esse segundo com configurações que delimitariam a política de saúde em construção no Brasil.

A lei 8.080/90, que estabelece a criação do SUS, define o direito a saúde como “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (art.02). Contudo a criação da lei, que foi sancionada apenas dois anos após a promulgação da constituição, sofreu algumas modificações desde as diretrizes expostas pela perspectiva sanitária.

Nesse sentido, Bravo (2015) aponta que o Projeto Privatista tinha como base uma concepção de estado mínimo onde as premissas estavam pautadas nas parcerias e na privatização a partir de estratégias de ações com características filantrópicas, elementos que iriam ao encontro das propostas do Movimento de Reforma Sanitária, assim realçando essa disputa entre os ideários reformistas, pautado na perspectiva do estado democrático de direito e da justiça social e o projeto real, fundamentado no neoliberalismo na perspectiva do estado mínimo. Importante destacar que essa discussão também levava em consideração tanto os preceitos discutidos no Consenso de Washington, no final de 1989, como também a pressão dos movimentos sociais que participaram das discussões nos vários espaços sociopolíticos pós-ditadura fomentava as divergências dos projetos.

Um exemplo dessa disputa entre esses dois projetos foram os vários vetos realizado pelo presidente Collor de Melo na primeira versão da lei apresentado pelo Congresso Nacional, de acordo com Aguiar (2015) os principais vetos estavam relacionado ao financiamento e o controle social, apenas após muitas negociações que finalmente a lei 8.080 e a lei 8.142 foram promulgadas, sendo a segunda criada para recuperar alguns vetos realizado pelo executivo na tentativa de resguardar a participação e o controle social. (AGUIAR, 2015, p.55)

Desta forma, o SUS é formado a partir dessas duas legislações (8.080/90 e 8.142/90) que regulamenta todo o sistema de saúde brasileiro. Os princípios e diretrizes delimitam as ações e premissas para o sistema, conforme o Quadro 01 apresentado abaixo.

Quadro 01 – Princípios e suas definições

Princípios	Definição	Elementos de Constituição
Universalidade	É a garantia constitucional de acesso a população aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, sem preconceitos e privilégios de qualquer espécie.	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura da sociedade • Perfil da saúde • Políticas Sociais
Equidade	Propõe que a disponibilidade de serviços de saúde considere as diferenças entre grupos populacionais e indivíduos, de modo a priorizar aqueles que apresentam maior necessidade em função de situação de riscos e das condições de vida e saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Princípios de justiça social • Corrigir iniquidades sociais e em saúde
Integralidade	Está associado ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo, a partir de uma perspectiva de articulação entre prevenção, promoção e recuperação em saúde em duas dimensões sendo elas horizontal (níveis de atenção) e vertical (cuidado em saúde na visão biopsicossocial)	<ul style="list-style-type: none"> • Práticas profissionais de Saúde • Organização dos Serviços • Respostas governamentais
Descentralização	Representa uma redistribuição das responsabilidades quanto as ações e serviços de saúde entre os três níveis de governo – federal, estadual e municipal.	<ul style="list-style-type: none"> • Municipalização • Regionalização • Hierarquização
Regionalização e Hierarquização	O sistema de saúde organiza-se por níveis de atenção de complexidade crescente com fluxo assistenciais estabelecido entre serviços, de modo a garantir assistência integrada e resolutiva a população.	<ul style="list-style-type: none"> • Alta e média complexidade • Serviços Especializados • Atenção Básica • Referência e contrarreferência
Participação e Controle Social	É a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas públicas de saúde, do controle e de sua execução, em diversos níveis, desde o local até o federal.	<ul style="list-style-type: none"> • Conferências de Saúde • Conselhos de Saúde

Fonte: Sistematizada pela autora a partir dos estudos de Aguiar/2015

O conjunto de princípios e diretrizes são essenciais para o entendimento da organização dos sistemas e as formas de atuação dos níveis governamentais na saúde, elaborando políticas, promovendo ações e programas que respondem as demandas da sociedade civil. Para além desses princípios apresentados a Lei Orgânica da Saúde (LOS) que traz outros princípios sendo eles:

- ❖ Prevenção da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral;
- ❖ Direito das pessoas assistidas à informação sobre a sua saúde;
- ❖ Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- ❖ Integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- ❖ Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência saúde da população;
- ❖ Utilização de epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação programática;
- ❖ Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- ❖ Organização dos serviços públicos, de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Os elementos expostos reformam a complexa rede de atendimento socioassistencial proposta pelo SUS, tendo em sua gênese os princípios doutrinários e organizativos que postulam um atendimento à saúde nas premissas da concepção de uma oferta de serviços que evidenciem a necessidade da sociedade respeitando as particularidade de cada grupo, nessa mesma concepção entende-se que o direito a saúde deve ser assegurado sem distinção de raça, idade, religião, ideologia política, condições socioeconômicas e culturais. Segundo Aguiar (2015):

Esses princípios apontam para a democratização nas ações de serviços de saúde, possibilitando o direito a todos, independente de contribuir ou não para previdência ou outros requisitos, organizando-se descentralizadamente, de modo facilitar o acesso e a participação dos cidadãos nas decisões e nos rumos da política de saúde. (AGUIAR, 2015, p.50)

O SUS a partir da sua regulamentação caracteriza-se como um sistema que visa a viabilização de direitos a saúde, mas é importante ressaltar assim como aponta Bravo (2015) que ele se desenvolve em meio a um projeto real neoliberal que em muitas ações descaracteriza e impõe limites a efetivação desse projeto defendido pelo movimento de Reforma Sanitária, nesse sentido a autora afirma que na perspectiva neoliberal “A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado” (BRAVO, 2015,p. 15)

A partir do entendimento da disputa constante entre os ideários do movimento da Reforma Sanitária e do projeto neoliberal é possível caracterizar os limites impostos pelo segundo a efetivação do SUS mediante o desmonte das entidades representativas, os ataques aos financiamento e sucateamento das instituições que oferecem os serviços de atendimentos, pesquisa e desenvolvimento de tecnologias em saúde.

Apesar de todos os limites que perpassam a consolidação e efetivação do SUS a organização do sistema garante atendimento de saúde a população brasileira, esse atendimento acontece de forma sistematizada, descentralizada, hierarquizada e regionalizando conforme exposto nas diretrizes do SUS.

De acordo com Aguiar (2015) o sistema de saúde é organizado por níveis tendo a atenção básica como base desse atendimento, considerada como porta de entrada “[...] o acesso da população à rede de saúde deve iniciar-se pelo serviço de atenção básica que deve estar qualificado para atender e resolver os principais problemas de saúde que chegam ao nível” (AGUIAR *apud* BRASIL, 1990, p.20).

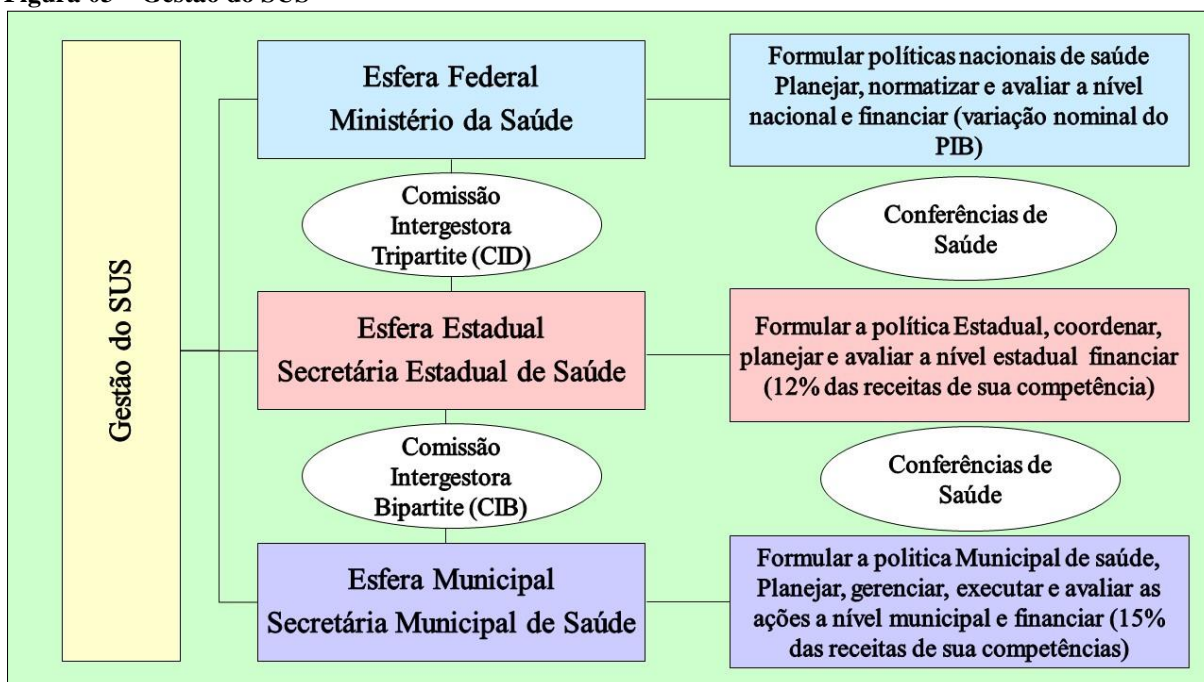
De acordo com os princípios de regionalização e hierarquização do sistema a atenção básica de saúde está na base do acesso e a partir dos objetivos, campo de atuação, competências e atribuições do SUS atua em um polo importante e privilegiado no sistema. Em relação aos objetivos do SUS podem se destacar:

- a) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- b) a formulação de saúde destinadas a promover, nos campos econômicos e sociais, a redução de riscos das doenças outros agravos;
- c) a execução de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, integrando as ações assistenciais com as preventivas, de modo a garantir às pessoas a assistência integral à saúde. (BRASIL, LEI 8.080/90)

Os objetivos do SUS delineiam o ordenamento em todo o sistema, assim como o conjunto de ações que definem o campo de atuação. Vale destacar que as referidas ações estão voltadas para a vigilância em saúde (sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalho); atenção integrada; formação de recursos humanos para a área da saúde; formulação de políticas para produção de insumos e tecnologia, colaboração na proteção do meio ambiente dentre outros. (AGUIAR, 2015, p.59)

No campo da atenção básica destaca-se as competências da esfera municipal, importante ressaltar que de acordo com a lei 8.080/90 que define as atribuições comuns e as específicas das três esferas governamentais, conforme a Figura 03 exposta a abaixo.

Figura 03 – Gestão do SUS



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos estudos de Aguiar (2015) e da Lei 8.080/90.

Destaca-se, conforme ilustra a figura 03 que todo o sistema de saúde este integrado em rede afim de garantir a toda a população um atendimento conforme os princípios fundamentais do SUS, assim como também ilustra a participação e o controle social mediante as conferências de saúde que exercem o poder de fiscalização do SUS, além de contribuir com as discussões das demandas populares de saúde. Vale ressaltar que dentro da gestão do SUS o fluxo organizativo onde a esfera nacional demanda para as outras esferas (estadual e municipal) e a esfera municipal responde as outras esferas (estadual e nacional) a partir de conferências que analisam as políticas instituídas pelo Ministério de Saúde e oferecem subsídios para a readequação e qualificação para o melhor atendimento em saúde, fazendo assim uma gestão organiza e autoajustável as necessidades especificidades de cada região.

Nessa perspectiva, Aguiar (2015) ressalta que:

A rede regionalizada e hierarquizada permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalares em todos os níveis de complexidade. (AGUIAR *apud* BRASIL, 1990)

O atendimento em rede deve começar preferencialmente pela Atenção Básica – AB como um ponto estratégico para o atendimento da população, sendo responsabilidade do Município conforme ressalta o referido autor “Municipalizar a saúde significa reconhecer o

município como principal responsável pela saúde da população” (AGUIAR, 2015, p.53). Nesse sentido sobre as principais competências do gestor municipal incluem:

[...] a gestão do sistema e saúde no seu município, com o planejamento, gerenciamento e a execução de serviços públicos de saúde e a regulação dos prestadores privados de serviço. Cabe ao município responsabilizar-se pela melhor política de saúde para o nível local, considerando-se sua maior proximidade e, conseqüentemente, maior conhecimento da ordem de prioridade e demandas da população local. (AGUIAR *apud* NORONHA *et al* 2008)

Importante ressaltar que conforme exposto no esquema acima as três esferas do governo têm responsabilidade com a efetivação da saúde, mas cabe a cada esfera exercer uma função específica dentro da gestão do sus, cabendo ao município a gestão da AB.

Com relação a Atenção Básica do SUS a mesma e regulamento pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, que tem como finalidade regulamentar a atenção básica dando as providências e diretrizes para a sua efetivação. Nesse sentido de a PNAB define a AB como:

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. (BRASIL, 2017)

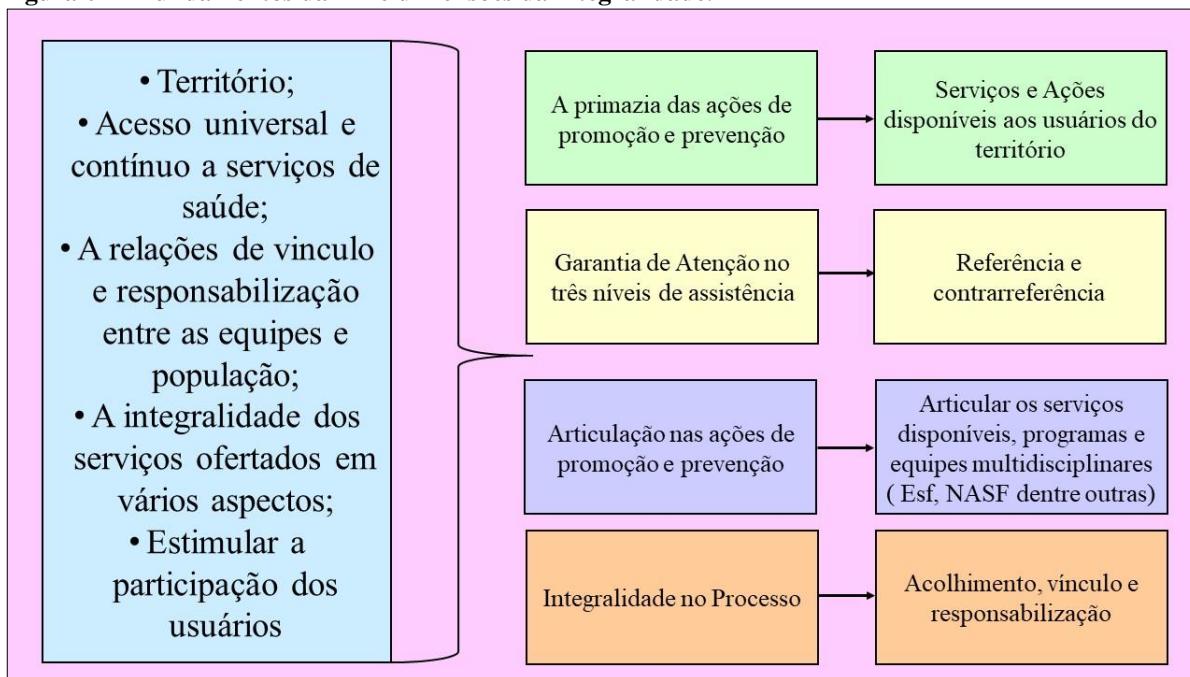
De acordo com a PNAB, a AB tem como principal objetivo oferecer um conjunto de ações que garanta a promoção e prevenção da saúde, tendo a AB como porta de entrada no atendimento na Rede Atenção à Saúde - RAS, como seus principais fundamentos destaca-se: regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; e participação da comunidade. (BRASIL, 2017)

Importante evidenciar nessa perspectiva que a saúde como fundamental e o SUS como a Política de Saúde em vigência no Brasil, caracterizam a PNAB como uma política estratégica para consolidação do direito a saúde por ser o principal instrumento na abertura dos serviços de saúde para a população geral, isto que AB é porta de entrada e responsável por fomentar toda a rede de atendimento.

Nesse sentido, Arantes e Senna (2012) analisando a saúde a partir a integralidade evidenciam que esses serviços se dividem em quatro dimensões que auxiliam no entendimento do serviço de saúde a partir da sua organização sendo eles: primazia das ações de promoção e prevenção; garantia de atenção nos três níveis de assistência; articulação nas ações de promoção

e prevenção e integralidade no processo. Esse conjunto de dimensão auxilia para o entendimento da integralidade dos serviços assim como pontuam as características de cada serviço na AB, como mostra a Figura 04.

Figura 04 – Fundamentos da AB e dimensões da integralidade.



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos estudos da PNAB, Arantes e Senna (2012)

Nesse sentido, na perspectiva da integralidade no serviço a PNAB busca atender o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural oferecendo os serviços a partir dos fundamentos apontados na Figura 04, evidenciando nesse processo o acolhimento, o vínculo e a responsabilização. Arantes e Senna (2012) ressaltam que esses são elementos chaves para um atendimento de qualidade no SUS, caracterizando o processo de trabalho como fundamental:

[...] envolvimento dos profissionais com o trabalho realizado, observando o tratamento respeitoso ao usuário, na escuta qualificada na visão ampla do processo saúde doença, na busca de resolutividade das necessidades apresentadas, inclusive com resoluções intersetoriais. (ARANTES E SENNA, 2012, p.174)

As autoras fazem uma avaliação do atendimento do SUS na gestão municipal de um programa de pacientes de HIV/AIDS, ressaltando que os vínculos profissionais-profissionais, profissionais-usuários e profissionais-usuários-serviço ofereceram aos sujeitos o acolhimento, vínculo e a responsabilização necessários para um atendimento de qualidade, a exemplo dessa ação específica é possível caracterizar a importância da integralidade para a garantia do direito

a saúde no processo de viabilização da PNAB ressaltando nesse contexto as características socioculturais e especificidades para o acolhimento dos sujeitos usuários do SUS.

Nessa perspectiva o PNAB apresenta uma orientação para organização dos profissionais da AB, importante ressaltar que de acordo com a política “[...] a Saúde da Família é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica” (BRASIL, 2012, p. 23), nesse sentido a organização e o funcionamento da AB tem como principal foco a Saúde da Família. Sendo assim, as equipes de profissionais visam um atendimento integral, na perspectiva biopsicossocial, desenvolvendo ações de cunho preventivo, pedagógico, promoção e recuperação a saúde e gestão dos serviços voltados para a família dentro de um território estabelecido primando pelo fortalecimento dos vínculos atuando nas Unidades Básicas de Saúde – UBS ou em alguns casos na UBSF – Unidade Básica de Saúde Fluvial. (BRASIL, 2012)

Nessa perspectiva, as equipes são pensadas para integrar o atendimento à saúde às demandas da população tendo como principal objetivo o atendimento de qualidade fundado nas diretrizes do SUS. Desta forma, as equipes são responsáveis pela saúde da família em um determinado território. O Quadro 02, apresenta as modalidades das equipes descritas na política de atenção básica:

Quadro 02: Equipe de Saúde na PNAB

SIGLA	EQUIPE	VÍNCULO
eSF	Estratégia Saúde da Família	UBS
eACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde	UBS
eSB	Equipe de Saúde Bucal	UBS
eSFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha	UBS ou UBSF
eCR	Equipe de Consultório de Rua	UBS
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família	Por ser uma equipe multidisciplinar de apoio o NASF não precisa estar ligada apenas a um equipamento sendo requisitado tanto nas UBS's como em qualquer equipamento da rede socioassistencial como CRAS e CAP's

Fonte: Elaborado pela autora a partir do estudo da PNAB/2012.

As equipes, cujo objetivo é o atendimento dos usuários que buscam o acesso ao sistema de saúde sob a ótica da promoção da saúde da família, são a principal estratégia do SUS no atendimento na AB. Portanto, a AB é entendida como ponto estratégico de acesso à saúde no SUS e suas atividades são voltadas para a Saúde da Família, cujas equipes de saúde assumem relevância central no acesso aos serviços das RAS.

No entanto pontuar as alterações realizadas na PNAB, principalmente as alterações realizadas na versão de 2017, se faz necessários, para caracterizar as ações de retrocessos e as

características impostas pelo projeto neoliberal na operacionalização da política impactando diretamente no atendimento das famílias pela RAS.

Morosini *et al* (2018) aponta os elementos que fomentaram as alterações da PNAB em 2017 destacando nesse contexto “[...] o rápido fortalecimento de uma pauta antidemocrática e autoritária, orientada para o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros.” (MOROSINI *et al*, 2018, p.15). Como principal instrumento desse processo destaca-se a emenda constitucional nº 95/2016, conhecida como a emenda do teto dos gastos que trata principalmente do financiamento. De acordo com autor supracitado um dos principais resultados foram a desconstrução do SUS, a descrédibilização do sistema para a população e a ampliação dos serviços do setor privado.

Nesse contexto os principais temas que sofreram alterações na PNAB foram a cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes, a reorganização do processo de trabalho e a fragilização da coordenação nacional da política, apontando como resultado a flexibilidade na AB e a descaracterização dos preceitos descritos no SUS sendo os principais alterações a cerca: a diminuição da expansão da estratégia saúde da família, a cobertura universal apenas para as áreas de vulnerabilidade social, flexibilidade nos parâmetros de acesso a cobertura, limitação do número de profissionais por equipe, sobretudo, dos agentes comunitários de saúde – ACS, a definição de padrões diferenciados de ações e cuidados para AB, retomada da lógica da seletividade, alteração na composição dos profissionais das ESf, distribuição da carga horária dos trabalhadores da AB, a não obrigatoriedade do ACS nas ESf, a fusão de atribuições do ACS e ACE, fragilização do financiamento do SUS. (MOROSINI *et al*, 2018)

Os fatores apresentando oferecem subsídios para problematiza acerca de qual modelo de assistência está sendo desejado, visto que os princípios de universalidade e integralidade estão sendo afetados, assim como fragilização dos vínculos, os padrões diferenciados que comprometem a qualidade dos serviços, descaracterização dos modelos de equipe de saúde, desvalorização dos profissionais de base ACS e ACE e a impactando diretamente na AB. (MOROSINI *et al*, 2018)

Com relação a saúde no Amazonas as equipes de saúde da família, sobretudo, os profissionais que atuam como ACS e agentes comunitário de endemias, representam um papel fundamental no acesso das populações aos serviços de saúde, principalmente das famílias oriundas de comunidades tradicionais e dos povos originários, um fator que preocupa diretamente ao acesso dessas povos visto as alterações na PNAB.

Mesmo que esses povos estejam assegurados pelos critérios de população em vulnerabilidade social, a descaracterização das equipes e seus profissionais, a exemplo dos ACS e ACE podem afetar na cobertura de serviço de saúde disponíveis a esses povos.

É nesse contexto, e no intuito de caracterizar os serviços de saúde para as comunidades ribeirinhas da Amazônia é que se faz necessário apresentar o conceito de sustentabilidade, visto que a relação homem-natureza é fundamental na identificação das particularidades desses povos, além da conceituação das dimensões da sustentabilidade e sua influência nas políticas públicas.

Nesse sentido, o próximo capítulo apresenta a conceituação da sustentabilidade, suas dimensões e sua relação com as políticas públicas evidenciando a crise ambiental como o um marco para a definição da saúde a nível global e o impacto dessa definição na população brasileira e no sistema de saúde vigente.

CAPÍTULO II

CAPITULO II – SUSTENTABILIDADE E POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: a construção do conceito e sua relação com a promoção da saúde

Este capítulo tem como objetivo apresentar o conceito de sustentabilidade fomentando a discussão quanto a análise da sua inserção no âmbito das políticas públicas, mais especificamente na Política Nacional de Atenção Básica-PNAB, enfatizando a conjuntura atual da emergência da questão ambiental relacionada a saúde e articulando com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável -ODS.

A abordagem da sustentabilidade ocorre a partir da concepção do ecodesenvolvimento e tem como premissa, obter elementos analíticos para tratar a sua efetivação no âmbito da PNAB, direcionado ao atendimento aos povos tradicionais das comunidades ribeirinhas no Amazonas na efetivação do direito à saúde.

Para tratar o objetivo desse capítulo far-se-á uma abordagem na seguinte sequência: a primeira parte trata da emergência histórica e definição conceitual de Sustentabilidade e suas dimensões a partir dos autores Godard (1997), Cavalcanti (2002), Nogueira e Chaves (2005), Rodrigues e Chaves (2006), Belle (2006), Sachs (2009), Ribeiro (2014) e Boff (2015), a segunda parte busca identificar os elementos da sustentabilidade na PNAB, apresentando a Agenda 2030 com os objetivos e metas para a saúde no Brasil como principal elemento de efetivação da sustentabilidade na PNAB embasado nos seguintes autores ONU (2015), Warpechowski *et al.* (2021), Garcia & Garcia (2016), Veiga (2020) e Catanante GV et al. (2017).

2.1. SUSTENTABILIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: uma leitura a partir do ecodesenvolvimento e suas dimensões.

A problemática socioambiental emerge na cena contemporânea, em meados dos anos 60/70, quando as intervenções tecnológicas e industriais, do final do século XIX e início do século XX, começaram a apontar uma necessidade de tomada de consciência e atitude quanto exploração dos recursos naturais. (BERNARDES E FERREIRA/ 2009)

De acordo com Nogueira e Chaves (2005), a discussão sobre a crise ambiental ganha maior visibilidade no debate fomentado pelo Clube de Roma⁴ em 1968 que teve como resultado em 1972 o relatório Limites do Crescimento. As autoras supracitadas ressaltam que as discussões foram importantes por introduzir a questão ambiental a nível planetário, mesmo que o resultado desse encontro tenha incidido na Teoria Neomalthusiano⁵, mas traz uma evidência a problemática que fomenta várias discussões que caracteriza como fundamental para a humanidade o debate.

No mesmo ano de publicação do relatório do Clube de Roma aconteceu, em Estocolmo a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano (CNUMAH)⁶, segundo Sachs (2009) essa conferência apresentou dois conceitos opostos, um defendia a perspectiva de priorização da aceleração do crescimento e outro que afirmava que a humanidade poderia sofrer com a degradação irreversível dos recursos naturais, apontando uma concepção catastrófica.

A conferência de Estocolmo foi um marco importante para a implementação de um pensamento que promoveu a procura por uma estratégia de desenvolvimento com restrições ao uso dos recursos naturais, nesse sentido Sachs (2009), afirma que como alternativa as concepções opostas a ideia de priorização do crescimento, surgiu a proposta que:

O crescimento econômico ainda fazia-se necessário. Mas ele deveria ser socialmente receptivo e implementado por métodos favoráveis ao meio ambiente, em vez de favorecer a incorporação predatória do capital da natureza ao PIB. (SACHS, 2009, p.15)

Como resultado dessa conferência foi criado o Programa das Nações Unidas para Meio Ambiente – PNUMA que de acordo com a ONU é a Agência do Sistema das Nações Unidas responsável por promover a conservação do meio ambiente e o uso eficiente de recursos no contexto do desenvolvimento sustentável. De acordo com Nogueira e Chaves (2005) tem o

⁴ Importante ressaltar que a preocupação com a questão não se inicia no Clube de Roma, mas se inicia bem antes. Boff (2015) apresenta na Província da Saxônia, em 1560, a preocupação do uso racional da floresta e em 1713 o Capitão Carlowitz apresentava o conceito de Silvicultura ressaltando um conceito estratégico no uso sustentável da madeira. O conceito da Silvicultura, assim como a Teoria Malthusiana, orientou as discussões que aconteceram no Clube de Roma.

⁵ Segundo Silva (2015, p.68) essa corrente representa uma tentativa de enfrentar os problemas socioeconômicos, restringindo-os a questão da natalidade, e com isso esmaecer os efeitos da concentração de renda com base em uma argumentação demográfica. Embora compareçam nesta análise outras variáveis, verifica-se que essa teoria ancora-se no darwinismo social ao concluir que o crescimento populacional é o responsável pela ocorrência da miséria e pela depredação ambiental do planeta.

⁶ Em 1971 aconteceu o Encontro Founex, evento muito importante de preparação para a Conferência de Estocolmo. Foi uma reunião com 27 especialistas no painel de peritos em Ecologia e Desenvolvimento por solicitação da Organização das Nações Unidas para discutir a dependência entre desenvolvimento e meio ambiente (Sachs, 2009)

objetivo de “[...] fomentar junto aos organismos internacionais a necessidade da educação e formação ambientais em todas as atividades” (NOGUEIRA E CHAVES, 2005, p. 132).

Importante ressaltar que nesse contexto havia uma disputa política entre os dois projetos, Sachs (2009) e Rodrigues e Chaves (2006) apontam que uma mudança na forma de se relacionar com o meio ambiente deveria ser postulada, principalmente no que se referia o modo de produção e consumo dos países industrializados. Nesse sentido, Sachs (2009) enfatiza que “[...] reconceitualizando-se o desenvolvimento como apropriação efetiva de todos os direitos humanos, políticos, sociais, econômicos e culturais, incluindo-se aí o direito coletivo ao meio ambiente” (SACHS, 2009, p.60), ou seja, uma nova lógica que privilegie não apenas o crescimento econômico, mas as outras dimensões da vida em sociedade.

E é no bojo dessa discussão que o conceito de ecodesenvolvimento é apresentado. Segundo Rodrigues e Chaves (2006) apresentam que a ONU e decorrência da necessidade de promover encontros para se discutir questões referentes ao desenvolvimento e seus efeitos ambientais promoveu em 1972, em Estocolmo, a Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente que tinha como proposta a construções de estratégias a nível mundial para o minimizar tais efeitos. Na ocasião 1970 durante as reuniões preparatórias para a conferência Maurice Strong, secretário geral da ONU na época, convida Ignacy Sachs, Economista polonês naturalizado francês, para preparar um documento base que serviria de instrumento para orientar as discussões durante a conferência.

Em decorrência do convite realizado por Strong Sachs, em 1970, cria o Centre International de Recherche sur l’Environnement et le Développement – CIRED, que tem por objetivo desenvolver estudos que visam contribuir na discussão sobre desenvolvimento e seus efeitos ambientais e sociais, além de contribuir na criação de estratégias que minimizem tais efeitos. Nesse contexto, que em 1985, Sachs e sua equipe de pesquisadores formulam o conceito de Ecodesenvolvimento, a partir dos estudos produzidos pelo CIRED, destacou-se o quadro de efeitos danosos a biodiversidade em escala global no uso contínuo dos recursos naturais em favor do modo de produção e consumo.

Após a realização da Conferência de Estocolmo, em 1972, Maurice Strong usou o termo ecodesenvolvimento, importante ressaltar que o conceito apresentado por Strong foi desenvolvido a partir dos princípios formulado por Sachs no documento apresentado ao PNUMA de 1973, e que apesar de terem a sua definição ligada as ideias de Sachs, o ecodesenvolvimento de Strong difere da definição de Sachs, conforme o Quadro 03, demonstra abaixo.

Quadro 03: Definição de Ecodesenvolvimento

ECODESENVOLVIMENTO	
Autor	Definição
Maurice Strong	[...] preconiza uma gestão mais racional dos ecossistemas locais aliado a valorização do know-how da criatividade das populações envolvidas no processo. (Vieira <i>apud</i> Nogueira e Chaves, 2005)
Ignacy Sachs	Desenvolvimento endógeno e dependendo de suas forças próprias, submetidos a lógica das necessidades de conjunto da população, consciente de sua dimensão ecológica e buscando estabelecer uma relação harmônica entre homem e a natureza. (Sachs <i>apud</i> Nogueira e Chaves, 2005)

Fonte: Sistematizado pela autora a partir dos estudos de Nogueira e Chaves (2005)

Apesar dos dois conceitos evidenciarem a participação das populações no processo de gestão, o conceito defendido por Sachs assume um caráter ampliado ao incorporar ao caráter estratégico do ecodesenvolvimento variáveis políticas, culturais, sociais, éticas dentre outras (NOGUEIRA E CHAVES, 2005).

Nessa concepção caracteriza-se o ecodesenvolvimento em contraposição a ideia de desenvolvimento desfreado, Sachs faz uma crítica profunda sobre o padrão de desenvolvimento dos países ricos e da relação com os países pobres, evidenciando a relação de subordinação dos países do hemisfério norte com do sul, sobretudo, em relação a exploração dos recursos naturais dos países do hemisfério sul em virtude do desenvolvimento econômico do modelo de produção e consumo do hemisfério norte.

Chaves (2004) faz uma reflexão acerca do conteúdo da proposta do ecodesenvolvimento de Sachs evidenciando que a principal abordagem para o desenvolvimento deveria ser a satisfação das necessidades básicas tanto de reprodução humana material como psicossocial, colocando em evidencia a defesa da autonomia das populações, onde usa o termo *self reliance* (autoconfiança) e *savoir-faire* (saber como) que defende o reconhecimento e valorização das formas de manejo de recursos locais orientados pelos conhecimento dos povos tradicionais.

Segundo alguns autores Chaves (2004), Rodrigues e Chaves (2006) e Ribeiro (2014) esse conceito contribui significativamente para fomentar a construção de estratégias viáveis para a produção de consciente e que valoriza-se a cultura local e a criação de sistema social com o foco no desenvolvimento com sustentabilidade na garantia da segurança social.

Nesse sentido, Sachs (2009) defende o ecodesenvolvimento como “[...] um caminho apropriado de conservação da biodiversidade, o mais apropriado, ao assumir a harmonização dos objetivos sociais e ecológicos” (SACHS, 2009, p.70). Partindo desse pressuposto, o autor supracitado, apresenta a Sustentabilidade, a partir da perspectiva de ecodesenvolvimento,

defendendo que só poderá ser pensada um desenvolvimento com sustentabilidade mediante dimensões que a fundamentam, sendo elas: econômica, ambiental, política, territorial, cultural e social, conforme demonstra o Quadro 04:

Quadro 04: Dimensões da Sustentabilidade

Dimensões	Definição
Cultural	Investir num processo de mudanças de atitude e compromisso, atuar em sintonia com os ritmos da natureza, sob nova lógica produtiva e de consumo, valorização dos saberes e habilidades culturais locais, trabalhar em prol de uma nova sociabilidade entre os seres humanos
Territorial	Vigilância/ controle na distribuição espacial dos assentamentos humanos, reorientação das atividades econômicas orientada pela lógica do capital
Econômica	Ampliação de aplicação dos recursos públicos e privados na viabilização de políticas sociais e inclusão social, alocação e manejo eficientes dos recursos naturais respeitando as necessidades de recuperação dos ecossistemas, minimizar impactos, reaproveitamento e desperdício de materiais, valorização das práticas produtivas tradicionais.
Social	Distribuição equitativa de renda, acesso aos direitos sociais a redução da desigualdade social entre ricos e pobres
Ecológica	Uso de técnica e tecnologia apropriada que gerem mínimo de deterioração dos ambientes, adotar o máximo aproveitamento do potencial de recursos existentes nos diversos ecossistemas, utilizar práticas produtivas e de consumo consciente com baixo impacto

Fonte: Adaptado pela autora a partir dos estudos de Sachs (1986; 2000; 2006; 2010).

Cada dimensão envolvida em uma perspectiva estratégica que valoriza o planejamento local e participativo evidenciando o papel central das comunidades locais no planejamento e a interação entre o conhecimento tradicional e a ciência moderna (SACHS, 2009). Após aprofundamento em seus estudos Sachs (2009) acrescentou mais três dimensões ao escopo já apresentado, sendo elas a sustentabilidade dos sistemas internacionais, a sustentabilidade política nacional e a política ambiental. Essas dimensões tem a perspectiva de fomentar a sustentabilidade a partir das diversas relações homem-sociedade-natureza. (CHAVES *et al*, 2021). A partir das autoras supracitadas essas dimensões caracterizam-se:

[...] 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 esodesenvolvimento baseado no princípio da igualdade, proteção ao meio ambiente e na cooperação internacional. (CHAVES *et al*, 2021, p.3-4)

O conceito de Sustentabilidade, baseado na definição de ecodesenvolvimento defendida por Sachs, postula uma mudança de paradigma assim como também defende um desenvolvimento baseados em princípios, para além da concepção econômica, ressaltando que outras dimensões da vida em sociedade devem ser contempladas, nesse mesmo entendimento Nogueira e Chaves (2005) afirma que:

A sustentabilidade envolve a busca de construção de um novo paradigma de desenvolvimento. Tal processo de construção se afirma na luta política-ideológica de defesa de um desenvolvimento que leve em conta os limites ecológicos do planeta terra. Assim, esse novo paradigma de desenvolvimento “abrange a interações entre questões econômicas, sociais, culturais, ecológicas e tecnológicas”. (NOGUEIRA E CHAVES, 2005, pág.18)

Bellen (2006) afirma que “[...] o conceito de Sustentabilidade é complexo e dinâmico perpassa por diversas concepções que procuram caracterizá-lo muitas vezes não havendo consenso” (BELLEN, 2006, p. 22). Assim a necessidade pela caracterização da Sustentabilidade e sua efetivação a partir de políticas públicas comprometidas com a valorização da biodiversidade e dos ecossistemas envolvidos se faz necessário e é nesse escopo que vários eventos mundiais fomentam a discussão da sustentabilidade afim de chegarem a um conceito e uma estratégia em comum.

Nesse sentido, outra concepção apresentada em 1987, na Comissão da ONU sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento (UNCMED) aparece como uma opção, o Relatório de Brundtland apresenta o conceito de Desenvolvimento Sustentável⁷ como uma alternativa viável, a partir de uma perspectiva política-ideológica diferente da postulada pelo ecodesenvolvimento⁸. (NOGUEIRA E CHAVES, 2005)

O relatório, preconiza que o Desenvolvimento Sustentável é “Aquele que satisfaz as necessidades do presente sem comprometer a capacidade de as gerações futuras satisfazerem as suas próprias necessidades” (Nosso Futuro Comum, 1987). Na concepção de Bellen (2006), o Desenvolvimento Sustentável, apresentado no relatório Nosso Futuro Comum, traz uma

⁷ De acordo com Godard (1997) e Bellen (2006) o termo desenvolvimento sustentável aparece pela primeira vez ligada União Internacional para a Conservação da Natureza e dos Recursos (UICN), no documento sobre a Estratégia Mundial para a Conservação.

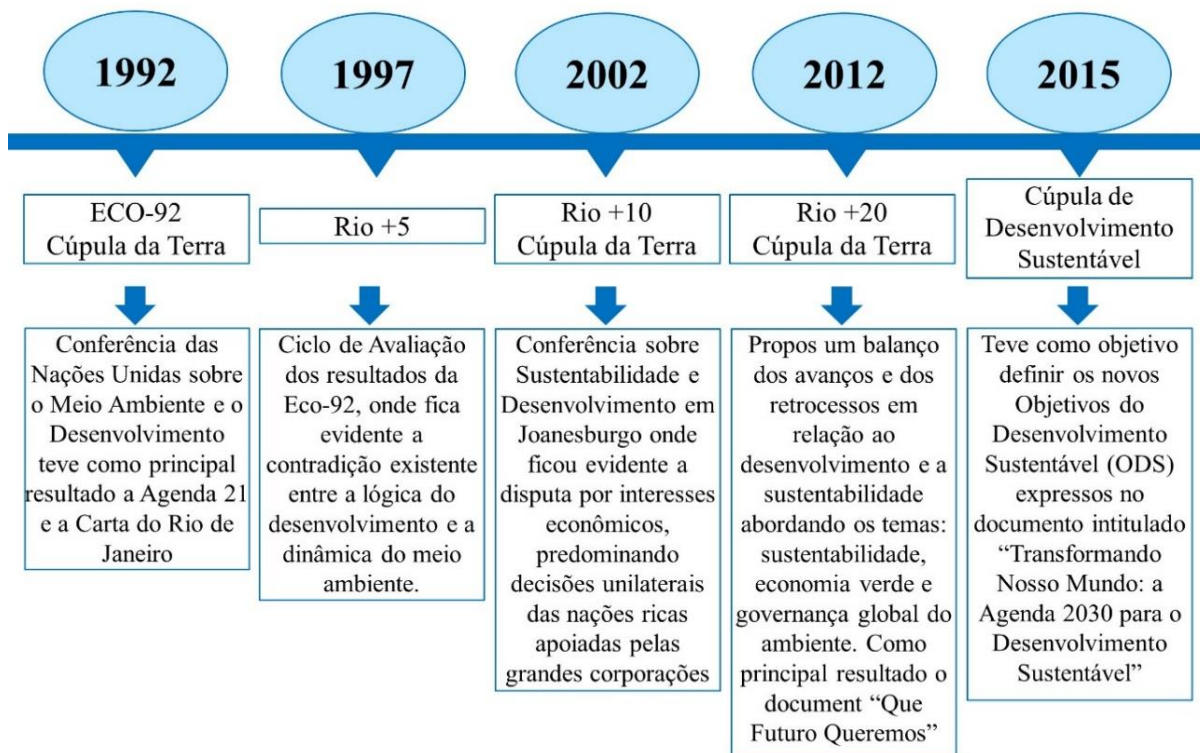
⁸ Importante ressaltar que a Declaração de Cocoyok (1974) e o Relatório de *Que Faire* (1975) reatualizam o conceito de Sachs, sem dar visibilidade ao termo ecodesenvolvimento, enfatizando a discussão mais centrada no desenvolvimento econômico e na degradação ambiental privilegiando uma estratégia política menos “radical” que postulava por Sachs, esse entendimento oferece subsídio para o desenvolvimento do conceito apresentado mais tarde de Desenvolvimento Sustentável. (Bellen, 2006; Nogueira e Chaves, 2005)

sustentabilidade com ênfase no elemento humano, buscando um equilíbrio nesse sentido nas dimensões econômicas, ambientais e sociais.

O Desenvolvimento Sustentável, como estratégia de enfrentamento as questões socioambientais, foi um conceito mais bem aceito pelas organizações internacionais pois, responde em um sentido mais direto as inquietações e desafios da crise ambiental ao mesmo tempo que oferece mecanismos que consolidam o sistema produtivo vigente, diferente do conceito de codesenvolvimento que defende a superação da lógica individualista e predatória do capital. (NOGUEIRA E CHAVES, 2005)

Godard (1997) afirma que a difusão do conceito de Desenvolvimento Sustentável não assume unidade pelas representações políticas, estudiosos e afins, ou seja, nem todos o interpretam da mesma forma, surgindo várias controvérsias sobre a sustentabilidade e de que forma ela deve ser implantada no desenvolvimento mundial, sejam eles nas perspectivas econômicas, políticas ou sociais, mas é a partir desse conceito que várias conferências e encontros são organizados com objetivo de elaborar estratégias que respondam a demanda ambiental enfrentada na época, a Figura 05 que apresenta as principais conferência e sua contribuição para a discussão:

Figura 05: Principais Encontros e Conferências sobre o Desenvolvimento Sustentável



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos estudos de Boff (2015) e os Documentos da ONU.

A partir do exposto, Boff (2015) enfatiza que as conferências e encontros promovidos pela ONU foram imprescindíveis para evidenciar a questão ambiental no mundo, como também fomentar discussão de nível local ao internacional, que contribui significativamente para a divulgação das pautas discutidas no que se refere a degradação ambiental e seus impactos no meio ambiente. Nesse mesmo entendimento, Sachs (2009) afirma que:

Nos 20 anos decorridos entre as conferências de Estocolmo e a do Rio, alcançou-se um substancial progresso em termos da institucionalização do interesse pelo meio ambiente, com o lançamento pelo programa do Meio Ambiente da ONU e com o avanço na proteção do meio ambiente global por um serie de tratados internacionais. (SACHS, 2009, p.59)

Apesar das discussões não caminharem para um mesmo entendimento de desenvolvimento com sustentabilidade, os debates fomentados pelas conferências e encontros tem uma grande relevância para evidenciar a necessidade de uma nova racionalidade onde o meio ambiente tenha um papel importante, assim como temas concernente a igualdade e justiça social também sejam contemplados nesse contexto.

Nessa perspectiva dois conceitos devem ser abordados para entender a relação entre as questões ambientais pertinentes a construção do conceito de sustentabilidade e a saúde em uma perspectiva de direito. Fundamentais para fomentar a discussão sobre os elementos que compõe a saúde no contexto global, a Saúde Internacional e à Saúde Global, configuram-se como conceitos importantes para o entendimento de saúde como valor central para o desenvolvimento com sustentabilidade.

Cueto (2015) ressalta que a Saúde Internacional aparece principalmente ligada às intensificações de pandemias no século XIX e início do século XX e a junção de países para a elaboração de estratégias de enfrentamento dessas pandemias. A Saúde Global, na visão de Brown et.al. (2006) tem sua definição a partir do entendimento que o tema de saúde é de interesse global, afirmando que “[...] indica a consideração das necessidades de saúde da população de todo planeta, acima dos interesses de nação particular” (p.625)

No que tange a Saúde Internacional, Cueto (2015), enfatiza o seu caráter intergovernamental e internacional, como reforça Brown et.al. (2006):

Saúde Internacional era um termo usado com considerável frequência já no final do século XIX e no início do século XX, e referia-se especialmente a um foco no controle de epidemias ultrapassando fronteiras entre nações, ou seja, ‘inter-nacionalmente’. ‘Intergovernamental’ se refere às relações entre

governos de nações soberanas, neste caso com relações as políticas e práticas de saúde pública. (BROWN et.al., 2006, p. 625)

Nesse contexto organismos e agências de intervenção a questão de saúde que orientavam as estratégias de enfrentamento, realizavam conferências sanitárias e fomentavam práticas de saúde, como a publicação de estudos epidemiológicos, relatórios técnicos e ações de controle a doenças emergentes na época, se consolidavam, apesar de incidirem pouca influência, exerciam um papel importante para visibilizar problemas relativos às questões sanitárias na Saúde Internacional, sendo as principais agências expostas no Quadro 05 abaixo:

Quadro 05: Principais agências e Organismos de Saúde Internacional

AGÊNCIAS E ORGANISMOS DE SAÚDE		
Nome	Ano de Criação	Local de Origem
Repartição Sanitária Internacional das Republicas Americanas (Pasb) atual Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)	1902	Washington (DC)
Escritório Internacional de Higiene Publica (OIHP)	1907	Paris
Fundação Rockefeller (Instituição Filantrópica)	1913	New York
Organização da Saúde na Liga das Nações (OSLN)	1920	Genebra

Fonte: Elaborado a partir dos estudos de BROWN *et.al.* (2006) e CUETO (2015)

As instituições expostas no Quadro 05 acima tiveram um papel fundamental visibilizando a saúde a partir de uma perspectiva Internacional, trouxeram várias contribuições na época por apresentar estudos que fomentavam a necessidade de investimentos nas questões sanitária, desenvolvimento de vacinas e educação em saúde, ainda que essas intervenções estivessem ligadas, sobretudo, a garantia da manutenção da economia.

Nesse sentido, a Saúde internacional estava muito mais ligada a ações preventivas de caráter emergências visando a manutenção da população e das condições para garantir o crescimento econômico. Nesse sentido, Cueto (2015, p.14) ressalta que “A saúde internacional foi considerada uma ferramenta essencial para proteger a economia dos portos, as populações estrangeiras e as cidades”.

A Saúde Global, por outro lado, surge com características distintas da Saúde Internacional, tendo sua origem na metade do século XIX ligada a acordos bilaterais no combate de grandes epidemias mundiais e na recém-criada Organização Mundial da Saúde – OMS que nos anos 70 apresenta um novo programa sanitário como estratégia de enfrentamento as questões de saúde pautado na Atenção Primária a Saúde. (CUETO, 2015)

Nesse contexto Brown et al (2006) afirma que a consolidação do conceito de Saúde Global aparece ligado ao processo de globalização que influenciou os sistemas políticos no final do século XX. O autor ressalta que:

[...] o “novo paradigma” da globalização como “o processo de crescente interdependência e integração econômica, política e social, à medida que capital, bens, pessoas, conceitos, imagens, ideias e valores cruzam fronteiras nacionais” (YACHT & BETTCHER apud BROWN et al 2006)

Assim como outros fatores da vida em sociedade sofreram influência do processo de globalização, a saúde pública também teve características oriundas de tal processo, principalmente com a criação da OMS como principal instituição multilateral de saúde internacional, que nesse contexto apresenta como premissa para a promoção de saúde, “[...] reformas sociais revertessem em melhorias nas condições de vida das populações, o que sem dúvidas tem uma vinculação com as doenças mais comuns” (CUETO, 2015)

Importante ressaltar que a Saúde Internacional tinha como principal viés de atuação ação preventivas e focalizadas enquanto a Saúde Global prima por uma assistência integral que visa a promoção de qualidade de vida no cuidado a saúde.

A consolidação do conceito de Saúde Global veio junto a consolidação da OMS como agência de referência na criação de programas de ação e saúde de forma global. Matta e Moreno (2014) sinalizam que mesmo a Saúde Global ter avançado no entendimento que o processo saúde-doença ultrapassa fronteiras, as ações e programas que visavam a promoção a saúde também eram caracterizados pelos sistemas políticos vigentes no momento histórico, assim como sofriam influência das situações epidemiológicas. Os autores supracitados ressaltam nessa perspectiva que:

[...] há disputas históricas, políticas e epistemológicas em curso nas relações entre globalização e saúde na atualidade. Entre elas, as estratégias de formulação de políticas nesta arena têm sido pautadas pela construção de evidências científicas de caráter transcultural como critério de justificação e intervenção sobre os sistemas nacionais de saúde, sobretudo entre os países pobres e em desenvolvimento. (MATT A E MORENO, 2014)

Nesse sentido, Cueto (2015) afirma que a Saúde Global está pautada em duas perspectivas de abordagem a primeira enfatiza o uso de tecnologias modernas no controle de doenças e o segundo advoga a necessidade das reformas sociais que buscam a diminuição das desigualdades entre os países.

O desenvolvimento de estudos e a criação de subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde que atendam as demandas são classificados como primordial, nesse sentido Matta e Moreno (2014, p.12) afirmam que “[...] saúde global é um construto social do campo científico e político em busca de estabilidade para impor-se como um novo paradigma na arena político-sanitária internacional”.

Nesse contexto a questão ambiental aparece como fator de contribuição na busca por uma saúde na perspectiva global, entendendo que há uma relação intrínseca entre saúde e meio ambiente, Freitas e Porro (2006, p.21) apontam que “A Organização Mundial da Saúde – OMS, em seus informes sobre a saúde no mundo, já reconhecem atualmente a relação entre as mudanças climáticas e certas doenças, como as diarreias e malárias”.

Correlacionado a essas questões se intensifica o reconhecimento das desigualdades sociais e das populações em vulnerabilidade que são afetadas diretamente pelas iniquidades em saúde advindas de diversos contextos de vulnerabilidade socioambiental, nesse sentido Chaves (2021 *apud* ONU, 2019) destaca que as comunidades empobrecidas e em condições sociais desiguais tendem a ser mais afetadas pelas mudanças climática principalmente as populações dos trópicos que sofrem com as condições limitadas de estratégias de enfrentamento aos resultados da condições socioambientais reforçando as condições desiguais entre os povos.

Freitas e Porro (2006) reforçam que essas condições podem se expressar de várias formas em contexto global com as emissões de gases que contribuem para o efeito estufa, a utilização de combustíveis fósseis como petróleo e o carvão, o desaparecimento de várias ilhas e áreas litorâneas que serão alagadas, as mudanças em vários ecossistemas, efeito de poluição urbana-industrial, acidentes industriais com emissão de nuvem tóxica e explosões com incêndios, além de consequências no plano local atingindo de forma imediata as populações residentes nesses espaços como a contaminação de lençóis freáticos, problemas de infraestrutura básica como o saneamento, tratamento de esgoto, coleta de lixo e falta de habitação apropriada, nesse sentido os autores afirma que:

As desigualdades sociais e a falta de oferta de habitação populares adequadas as populações de baixa renda fazem com essas ocupem diversas áreas de risco, as ‘zonas de sacrifício’, sem saneamento e próximas de instalações perigosas e poluentes. (FREITAS E PORRO, 2006, p.22)

Colocando em evidencia uma questão inerente não só as problemáticas ambientais, mas evidenciando nessa conjuntura as problemáticas socioambientais, pois as condições de

necessidade humana dessas populações têm relação direta com o meio ambiente que afeta diretamente sua capacidade de reprodução social, cultural e material.

Freitas e Porro (2006, p.12) apresentam uma reflexão nesse sentido onde pontuam modelo de desenvolvimento atualmente hegemônico “[...] em que crescimento econômico é traduzido como sinônimo de progresso, sem levar em consideração outras necessidades e possibilidades de realização de vida humana não humana no planeta”, configurando-se como uma ameaça a sustentabilidade e a saúde, como resultado desse crescimento a intensificação do processo de degradação ambiental e iniquidades em saúde de forma global, pois essas consequência afeta a toda população mundial, mas atingindo com mais força os vulneráveis.

Chaves (2021) reforça que a sociedade urbana-industrial, a partir da lógica de produção do capital, intensifica a exploração dos recursos naturais em função de um crescimento econômico, pautado na dinâmica de dominação e subordinação entre as classes sociais e a produção de uma riqueza que se acumula nos grandes capitais impactando ativamente na geração de pobreza, condições precárias de subsistência e das desigualdades e preconceitos de todas as formas. Adensando o debate Freitas e Porro (2006) afirma que:

Mais crescimento econômico, mais conhecimento científico e difusão de tecnologias sofisticadas não significam necessariamente a melhoria das condições de vida das populações atuais, e cada vez mais se colocam e risco as condições de vida das gerações futuras. (FREITAS E PORRO, 2006, p.19)

Nessa conjuntura onde pauta-se o enfrentamento da crise ambiental em consonância com a preservação da humanidade e dos ecossistemas, recursos naturais e a vida como um todo que políticas governamentais e compromissos entre países são firmados, esse entendimento marcou as políticas públicas de saúde que sofreram influências e se caracterizaram a partir dessa concepção de saúde global fundamentados em fatores como o social, meio ambiente e desenvolvimento sustentável.

Partindo desse pressuposto, nas políticas de saúde foram incorporados princípios que contribuíram para fomentar um entendimento entre sustentabilidade e saúde. As principais contribuições vieram pelo Objetivo do Desenvolvimento do Milênio ou Metas do Milênio que foram apresentadas nos anos 2000 na Cúpula do Milênio da ONU, que era composto de oito objetivos a serem alcançados até 2015, sendo eles: Erradicação da Pobreza e a fome; Alcançar o ensino primário universal; Promover a igualdade de gênero e empoderar as mulheres; Reduzir a mortalidade infantil; Melhorar a saúde materna, combater o HIV/AIDS, a malária e outras

doenças; garantir a sustentabilidade ambiental e desenvolver uma parceria global de desenvolvimento.

No tópico seguinte será abordado as estratégias estabelecidas para garantia dos direitos humanos e o direito socioambiental apresentando ligada a essas estratégias a proposta de Desenvolvimento Sustentável e sua relação com a saúde, dando ênfase nesse sentido a PNAB.

2.2. PNAB SOB A ÓTICA DOS OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL PARA A SAÚDE NO BRASIL

Ao longo dos anos, diante da conjuntura de emergência do debate acerca da sustentabilidade, representantes da ONU decidiram, através de debates e conferências mundiais, unificar propostas que contribuíssem para o desenvolvimento econômico e a conservação ambiental na perspectiva de fomentar um desenvolvimento com sustentabilidade.

Diante da conjuntura de promoção de estratégias para fomentar um desenvolvimento com sustentabilidade na perspectiva, do Desenvolvimento Sustentável, no ano 2000 foi elaborado um documento único intitulado Declaração do Milênio das Nações Unidas, que regulamentou ações internacionais de desenvolvimento até 2015. Esse documento foi adotado pelos 191 estados membros da ONU, inclusive o Brasil que pactuou junto aos outros estados o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM, que pautavam os temas de meio ambiente, direitos humanos e das mulheres, igualdade social e racial. (ONU, 2020)

Também conhecidos como “8 Jeitos de Mudar o Mundo”, os ODM são um conjunto de metas pactuadas pelos governos dos 191 países-membros da ONU com a finalidade de tornar o mundo um lugar mais justo, solidário e melhor para se viver. (GARCIA & GARCIA, 2016). Os ODM apresentam-se como uma quebra de paradigma, trata-se de um instrumento na efetivação de todos aqueles ideais de combate às problemáticas ambientais, econômicas e sociais, debatidas nos eventos que antecedem a declaração abordando pontos estratégicos para o alcance do Desenvolvimento Sustentável.

Ainda segundo as autoras supracitadas, é importante destacar que para o alcance de cada um desses objetivos foram traçadas metas específicas, as quais refletiam uma verdadeira atenção tanto da sociedade civil como dos governos, a alguns dos desafios que o planeta já enfrentava no início deste milênio e que poderia substancialmente se agravar no decorrer dos anos caso não despendessem de atenção especial. (GARCIA & GARCIA, 2016)

Após este período, a busca pelo avanço dos países acerca das dimensões do desenvolvimento sustentável foram os pilares de construção da Agenda 2030, visto que algumas metas não foram totalmente atingidas no ano de 2015 e ainda se fazia necessário a inserção de novas. Os objetivos e metas desta Agenda são mais ambiciosos e arrojados que os anteriores, além de serem integrados entre si, devendo ser alcançados até o ano de 2030. (ONU, 2018; ONU, 2015).

Nesse sentido, os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável - ODS foram criados para a prosperidade, pessoas e para o planeta alcançando assim os objetivos econômicos, sociais e ambientais pensados dentro da perspectiva de Desenvolvimento Sustentável apresentado no Relatório Nosso Futuro Comum. Esses 17 objetivos estão divididos em 169 metas que compõe a Agenda30 para o Desenvolvimento Sustentável que guia toda a estrutura de cooperação internacional global conforme exposto na Figura 06.

Figura 06: Objetivos do Desenvolvimento Sustentável



Fonte: www.agenda2030.com.br

Fruto de um processo de consulta com seus quase 200 Estados-Membros e com intensa participação da sociedade civil foi aprovada em 2015, a Agenda30 que traz como base seus 17 ODS, com 169 metas distribuídas entre cada um deles como objetivo de orienta os Estados-membros quanto a estratégias e ações a serem realizadas para o alcance do Desenvolvimento Sustentável. (WARPECHOWSKI *et al.* 2021)

A proposta envolve uma diversidade de campos de atuação que transitam pela erradicação da pobreza e da fome, saúde e bem-estar, educação, igualdade de gênero, acesso à água potável e saneamento, energia limpa, trabalho, crescimento econômico sustentável,

redução das desigualdades sociais, sustentabilidade da vida, inovações em infraestrutura, consumo responsável, cidades saudáveis, responsabilidade climática, redução das desigualdades, instituições eficazes e paz social.(MOREIRA e BRAGA 2019)

A principal proposta da Agenda30 conforme destaca Furtado (2018) é que *nenhum país fica para trás*, a autora destaca que é sabido que a desigualdade brasileiras não se manifesta apenas na esfera econômica, e afeta diferentes grupos, de forma relativamente intensa, reúne diferentes grupos, cujo desenvolvimento e inclusão são afetados por barreiras impostas em múltiplos contextos. Garantir o desenvolvimento humano e o atendimento às necessidades básicas do cidadão por meio de um processo econômico, político e social que respeite o ambiente e a sustentabilidade é o objetivo proposto e apresentado na Agenda 2030. (ONU,2015)

A Agenda estabelece ações para todos os países, sejam eles pobres, ricos ou com renda média, reconhecendo que para se acabar com a pobreza deve-se caminhar lado a lado com um plano que promova o crescimento econômico e responda a uma gama de necessidades sociais. (GARCIA & GARCIA, 2016).

Todos os 17 objetivos se apoiam em três pilares básicos: acabar com a pobreza, proteger o planeta e garantir a prosperidade para todos como parte de um novo desenvolvimento sustentável, no Quadro 06 são caracterizados os 17 ODS descritos na Agenda30:

Quadro 06: Objetivos do Desenvolvimento Sustentável na Agenda30

ODS	Descrição
01 – Erradicação da pobreza	Erradicar a pobreza em todas as formas e em todos os lugares
02 – Fome zero e agricultura sustentável	Erradicar a fome, alcançar a segurança alimentar, melhorar a nutrição e promover a agricultura sustentável
03 – Saúde e Bem-Estar	Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades
04 – Educação de qualidade	Garantir o acesso à educação inclusiva, de qualidade e equitativa, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos
05 – Igualdade de gênero	Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas
06 – Água potável e saneamento	Garantir a disponibilidade e a gestão sustentável da água potável e do saneamento para todos
07 – Energia limpa e acessível	Garantir o acesso a fontes de energia fiáveis, sustentáveis e modernas para todos
08 – Trabalho decente e crescimento econômico	Promover o crescimento econômico inclusivo e sustentável, o emprego pleno e produtivo e o trabalho digno para todos
09 – Indústria, inovação e infraestrutura	Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação
10 – Redução das desigualdades	Reduzir as desigualdades no interior dos países e entre países
11 – Cidades e comunidades sustentáveis	Tornar as cidades e comunidades mais inclusivas, seguras, resilientes e sustentáveis

12 – Consumo e produção responsáveis	Garantir padrões de consumo e de produção sustentáveis
13 – Ação contra a mudança global do clima	Adotar medidas urgentes para combater as alterações climáticas e os seus impactos
14 – Vida na água	Conservar e usar de forma sustentável os oceanos, mares e os recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável
15 – Vida terrestre	Proteger, restaurar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, travar e reverter a degradação dos solos e travar a perda da biodiversidade
16 – Paz, Justiça e Instituições Eficazes	Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas a todos os níveis
17 – Parcerias e meios de implementação	Reforçar os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável

Fonte: www.agenda2030.com.br

A inserção desses objetivos e da própria concepção de sustentabilidade nas políticas públicas apresenta diversos desafios, mesmo que sua efetividade sugira um grande avanço na concepção de justiça social e cidadania. De acordo com diversos autores Godard (1997), Cavalcanti (2002), Nogueira e Chaves (2005) e Ribeiro (2014) desde 1992, com a formulação das metas na Agenda21 e, consecutivamente, após a cúpula do Desenvolvimento Sustentável em 2015, essa vertente como premissa das políticas públicas está sendo solidificada como pauta política na discussão de uma sociedade mais justa e igualitária, por mais que as premissas do Desenvolvimento Sustentável não respondam todas as questões inerentes sustentabilidade como postula Sachs.

A degradação ambiental e os riscos que a humanidade sofre com a depredação do meio ambiental e humana, vem ganhando destaque nas campanhas estratégicas política e nos debates internacionais. Importante ressaltar que como resultado direto na intenção e fomento do conceito de sustentabilidade nas políticas públicas o desafio se faz presente, sobretudo, no que se refere as questões econômicas na ação concreta da sustentabilidade. Nesse sentido, Freitas e Porto (2006) apontam que o modelo vigente que privilegia o crescimento econômico em detrimento de outros fatores atua junto as políticas, em uma perspectiva minimizadora com relação aos temas ambientais, sobrepujando questões sociais, culturais e territoriais, tendo como foco principal as questões econômicas fomentando-as como ações de progresso, deixando a margem outros seguimentos da vida humana dentro do direito e qualidade de vida.

Imersa a discussões conceituais e a paradigmas impostos os debates sobre o desenvolvimento sustentável e sua aplicabilidade na conjuntura atual fornecem suportes para problematizar como as políticas públicas fomentadas nessa perspectiva podem oferecer

inclusão e justiça social privilegiando a emancipação humana, visto que o conceito aceito e aplicado nas estratégias de enfrentamento da questão socioambiental, assim como pontua Freitas e Porto (2006), tem uma vertente mais pautada nas questões econômicas deixando de lado questões inerente a dignidade no processo de reprodução social e cultural humana.

Importante ressaltar que a análise aqui proposta parte dos princípios de sustentabilidade apresentadas pelo autor Inacy Sachs que tem no ecodesenvolvimento uma vertente transformadora que vai de encontro com a perspectiva hegemônica do Desenvolvimento Sustentável, o ecodesenvolvimento postula uma mudança de postura com relação as questões socioambientais tendo como principal ponta de discussão as dimensões da sustentabilidade, como suporte de análise e operacionalização das políticas públicas.

O desafio, sobretudo, parte de analisar as políticas públicas na perspectiva apresentado pelo ecodesenvolvimento entendendo a conjuntura ao qual elas foram impostas que privilegiam a dimensão econômica em detrimento das outras dimensões, e ao mesmo tempo caracterizar as políticas internacionais desenvolvidas e vigentes no enfrentamento as questões ambientais e que perpassam os acordos internacionais.

Na perspectiva de mudança social como viés estratégico para a criação de uma sociedade mais sustentável, o ecodesenvolvimento, requer um desenvolvimento adaptado que tem na sua gênese a luta contra a pobreza, com condições econômicas adaptadas valorizando as potencialidades locais e ressaltando a mudança do desenvolvimento econômico atual em favor dos recursos naturais e do desenvolvimento social, enfatizando que no ecodesenvolvimento o desenvolvimento econômico não é deixado de lado, mas tem como premissa a mudança da lógica econômica vigente, apresentando um desenvolvimento econômico articulado as demais premissas do ecodesenvolvimento e apoiados nas dimensões da sustentabilidade. (RIBEIRO, 2014)

Partindo desse pressuposto, a discussão entre a sustentabilidade e as políticas públicas ganha destaque. Cavalcanti (2002) traz em seus estudos subsídios que postulam sobre essa relação, afirmando que a formulação e operacionalização de políticas, que visem a equidade e o atendimento de qualidade na busca por mudança social, devem estar pautadas nas premissas da sustentabilidade.

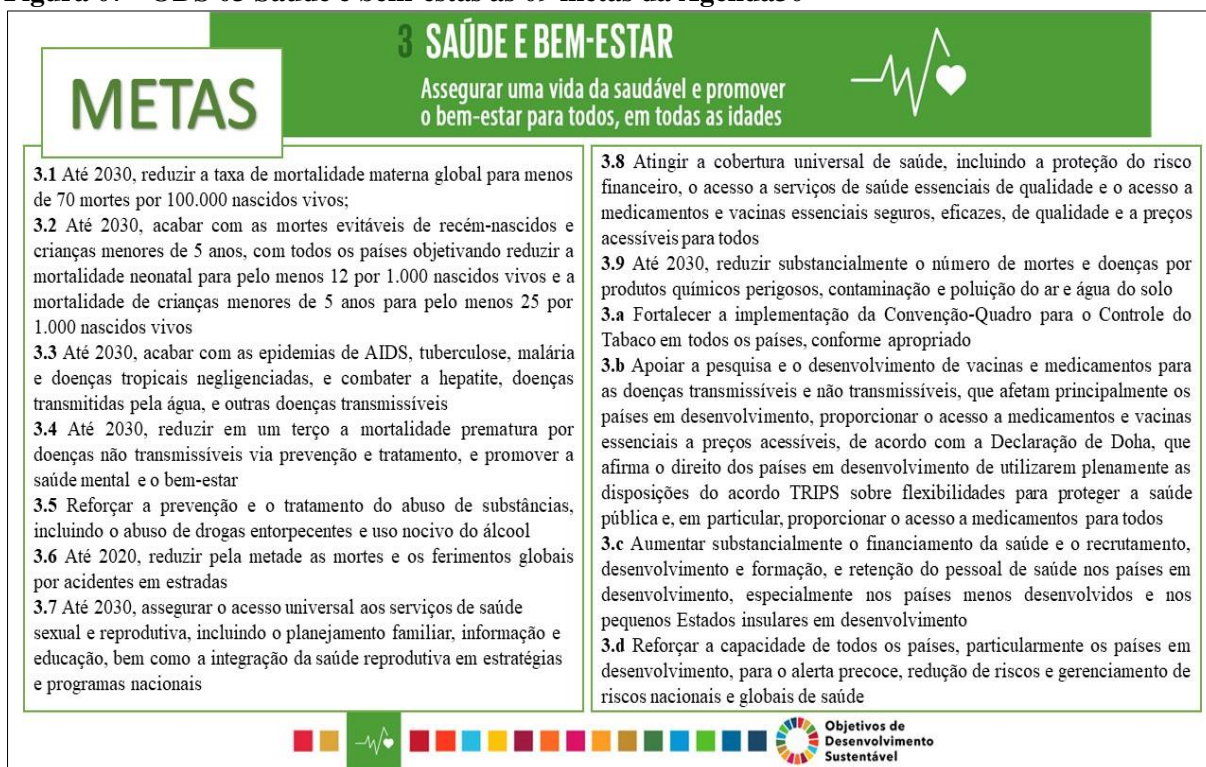
Ainda nessa base conceitual enfatizando a relação entre sustentabilidade e políticas públicas, Ribeiro (2014) afirma que na contemporaneidade o debate sobre as políticas públicas deve levar em consideração os princípios da sustentabilidade, que postulam uma superação da desigualdade social perpassando por dimensões fundamentais na elaboração, implementação e

operacionalização de políticas. Posto isto, ODS devem ser apresentados conforme os documentos oficiais, mas sua análise concreta parte de um entendimento de sustentabilidade pautados nas dimensões postuladas pelo ecodesenvolvimento afim de oferecer subsídios estratégicos e inovadores para a sua operacionalização em políticas públicas com o viés da emancipação humana em busca da justiça social.

Nesse contexto é importante ressaltar que para a operacionalização da sustentabilidade por meio das políticas públicas será relacionado os ODS as legislações vigentes buscando caracterizar o SUS e a operacionaliza a AB no âmbito brasileiro.

Destaca-se neste trabalho o ODS 3, que se refere diretamente à saúde. Desde da criação dos ODM, a saúde assume um papel importante no que se refere à sustentabilidade global, como pré-requisito à vida humana, à sobrevivência e à prosperidade (VEIGA, 2020). Para o autor, o estabelecimento de tais ODS como avanço das estratégias de desenvolvimento com sustentabilidade, resulta na criação de um poderoso movimento social, baseado em ações coletivas em todos os níveis da sociedade, capaz de realizar a “saúde planetária”, contribuindo, assim para o desenvolvimento humano sustentável, conforme exposto na Figura 07 que traz as metas das Nações Unidas para 2030:

Figura 07 - ODS 03 Saúde e bem-estas as 09 metas da Agenda30



Fonte: Sistematizado a partir do estudo da Agenda30 no <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>.

O ODS 3 conta com 9 metas e no âmbito dessas, enquadra-se a PNAB. Cabe ressaltar que, a estratégia política para a implementação dos ODS tem ênfase nacional, cabendo ao governo de cada país determinar prioridades, estruturas de governança, monitoramento de resultados e formas de financiamento (MOREIRA e BRAGA, 2019). Deste modo, o cumprimento da Agenda30 requer que cada país lide com suas diferentes realidades, capacidades e níveis de desenvolvimento, enfrentando desafios específicos para o seu estabelecimento e execução.

Nesse sentido o Brasil, a partir das metas apresentadas na Agenda30, construíram suas próprias metas e indicadores que ajudam a construir uma Agenda local que busca direcionar estratégias e ações para efetivação dos ODS no território nacional, assim essas metas se apresentam da seguinte forma:

- ❖ Até 2030, enfrentar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para no máximo 5 por mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para no máximo 8 por mil nascidos vivos;
- ❖ Até 2030 acabar, como problema de saúde pública, com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária, hepatites virais, doenças negligenciadas, doenças transmitidas pela água, arboviroses transmitidas pelo aedes aegypti e outras doenças transmissíveis;
- ❖ Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, promover a saúde mental e o bem-estar, a saúde do trabalhador e da trabalhadora, e prevenir o suicídio, alterando significativamente a tendência de aumento;
- ❖ Reforçar a prevenção e o tratamento dos problemas decorrentes do uso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool;
- ❖ Até 2030, reduzir pela metade as mortes e lesões por acidentes no trânsito;
- ❖ Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços e insumos de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento reprodutivo, à informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais;
- ❖ Assegurar, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS;

- ❖ Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo;
- ❖ Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil;
- ❖ Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias e inovações em saúde para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, proporcionar o acesso a essas tecnologias e inovações incorporadas ao SUS, incluindo medicamentos e vacinas, a toda a população;
- ❖ Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, formação e retenção do pessoal de saúde, especialmente nos territórios mais vulneráveis;
- ❖ Reforçar as capacidades locais para o alerta precoce, redução e gerenciamento de emergências e riscos nacionais e globais de saúde.

Para fins de resposta ao ODS 3, o Brasil possui a presença do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como proposta a universalidade, a integralidade e a equidade como princípios bases para a sua efetivação e organização, tendo como principais organizativos a descentralização, a regionalização e a hierarquização que pressupõe um sistema de saúde em níveis de atenção, não por hierarquia de importância, mas por maior ou menor densidade tecnológica incorporada em cada esfera. O Objetivo destaca a importância da garantia de atenção ao primeiro contato, sendo este um dos atributos essenciais da AB, pois corresponde à acessibilidade e uso do serviço pelo usuário para cada novo problema ou novo episódio de um problema em saúde. (CATANANTE GV *et al.* 2017)

Na perspectiva do SUS as ações tem como premissa o acesso integral e universal com o objetivo de atender a população de acordo com os Determinantes Sociais da Saúde - DSS. Nesse contexto as diretrizes que fomentam as dimensões da sustentabilidade perpassam pela operacionalização da política de saúde, a partir dessa premissa ONU e a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS apresenta o relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Que apresenta uma reflexão acerca da sustentabilidade do SUS.

Para a efetivação de uma política de saúde com sustentabilidade, o referido relatório apresenta a experiência do Reino Unido e da Itália que postularam estratégias de corresponderam a ações de efetivação da saúde na perspectiva de sustentabilidade sendo elas:

- ❖ a manutenção da integralidade é ponto central para a sustentabilidade;

- ❖ fortalecer os mecanismos de regulação baseados nos conhecimentos científicos;
- ❖ a Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada como uma estratégia chave dentro de um modelo organizacional regionalizado e integrado em redes de atenção ordenadas;
- ❖ aprimoramento da gestão dos recursos públicos destinados à saúde;
- ❖ a importância do envolvimento de todos é essencial para defender o sistema público de saúde.

Esses elementos são preponderantes para a criação de um sistema de saúde universal, integral e sustentável, assim como o proposto pelas diretrizes do SUS. Um ponto importante a ser destacado nas estratégias apontadas pelo documento é a Atenção Básica como estratégia chave para a sustentabilidade do sistema de saúde. Na visão da ONU e do OPAS, as ações preventivas e manutenção, prevenção e recuperação oferecidas na AB tem o papel fundamental na sustentabilidade do sistema de saúde, assim como na eficácia do atendimento à saúde oferecido pela população.

No Brasil a PNAB, como instrumento de efetivação de direito a saúde, representa um conjunto de ações individuais e coletivas, que abrange a promoção, proteção e prevenção em saúde, realização de diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, prezando por uma integralidade que cause impacto na autonomia e situação de saúde das pessoas e nos condicionantes e determinantes de saúde das coletividades. É, ainda, responsabilidade da AB contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão no SUS, apoiando e estimulando a adoção prioritária da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios brasileiros, dado seu potencial tático para consolidação, qualificação e expansão da própria AB. (CATANANTE GV et al. 2017).

Tendo como estratégia principal para a efetivação do direito a saúde o estudo da PNAB e suas diretrizes para a consolidação da sustentabilidade se faz necessário para adensar a discussão pertinente a relação dos DSS, das dimensões sociais e culturais e da efetivação das metas descritas no 3 ODS como serão apresentadas no próximo tópico elencadas aos serviços de saúde oferecidos as comunidades tradicionais ribeirinhas.

CAPÍTULO III

CAPITULO III – PNAB NAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS NO AMAZONAS: o município de Caapiranga/AM e o acesso a saúde pelos povos tradicionais ribeirinhos

Este capítulo tem como objetivo apresentar a caracterização do Município de Caapiranga os serviços de saúde disponíveis no município e os serviços direcionados as comunidades tradicionais ribeirinhas. Nesse sentido será apresentada a caracterização da Município de acordo com a sua localização e fatores sóciohistóricos e culturais, infraestrutura dos estabelecimentos de saúde, assim como as formas de atendimento e as particularidades locorregionais. Busca-se nesse capítulo fazer uma reflexão acerca do acesso dessas comunidades aos serviços de saúde oferecidos pelo Município, e que está postulado na PNAB, tendo como foco as dimensões sociais e culturais da sustentabilidade na garantia do direito e como essas dimensões se configura na efetivação da PNAB.

Para tratar das condições de saúde dos povos tradicionais ribeirinhos e o mapeamento das formas de acesso aos serviços de AB far-se-á uma abordagem na seguinte sequência: a primeira trata da caracterização da AB no Amazonas, assim como a apresentação do Estado e as particularidades locoregional para efetivação da política de saúde e como se configura o acesso a saúde em comunidades ribeirinhas a partir da infraestrutura, modo de vida e o impacto na equidades em saúde.

No segundo momento será realizado a Caracterização do Município de Caapiranga e um mapeamento dos serviços de saúde ofertados as comunidades utilizando o banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES e os estudos desenvolvidos na área pelos seguintes autores Rodrigues *et al* (2020), Chaves *et al* (2015), Silva (2014), Pontes (2015), Nascimento (2016), Teixeira (2017), no banco de dados do grupo Inter-Ação e dos relatórios de PCTIS, PIBEX, PACE e PIBIC desenvolvido nas áreas pelo o grupo de pesquisa, por fim uma discussão sobre a perspectiva da sustentabilidade da PNAB no contexto local como uma estratégia ao acesso a saúde pelos povos ribeirinhos tradicionais em busca de fomentar debates e reflexões necessárias.

3.1 ATENÇÃO BÁSICA NO AMAZONAS: as comunidades ribeirinhas e o acesso a saúde.

Para tratar da Atenção Básica no Amazonas, é imprescindível realizar uma breve caracterização sociohistórica e cultural desse território, assim como abordar as singularidades desses povos no que tange ao atendimento às suas necessidades de saúde. Com esta intenção far-se-á uma abordagem das principais características da região, assim como será caracterizada a formação sociocultural do Amazonas para adentrar nas questões específicas do serviço de saúde no atendimento às comunidades ribeirinhas.

Para discutir a realidade do Estado do Amazonas faz-se imprescindível apresentá-lo no cenário sociocultural da Amazônia. Importa destacar, segundo Teixeira (1998), que falar de Amazônia requer, a priori, entender de que Amazônia se está falando, pois, sua constituição sociohistórica pressupõe tratá-la de forma heterogênea. Tal heterogeneidade se expressa na exuberância e riqueza dos recursos naturais, no complexo da biodiversidade, no universo de povos e culturas, na ganância do capitalismo que destrói e avança no desmatamento do verde, na ideologia dos ditos projetos de desenvolvimento pensados na lógica da modernização conservadora, na localidade onde estão concentradas as grandes hidrelétricas como as de Tucuruí e Balbina, enfim, num mosaico que não permite entendê-lo de maneira homogêneo.

No que concerne à formação social e cultural da Amazônia é imperativo destacar a pluralidades que forma esse complexo cultural, sobretudo, no que diz respeito a relação homem-natureza que permeia o modo de vida dessas populações. Os povos nativos embora com bases culturais similares, dividem-se em duas categorias principais; povos originários compostos por aproximadamente 215 diferentes indígenas (358 mil pessoas), que representa 55,9% dos povos indígenas do Brasil; povos tradicionais formados por grupos sociais, tais como ribeirinhos, varzeiros, pescadores que somam mais de 300 mil comunidades, quilombolas (400 comunidades remanescentes), varzeiros, extrativistas (seringueiros, castanheiros, andirobeiras, piaçaveiros, quebradeiras de coco) (CHAVES *Et. al*, 2021).

De acordo com alguns autores Wagley (1988), Araújo (2003), Benchimol (2009) e Chaves *et al* (2009) a formação cultural dos povos da Amazônia (ribeirinhos, caboclos, castanheiros, seringueiros dentre outros) é oriunda de um processo de miscigenação formada principalmente por europeus e indígenas, e mais tarde por nordestinos e outros grupos vindos de vários estados brasileiros.

Essa miscigenação incidiu principal influência na cultura que nesse contexto se destaca na capacidade de reprodução cultural, social e material e é permeado por práticas características fomentada a partir de mitos, concepções e estratégias de manejo dos recursos naturais existentes na região, uma das principais contribuições dos povos indígenas para a cultura Amazônica foi

a capacidade de desenvolver condições para sua reprodução a partir da relação com o meio ambiente. (CHAVES *et al.*, 2009)

De acordo com Benchimol (2009), foi a capacidade de interagir com os ambientes físicos e biológicos que os povos indígenas da Amazônia desenvolveu essa herança cultural que se configura como a base dos povos tradicionais para viverem na Amazônia, assim como a interação com outros povos residentes na Amazônia em diversos períodos, também modificou suas práticas culturais, mas é necessário ressaltar que os preceitos dos povos originários permeiam todo complexo cultural do modo de vida dessas populações até os dias atuais.

Outros povos que participaram do processo de ocupação da Amazônia formando esse grande mosaico cultural, foram as famílias vindas do sul e sudeste, nordestinos e povos de outros países como os judeus, ingleses, sírio-libaneses e japoneses contribuindo com o processo cultural formando uma multidiversidade de povos e nações na região. (BENCHIMOL, 2009, pag. 19)

Desta maneira é em meio a grandes desafios que o acesso aos serviços de saúde pela população do interior da região norte do Brasil, mais especificamente do Estado do Amazonas, se efetiva. Assim, com intuito de apresentar as formas singulares de vivência no Estado do Amazonas, faz-se necessário denotar alguns marcos históricos.

Inicialmente, vale enfatizar que o Amazonas, seu povo e seus territórios, no decorrer da sua trajetória sociohistórica foi cenário de diversos ciclos econômicos, impostos pela dinâmica de expansão do capitalismo na região, que alternaram longos períodos de crise com momento de prosperidade econômica.

O nome Amazonas vem da palavra *amassunu*, que quer dizer, na língua indígena, “ruído de águas, água que retumba”. Este termo foi dado ao rio que banha o Estado, pelo capitão espanhol Francisco Orelhana, em 1541. O território que abrange hoje a região Amazônica pertencia à Espanha pelo Tratado de Tordesilhas, assinado entre Espanha e Portugal, em 1494. Mas desde o início do século XVII, essas terras passaram a ser alvo de incursões portuguesas. As disputas só se encerraram com a assinatura do Tratado de Madri, em 1750, que concedeu a Portugal a posse definitiva da região e em 1850, D. Pedro II criou a província do Amazonas. (CHAVES, 2001)

No início do século XX, a exploração da borracha (*látex brasiliensis*) colocou esse produto como o principal insumo na pauta de exportação do Brasil gerando grande riqueza para seringalistas (donos dos seringais), casas aviadoras e importadores. No entanto, o roubo das sementes do Amazonas e a exploração do produto na Malásia, pelas colônias inglesas e

holandesas, gerou uma crise econômica profunda na região, principalmente atingindo os trabalhadores (seringueiros, extrativista, pequenos produtores e outros) (CHAVES, 2011). O crescimento regional só foi retomado a partir de 1940, com produção de borracha para fornecimento aos países aliados na II Guerra Mundial.

De acordo com Teixeira (1998, p. 104), as políticas públicas e sociais no Estado do Amazonas são muito limitadas, pois os governos têm privilegiado as políticas econômicas e investido uma parcela irrisória de recursos no campo social. O autor explica ainda, que na constituição das políticas públicas na Amazônia, o Estado sempre atuou sob a ótica do sistema capitalista, buscando riqueza material, cuja “[...] realidade oscila em prosperidade e oportunidade para uns e miséria e dificuldades para a maioria” (TEIXEIRA, 1998, p. 104).

Nos marcos de sua configuração geopolítica, o Estado do Amazonas está localizado na região Norte do Brasil e ocupa uma área de 1.559.146,876 km². Faz limites com a Venezuela, Roraima, Colômbia, Pará, Mato Grosso, Rondônia, Peru e Acre. É o maior Estado do Brasil, ocupando mais de 18% da superfície do país. A configuração geopolítica da região como Amazônia Legal, abarca 08 (oito) estados, a saber: Acre, Roraima, Rondônia, Amapá, Tocantins, Pará, Amazonas, Maranhão e Mato Grosso. Dentre estes, o Amazonas aparece como sendo o maior em extensão territorial, inclusive do Brasil, por possuir 1.559.161,682 km², embora detenha um dos mais baixos índices de densidade demográfica, ou seja, 2,23 habitantes por km² (IBGE, 2010). Neste território, existem 62 municípios com população de 3.483,985 habitantes, dos quais 2.755.490 vivem na área urbana e 728.495 na área rural, conforme apresenta a Figura 08.

Figura 08 – Estado do Amazonas



Fonte: IBGE, 2020

De acordo com Souza (2011), este número expressivo de população que vive na zona urbana do Amazonas teve maior incidência a partir da década de 70, haja vista as repercussões da criação da Zona Franca (ZFM) que prenunciava a criação de empregos, especialmente na capital, Manaus. Embora se deva evidenciar que a ZFM é idealizada “[...] na perspectiva da integração nacional e de responder ao grande capital [...], sendo um projeto que se constitui em um momento de expansão do grande capital, centrado no setor produtivo de bens de consumo duráveis [...]” (MOURÃO, 2009, p. 19). Desta forma atendendo aos interesses das elites no poder e negligenciando as necessidades dos povos na região.

A lógica de centralização da população na capital do Estado do Amazonas revela, segundo Souza (2011), a dinâmica de ação estatal que historicamente privilegiou o grande centro urbano, em detrimento dos pequenos municípios, em que pese algumas iniciativas de investimentos mais recentes, sobretudo, na educação com a implantação/ampliação de instituições universitárias estaduais e federais. Neste sentido, afirma a autora:

O impacto dessa opção de investimento governamentais centralizados em Manaus, é que cada vez mais os habitantes dos municípios do interior buscam a capital para atender suas demandas por melhores oportunidades de trabalho, educação, moradia, etc., elevando ainda mais concentração populacional em Manaus. (SOUZA, 2011, p. 26)

Ao que parece, essa dinâmica do processo rural-urbano no referido Estado é uma constante que permanece na contemporaneidade, porquanto exige intervenções qualificadas das políticas públicas com intuito de melhores perspectivas de vida para as populações locais. Em relação ao número populacional do Estado do Amazonas verifica-se um percentual bastante elevado no que tange ao quadro de extrema pobreza da população, conforme situado na Tabela 01.

Tabela 01 - População do Estado do Amazonas, por divisão rural e urbana, e por distribuição de faixa etária de idade em situação de extrema pobreza.

População Total				População com renda per capita abaixo de R\$ 70,00					
Urbana	%	Rural	%	Urbana	%	Rural	%		
				298.771	46,06	349.923	53,94		
2.755.490	79,09	728.495	20,91	Distribuição por faixa etária de idade – rural e urbana					
				0 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 50	65 ou mais
				101.659	201.899	74.169	176.372	75.366	19.229
				15,6	31,12	11,43	27,19	11,62	2,96
Total = 3.483.985				Total = 648.694					

Fonte: Sistematização do Pesquisador a partir do Relatório de Programas e Ações do MDS, Estado do Amazonas, com base nos dados do IBGE (2010).

Os dados da Tabela 1 ratificam as assertivas aludidas por Souza (2011) ao mencionar que o maior número populacional do Estado do Amazonas está concentrado na zona urbana. As informações do IBGE (2010) desvelam que 79,09% dos habitantes amazonenses estão localizados no contexto urbano dos municípios, em contraposição, 20,91% se encontram no meio rural. Há várias explicações para tal situação, sendo uma delas a limitada intervenção do poder estatal na área rural o que impulsiona os moradores a migrarem para as cidades na perspectiva de melhoria na qualidade de vida. Por outro lado, a população em situação de extrema pobreza (renda per capita abaixo de R\$ 70,00) é maior no contexto rural, pois, segundo os dados do IBGE (2010), o percentual deste público equivale a 53,94%, uma diferença de 7,88% em relação ao público urbano, cujo percentual equivale a 46,06%. Vale registrar que neste universo de extrema pobreza os dois mais altos índices por faixa etária de idade encontram-se no intervalo de 5 a 14 anos (31,12%) e 20 a 39 anos (27,19%). Ou seja, tais dados revelam que no Amazonas há um grande número de famílias com renda per capita de R\$ 70,00, equivalendo a mínimas condições de vida.

Do ponto de vista administrativo, o Estado do Amazonas se divide em nove sub-regiões que foram dois grandes conjuntos: Territórios Rurais e Territórios da Cidadania. O Quadro 07 sintetiza o processo de divisão do Amazonas tanto por sub-regiões quanto por áreas territoriais. Os 62 municípios do Estado estão inseridos nestas localidades e, certamente, compreende-se a complexidade de uma análise profícua sobre as políticas de saúdes nas sub-regiões.

Quadro 07 – Subdivisão do Estado do Amazonas, segundo área Administrativa e Territorial – 2010.

Divisão administrativa		Divisão por territórios/Região	
Região	Correspondência da Região	Territórios Rurais	Territórios da Cidadania
1ª Sub-Região	Alto Solimões	Madeira	Madeira
2ª Sub-Região	Triângulo: Jutai/Solimões/Juruá	Alto Rio Negro	Alto Rio Negro
3ª Sub-Região	Purus	Mesorregião do Alto Solimões	Médio Juruá
4ª Sub-Região	Juruá	Baixo Amazonas	Baixo Amazonas
5ª Sub-Região	Madeira	Manaus e Entorno	Manaus e Entorno
6ª Sub-Região	Alto Rio Negro	Alto Juruá	Alto Juruá
7ª Sub-Região	Rio Negro/Solimões		
8ª Sub-Região	Médio Amazonas		
9ª Sub-Região	Baixo Amazonas		

Fonte: SEPLAN, 2010; Sistema de Informações Territoriais/MDA (2014).

A extensão do Estado do Amazonas, situada no coração do Bioma Amazônico, revela uma extensa profusão sociocultural de grupo sociais tradicionais e variadas etnias, constituindo-se no maior refúgio de povos originários do Brasil.

De acordo com alguns autores como Chaves (2001), Diegues (2001), Castro (1997) e Benchimol (2009), as comunidades tradicionais ribeirinhas podem ser identificadas a partir da sua relação comunidade-cultura-natureza, na capacidade de se reproduzir a partir do manejo sustentável da biodiversidade baseada na manutenção dos conhecimentos sobre o meio natural, nas formas de organização sociopolítica e cultural, reforçando a singularidade da formação desses povos e as estratégias de viabilização de demandas no contexto local.

Nesse sentido, o termo ribeirinho, de acordo com Furtado *et al* (1993) e Chaves (2009), é usado para identificar os indivíduos que residem em comunidades às margens dos rios, que, geralmente, desenvolvem atividades produtivas ligadas à extração e manejo de recursos naturais para sua subsistência e de seu grupo doméstico a partir da prática laboral da pesca, do extrativismos vegetal e da agricultura familiar.

Esses povos desenvolvem várias práticas produtivas, assim assumindo uma característica polivalente, onde em um mesmo período se desenvolve atividades de pesca, agricultura, coletores, extrativistas, caçadores dentre outros, importante destacar que de acordo com Rodrigues *et al* (2015, p.128) “[...] as atividades produtivas não se restringem as fator econômico, mas está relacionada à sociabilidade do grupo, assumindo caráter de relevância sociocultural em que todos os integrantes do grupo doméstico se envolvem”.

Assim como também se destaca a relação que esses povos têm com o rio onde eles não só tiram a sua subsistência como a vida em comunidade se orienta pelo movimento dos rios. Segundo Lira e Chaves (2016)

O rio influencia, inclusive, a própria construção das casas do ribeirinho, uma vez que são sempre construídas de frente para o rio, as quais podem ser vistas pelas grandes embarcações que navegam nos rios amazônicos, evidenciando que o rio possui um alto poder simbólico para ribeirinhos. (LIRA & CHAVES, 2016, p.73)

O rio tem um papel fundamental na caracterização e na organização sociocultural das comunidades ribeirinhas sendo um dos principais instrumentos de sociabilização destes territórios com as sede dos municípios, pois a mobilidade humana também é realizada pelos rios, lagos e igarapés sendo para o comercio local como para o acesso a bens e serviços sociais,

utilizando-se de embarcações diversas como as canoas com ou sem motores rabetas, as voadeiras⁹ com os motores de popa e os barcos familiares e os barcos¹⁰ de linha ou recreios.

A relação intrínseca dos povos ribeirinhos com os recursos naturais, resulta na construção de sua identidade sociohistórica e cultural, fundamentada nos saberes e conhecimento de manejo dos recursos naturais, os quais garantem a subsistência física e cultural das diferentes formas de uso e singularidade. Nesse sentido, Wagley (1988) ao caracterizar os povos da Amazônia com relação as ações de saúde ressaltam que está intimamente ligado com o mítico, onde as divindades, rituais e medicamentos à base de ervas e insumos naturais permeavam as práticas curativas desses povos.

Em relação a saúde as práticas socioculturais são determinantes para a definição das ações de manutenção e preservação da saúde principalmente no que diz respeito às formas singulares de relação homem-natureza, onde as práticas de saúde são permeadas a partir de um saber local desenvolvido de forma intergeracional e intrageracional e dotadas de significados. (RODRIGUES, 2015)

Nesse sentido, a relação da cultura popular com as práticas curativas está ligada a diversos fatores desde as alternativas baseadas nos saberes tradicionais locais, bem como a forma de enfrentamento da escassez de assistência médica convencional a esses povos, sendo delegadas aos curandeiros, rezadeiras, boticários, pajés e parteiras que oferecem atendimento de saúde nas comunidades ribeirinhas tradicionais.

De acordo com Wagley (1988, p. 218), “O Brasil, com sua herança cultural formada pela fusão das culturas da Europa, da África e do Ameríndio, possui sua parcela bem características de crenças populares e de práticas de magia”, até os dias de hoje é possível encontrar nas comunidades ribeirinhas pessoas e práticas de saúde orientadas por essas tradições culturais.

Existem várias representações culturais, simbólicas e reais, que ordenam a busca pela promoção, manutenção e recuperação da saúde sendo ligadas a promessas a santos católicos, rituais em defesa dos maus espíritos, a cura por meio de massagens, infusões, garrafadas e unguentos a base de ervas medicinais, as orientações de parteiras e benzedadeiras que são responsáveis pela saúde das mulheres, das gestantes, bebês e crianças de uma localidade. (WAGLEY, 1988)

⁹ Lanhas pequenas utilizadas para o transporte de cinco ou seis pessoas

¹⁰ Barcos regionais que possuem fácil sistema de arranque e uma boa relação custo benefício.

Nessa perspectiva, as ações voltadas para a saúde em comunidades ribeirinha na Amazônia estão ligadas aos métodos da medicina tradicional local, herdadas por gerações e desenvolvidas por esses indivíduos específicos ou pelos comunitários em casos de adoecimento e ausência de atendimento médico e hospital. Para Wagley (1988):

Os profissionais nativos – pajés, parteiras, benzedeiras e rezadeiras – possuem conhecimentos extensos que o leigo e capacidade pessoal para curar que se manifesta através do poder de suas orações. Todos os habitantes de Itá, entretanto, especialmente as mulheres, conhecem a fundo sua medicina popular e a preocupação com os remédios é um assunto de interesse permanente para a população local. (Wagley, 1988, p.249)

É comum no quintal das casas das comunidades os grupos domésticos familiar possuírem hortas de plantas medicinais para o uso da família e seus vizinhos, assim como o conhecimento necessário para utilizá-las em diversas situações de enfermidades. Assim se desenvolveu a relação das comunidades ribeirinhas com ações de saúde tanto pelo vínculo dos comunitários com os profissionais nativos, que na maioria dos casos residem na mesma comunidade como em comunidades próximas, como pela falta de profissionais e serviços da medicina convencional de saúde.

No que se refere as doenças e agravos predominantes nas comunidades ribeirinhas da Amazônia, segundo o Ministério da Saúde (2020), podem se destacar as doenças tropicais doenças infecciosas como malária, parasitoses, doença de Chagas, dengue entre outras, anemia e enteroparasitoses, doenças diarreicas e respiratórias, hipertensão e diabetes, câncer de colo de útero, acidentes ofídicos e acidentes nas práticas produtivas como cortes, escarpelamentos¹¹ e ataque de animais como jacaré e onças.

Mas recentemente podemos destacar a contaminação pelo vírus Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo Corona vírus SARS-CoV-2. Ramalho *et al* (2020), que faz uma reflexão acerca da disseminação do Covid-19 nos municípios da Amazônia central, destaca que as comunidades ribeirinhas têm sofrido um grande impacto, sobretudo, no que se refere a falta de infraestrutura na atenção básica nas comunidades e nas sedes dos municípios, associados aos intensos fluxos de pessoas entre comunidades e sede de municípios e a não adesão as orientações de distanciamento social. (Ministério da Saúde, 2020, p.15)

A identificação desses fatores é imprescindível para caracterizar como efetiva-se a PNAB no Amazonas, principalmente no atendimento dessas populações que possuem

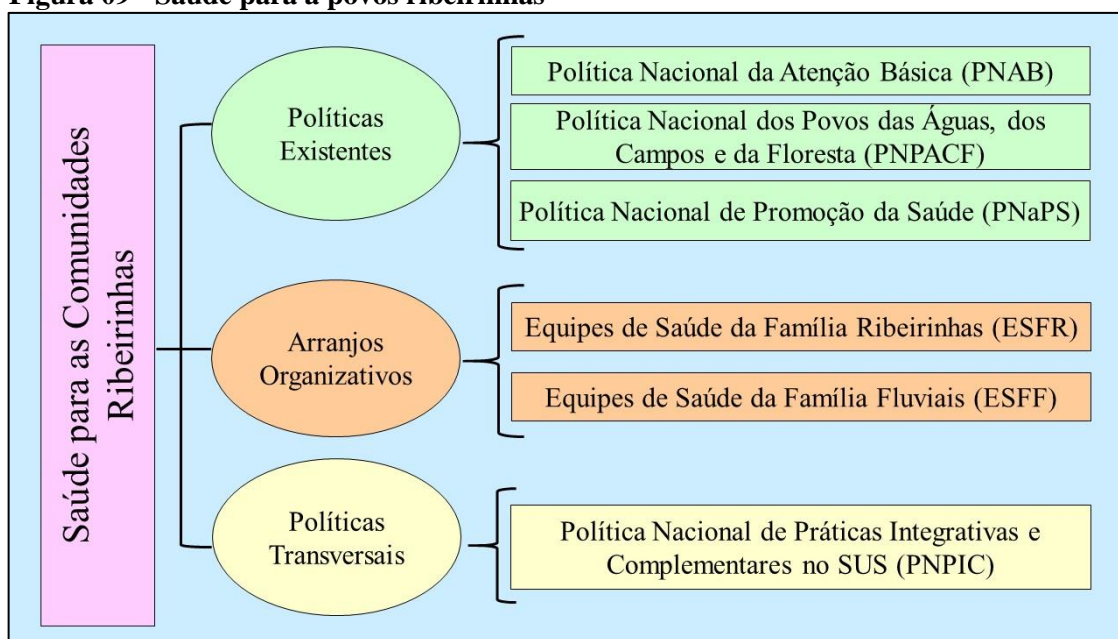
¹¹ Trata-se de um acidente grave no qual ocorre avulsão do couro cabeludo, acarretando as vítimas sequelas físicas, emocionais e sociais

especificidades locorregionais que representam desafios para a efetivação da política. Nesse sentido, é importante evidenciar que no contexto Amazônico a efetivação da PNAB encontra muitos desafios como pelo grande território que se configura a Amazônia, o distanciamento das comunidades, a falta de profissionais, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e a gestão da AB no que se refere ao desenvolvimento de estratégias e políticas intersetoriais.

A partir dessa perspectiva a efetivação da saúde nas comunidades ribeirinhas perpassam pela organização dos serviços de saúde, desta forma evidenciar as políticas públicas setoriais existentes e suas especificidades no atendimento desses fatores locorregionais configuram-se como um ponto relevante na caracterização do direito à saúde.

No que tange aos fatores referentes à caracterização dessas políticas destaca-se: a valorização dos conhecimentos tradicionais, a diversidade local, a dinâmica do território e as estratégias dos serviços de saúde. Nesse contexto existem ações e serviços de saúde, arranjos organizativos e políticas intersetoriais que explicitam a viabilização do direito a saúde conforme exposto na Figura 09.

Figura 09 - Saúde para a povos ribeirinhas



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados da Plataforma UNA/SUS e da PNAB/2017.

Importante destacar que as políticas apresentadas na Figura 09, sobre saúde para a população ribeirinhas, estas não são para o atendimento exclusivo dos povos tradicionais ribeirinhos, mas também destinam-se a outros indivíduos e grupos sociais. Todavia, a apresentação dessas políticas possibilita uma análise mais profunda da efetivação do

atendimento à saúde, visto ainda, que o seu caráter de intersetorialidade oferece subsídios para a criação de ações estratégicas de atenção à saúde.

O conjunto de políticas tem por objetivo garantir o acesso das comunidades ribeirinhas da Amazônia aos serviços de saúde tendo como principal premissa a promoção de equidade, a partir de intervenções centradas no combate às questões relativas às vulnerabilidades sociais. Cujas ênfase centra-se nos Determinantes Sociais de Saúde, dando destaque para os arranjos organizativos que são as equipes de Saúde da Família, incorporados na PNAB no ano de 2012, sendo Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) e a Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF). Estas são consideradas como modelos tecnoassistenciais apropriados para localidades como a Amazônia Legal e o Pantanal Matogrossense onde as especificidades locais demandam um atendimento mais qualificado (MS, 2021, p.11)

De acordo com o exposto, os dois modelos são imprescindíveis para a garantir o acesso aos serviços pelas comunidades. Deste modo, a eSFR de acordo com a PNAB (2012, p.64) “[...] desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial”, enquanto as eSFF “desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF)”. No que diz respeito à composição da equipe, na PNAB (2012) afirma-se que:

As equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais deverão ser compostas, durante todo o período de atendimento à população, por, no mínimo: um médico generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um técnico ou auxiliar de enfermagem e 6 a 12 agentes comunitários de saúde. (PNAB, 2012, p.64)

Em regiões onde há a manifestação de doenças endêmicas, devem compor a equipe também, um microscopista, profissionais de saúde bucal como cirurgião-dentista, generalista ou especialista em Saúde da Família, e um técnico ou auxiliar em saúde bucal, assim como um técnico de laboratório e/ou bioquímico (PNAB, 2012, p.65). Os profissionais como Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes Comunitários de Endemia (ACE), que compõe as eSFR, devem residir nas comunidades em que desenvolvem suas atividades profissionais e devem ser vinculados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), pois esses profissionais desempenham um papel importante no que se refere à prestação de serviços das equipes de saúde aos comunitários.

No que se refere as eSFF, essas são vinculadas às Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) que se caracteriza por uma embarcação compostas por uma infraestrutura de equipamentos e materiais que possibilitem a oferta de serviços de saúde às comunidades de um território adscrito e composta pelos profissionais supracitados. Além de contar com a tripulação da embarcação e pelos ACS que atuam junto às UBS nas comunidades que têm como função mobilizar as comunidades para o atendimento na UBSF.

Um ponto que merece destaque em relação às Equipes de Saúde Ribeirinha e Fluvial é que elas intervêm a partir de arranjos técnicos assistenciais, a exemplo da UBSF, a área adscrita é diferenciada das UBS urbana, pois não é o serviço que é determinado a um território específico e, sim o território que é vinculado ao serviço e a gestão do cuidado. Este formato permite que as ações possam tornar-se mais resolutivas, visto que os serviços seguem uma periodicidade fixa, principalmente, obedecendo a sazonalidade dos rios e seus tributários que modulam-se pelos ciclos das águas (seca, enchente, vazante e cheia). Essa periodicidade do ciclo da natureza determina a limitação dos acessos fluviais ou impor às equipes que percorram outras trilhas ou atalhos

A partir do exposto é possível caracterizar as condições de acesso para o atendimento às comunidades tradicionais ribeirinhas em relação aos serviços de saúde e perceber as particularidades socioculturais e territoriais para implementação das políticas em uma perspectiva intersetorial e de governança compartilhada.

Nesse sentido, a análise da PNAB, a partir da perspectiva da sustentabilidade, pressupõe uma articulação entre os preceitos setoriais da política do SUS e da PNAB e uma busca pela justiça social, qualidade de vida, equilíbrio socioambiental e o desenvolvimento de uma capacidade de atender as necessidades da população em consonância com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e as dimensões da sustentabilidade com base no conceito de ecodesenvolvimento.

3.2 Municípios de Caapiranga: acesso a atenção básica em comunidades ribeirinhas

Caapiranga compõe os 62 municípios do Estado do Amazonas sua denominação tem origem Tupi e significa folha vermelha, usada pelos índios nas pinturas corporais durante os festejos e rituais, o município recebeu este nome devido à grande quantidade dessa planta encontrada no local¹². Os principais festejos no município são as festas religiosas de São

⁵ www.caapiranga.am.gov.br

Sebastião (20 de janeiro) e de Santo Antônio (13 de junho), além dos festejos populares como a festa do Cará que ocorrem nos dias de 6 e 7 de setembro, o Aniversário do Município que no 28 de dezembro e a comemoração a São Sebastião santo padroeiro de Caapiranga.

O município está situado na sétima Sub-região do Rio Negro/Solimões. Sua área total corresponde a 9.456,58 km², representando 0.602% do Estado do Amazonas, 0.2454% da Região Norte e 0.1113% de todo o território brasileiro. A sede está situada no lago de Caapiranga a margem esquerda do Rio Solimões, distante da Capital (Manaus) 147 Km em linha reta e 272,2 milhas por via fluvial. (IBGE, 2010).

Caapiranga limita-se com outros municípios do Estado do Amazonas, são eles: Manacapuru, Anamá, Codajás e Novo Airão. Para chegar à sede do município as opções são via fluvial - Manaus/Caapiranga através de barco/motor com viagem de aproximadamente 12 horas de duração - e via terrestre Manaus /Manacapuru/Caapiranga por meio de ônibus cuja viagem tem duração de aproximadamente 2 horas até o município de Manacapuru e em seguida viagem via fluvial até a sede de Caapiranga em lanchas com duração de 3h, aproximadamente, dependendo do período de seca ou cheia do rio. (Relatório PCTIS, 2017)

Figura 10 – Mapa do Município de Caapiranga



Fonte: IBGE, 2010.

De acordo com o censo demográfico do IBGE (2010) Caapiranga/AM é um município no interior do Estado do Amazonas que possui uma população de 10.975, com estimativa para 2021 cerca de 13.482 habitantes. De acordo com o censo 2010, na categoria dos indicadores

sociais municipais, os domicílio particulares permanentes cadastrados eram 2.223 destes 1.080 na área urbana e 1.143 na área rural.

Em relação a área rural destaca-se que desses 1.143 domicílios são compostos por 5.835 habitantes que em sua maioria declaram-se pardos de decadência indígena, distribuídos em 60 comunidades rurais pela jurisdição de Caapiranga. A tabela 02 – População rural por gênero apresenta uma caracterização dessas populações residente nessas comunidades.

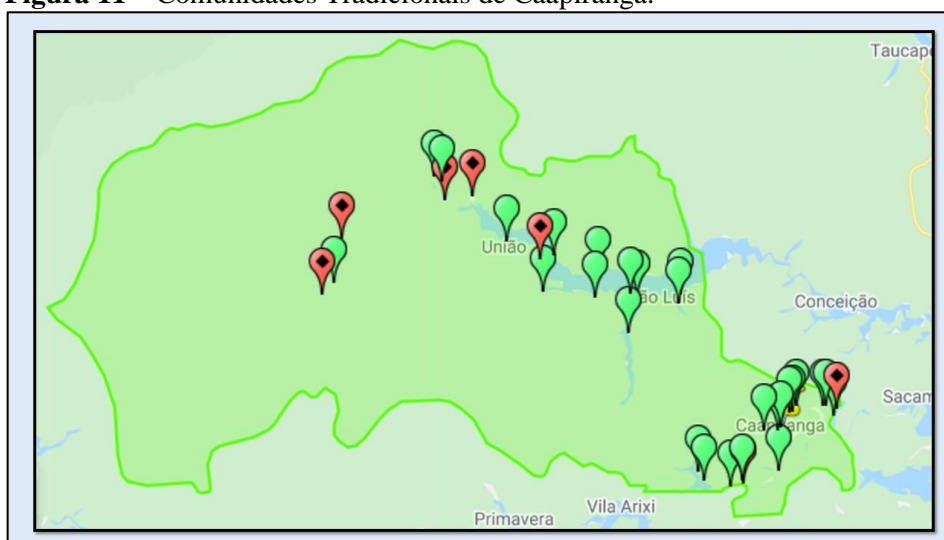
Tabela 02 - População Rural por gênero do município de Caapiranga/AM

	1991	2000	2010
Feminina:	2.472	2.590	2.697
Masculina:	2.654	3.098	3.138
Total:	5.126	5.688	5.835

Fonte: IBGE Censo Demográfico, 2010.

Em relação a faixa etária das populações rurais de Caapiranga destaca-se que a maior parte da população está entre 06 a 29 anos, sendo distribuídas 0 a 5 anos de idade 15,4%, 6 a 14 anos de idade 24,8 %, 15 a 24 anos 20,3%, 25 a 39 anos 20,5%, 40 a 59 anos 13,1% e 60 anos ou mais 5,8% caracterizando assim uma população relativamente jovem. Com relação as comunidades tradicionais conforme exposta acima são 60 comunidades catalogadas distribuídas no território responsável pelo Município de Caapiranga conforme apresentada na Figura 11.

Figura 11 – Comunidades Tradicionais de Caapiranga.



Fonte: http://www.projetofronteiras.com.br/quem_somos

As principais atividades econômicas desenvolvidas pelo município¹³ estão ligadas ao setor primário:

- Agricultura: é à base de sustentação econômica do município com o plantio de malva, cará da terra, milho, açaí e banana, merecendo destaque para a melancia e a mandioca que fornece como subproduto à farinha, o beiju, tucupi e tapioca;
- Pecuária: caracterizada pela criação de bovinos em pequena escala, bem como suínos, ovinos, caprinos e equinos;
- Pesca: na região o pescado é a principal fonte de alimentação, no município, porém, pela falta de estrutura pesqueira (conservação, beneficiamento) a comercialização do pescado em escala econômica é feita por barcos pesqueiros oriundos de Manacapuru e Manaus;
- Avicultura: limitada à pequenas criações (galinhas, patos e outros) para o consumo doméstico e poupança do grupo doméstico;
- Extrativismo Vegetal: atividade tradicional que abrange extração de madeira, borracha, óleos e castanha para comercialização e coleta de cascas, palha e outros produtos para uso doméstico familiar.

De acordo com IBGE (2010), as atividades econômicas desenvolvidas no município são diversas, contudo, a produção de renda encontra-se centrada na agricultura de lavouras permanentes de cacau, coco-da-baía, goiaba, laranja, limão, mamão, maracujá e lavouras temporárias de abacaxi, feijão, juta, malva, melancia, milho, mandioca e no extrativismo a madeira e açaí.

A Secretária Municipal de Saúde – SEMSA é órgão responsável pelo planejamento, gestão e cria as condições de implementação das ações de política de saúde a partir da perspectiva integral priorizando as ações preventivas e assegurando os serviços assistenciais de acordo com o Lei Orgânica do Município de Caapiranga. A saúde é conceituada a partir da seguinte descrição:

Art. 159. A saúde é direito de todos e dever do Poder Público, entendendo-se como saúde os resultados das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, saneamento básico, trabalho, transporte, lazer, acesso

¹³ Informações obtidas em: Caapiranga (AM). Prefeitura. Disponível em: <<http://www.caapiranga.am.gov.br>. Acesso em: dez. 2011.>. Biblioteca Virtual do Amazonas. Disponível em: <<http://www.bv.am.gov.br/portal/conteudo/municipios/caapiranga.php>. Acesso em 21/05/2017>

e posse da terra e acesso aos serviços e informações de interesse para a saúde. (LOMC, 1990, p.44)

De acordo com o documento supracitado, as ações de saúde no município devem assegurar o controle social através dos Conselhos Municipais de Saúde, Saneamento e Bem-estar Social implementando ações e serviços públicos, contando com alguns serviços privados complementares que os suplementam. Observa-se a instituição de uma rede regionalizada e hierarquizada que constitui o Sistema Municipal de Saúde. Enquanto, o financiamento do Poder Executivo Municipal assegura a destinação de no mínimo dez por cento (10%) de sua receita tributária anual para a saúde pública, ao Fundo Municipal de Saúde, subordinado ao planejamento e controle do Conselho municipal de Saúde, Saneamento e Bem-estar Social.

Desta forma, a Secretária Municipal de Saúde de Caapiranga tem como objetivo desenvolver uma gestão a partir das seguintes competências básicas:

I - Assessorar o Chefe do Poder Executivo em assuntos relativos à sua área de atuação; II - Definir políticas e programas relativos à área de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental, estabelecendo diretrizes técnicas para execução de suas atividades, no âmbito da sua área de atuação; III - articular-se com órgãos e entidades federais, estaduais e de outros municípios com vistas à melhor realização dos seus objetivos; IV - atuar no controle dos procedimentos internos e favorecer o controle externo das atividades da Administração Pública Municipal, na sua esfera de competência; V - formular e implantar a política de saúde, meio ambiente, recursos hídricos e saneamento básico do Município, de forma integrada e em consonância com as políticas estaduais e federais; VI - planejar, propor e coordenar a gestão do Sistema Único de Saúde - SUS do Município, sobre a reorganização administrativa do Sistema Único de Saúde e a estruturação de cargos salários dos profissionais da saúde do Município; V - planejar, propor e coordenar a gestão ambiental, integrada e articulada com os organismos que atuam na área de meio ambiente, no Município, Estado e União; VI - planejar, propor e coordenar a gestão de recursos hídricos do Município de forma integrada com a gestão ambiental e com o plano de recursos hídricos; VII - planejar, propor e coordenar a gestão de saneamento básico do Município, de forma integrada com as políticas de uso, ocupação e conservação do solo e meio ambiente, e de acordo com a política nacional de recursos hídricos; VIII - pactuar na Comissão Intergestora Bipartite - CIB e na Comissão Intergestora Tripartite - CIT, juntamente com os gerentes, os serviços de saúde do SUS para o Município e região; IX - planejar, propor e coordenar a gestão de controle de zoonoses, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e fiscalização do Município e, de forma específica, das entidades públicas e privadas, bem como elaborar normas para estas atividades; X - coordenar, supervisionar e avaliar as atividades da Auditoria Assistencial do SUS no Município; XI - gerir o Fundo Municipal de Saúde e prestar contas; XII - prestar suporte técnico e administrativo ao Conselho Municipal de Saúde; XIII - desempenhar outras competências correlatas, determinadas pelo Chefe do Poder Executivo. (Prefeitura de Caapiranga, 2021)

Partindo desse pressuposto, a SEMSA de Caapiranga é responsável pela gestão dos serviços de saúde no município (cf. Quadro 08). No que se refere aos estabelecimento de saúde de acordo com Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), Caapiranga conta com 09 instituições de saúde sendo duas administrativas sendo elas a sede da SEMSA e o Departamento de Vigilância em Saúde de Caapiranga e 07 instituições que prestam serviços assistenciais médicos sendo eles: Unidade Básica de Saúde Almir Franco da Costa, Unidade Básica de Saúde São Jorge, Unidade Básica de Saúde Selestino André de Souza, Unidade Básica de Saúde de São Jose, Unidade Básica de Saúde Fluvial Felisberto Jose da Rocha, Unidade Hospitalar de Caapiranga e o Hospital de Campanha Covid 19. Mas, com a diminuição dos casos de COVID no município este HC foi desativado em novembro de 2021 (CNES, 2021).

Quadro 08 - Estabelecimento de saúde no Município de Caapiranga

ESTABELECIMENTO	SERVIÇOS	PROFISSIONAIS
UNIDADES ADMINISTRATIVAS		
Secretaria Municipal de Saúde	Central de Gestão em Saúde	1 Secretário Executivo; 1 Gerente de Serviços de Saúde; 1 administrador de Sistemas Operacionais; 1 Auxiliar de Escritório; 1 Farmacêutico; 1 Piloto Fluvial e 10 digitadores
	Farmácia	
Vigilância em saúde de Caapiranga	Vigilância Ambiental	1 Gerente de Serviços de Saúde; 1 Enfermeiro; 09 Agentes de Combate a Endemias; 03 Visitadores Sanitários; 01 Motorista e 01 Serviços Gerais (limpeza e conservação de área pública)
	Vigilância Epidemiológica	
	Vigilância Sanitária	
UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE		
Unidade Básica de Saúde Almir Franco da Costa	Atenção Primária	1 Médico Clínico; 1 Médico Ginecologista/ Obstetra; 1 Médico da Estratégia Saúde da Família; 01 Psicólogo Clínico; 01 Enfermeiro; 02 Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família; 03 Técnicos de Enfermagem; 03 Técnicos de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família; 01 Auxiliar de Enfermagem; 01 digitador e 12 Agentes Comunitários de Saúde
	Serviço de Atenção ao Paciente com Tuberculose	
	Serviço de Atenção ao Pré-natal, Parto e Nascimento	
	Serviço de Vigilância em Saúde	
	Serviço Posto de Coleta de Materiais Biológicos	

Unidade Básica de Saúde São Jorge	Atenção Primária	01 Médico da Estratégia Saúde da Família; 01 Cirurgião dentista Estratégia Saúde da Família; 01 Enfermeiro Estratégia Saúde da Família; 01 Técnico de Enfermagem; 01 Técnico de Enfermagem; Estratégia Saúde da Família; 01 Auxiliar de Enfermagem; 04 Atendente de Enfermagem; 01 Técnico de Saúde bucal Estratégia Saúde da Família; 01 Auxiliar de Saúde bucal; 01 Auxiliar de Saúde bucal Estratégia Saúde da Família; 02 Agentes de Saúde Pública; 06 Agentes Comunitárias de Saúde e 03 Microscopia
	Serviço de Atenção ao Paciente com Tuberculose	
	Serviço de Atenção ao Pré-natal, Parto e Nascimento	
	Farmácia	
Unidade Básica de Saúde Selestino André de Souza	Atenção Primária	02 Médico da Estratégia Saúde da Família; 02 Cirurgião dentista Estratégia Saúde da Família; 01 Assistente Social; 02 Fisioterapeuta geral; 01 Nutricionais; 01 Psicólogo clínico; 01 Farmacêutico; 01 Profissional de Educação Física; 02 Enfermeiros; 03 Enfermeiro Estratégia Saúde da Família; 02 Técnico de Enfermagem; 02 Técnico de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família; 05 Auxiliar de Enfermagem; 03 Atendente de Enfermagem; 03 Técnico de Saúde bucal Estratégia Saúde da Família; 02 Auxiliar de Saúde bucal Estratégia Saúde da Família; 16 Agentes Comunitárias de Saúde e 02 auxiliares de escritório
	Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids	
	Serviço de Atenção ao Paciente com Tuberculose	
	Serviço de Atenção ao Pré-natal, Parto e Nascimento	
	Serviço de Atenção Integral em Hanseníase	
	Serviço de Laboratório de Prótese Dentaria (terceirizado)	
	Serviço de Vigilância em Saúde	
Unidade Básica de Saúde São José	Atenção Primária	01 Médico da Estratégia Saúde da Família; 01 Cirurgião dentista Estratégia Saúde da Família; 01 Enfermeiro Estratégia Saúde da Família; 01 Agentes de Saúde Pública; 03 Atendente de Enfermagem; 01 Técnico de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família; 01 Auxiliar de Enfermagem; 01 Técnico de Saúde bucal Estratégia Saúde da Família e 06 Agentes Comunitárias de Saúde
	Serviço de Atenção ao Paciente com Tuberculose	
	Serviço de Atenção ao Pré-natal, Parto e Nascimento	
UNIDADE MOVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE		
Unidade Básica de Saúde Fluvial Felisberto José da Rocha	Atenção Primária	01 Diretor Administrativo, 01 Médico da Estratégia Saúde da Família; 01 Cirurgião dentista Estratégia Saúde da Família; 01 Enfermeiro Estratégia Saúde da Família; 01 Farmacêutico; 02
	Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador	

	Serviço de Atenção ao Paciente com Tuberculose	Técnico de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família; 01 Técnico de Enfermagem; 01 Técnico de Saúde bucal Estratégia Saúde da Família; 01 microscopista; 13 Agentes Comunitárias de Saúde; 01 Marinheiro de Máquinas; 01 Marinheiro de Convés (marítimo e fluvial) e 01 cozinheiro geral.
	Serviço de Atenção ao Pré-natal, Parto e Nascimento	
	Serviço de Vigilância em Saúde	
	S.A.M.E. OU S.P.P. (Serviço de Prontuário de Paciente)	
	Farmácia	
UNIDADE DE ATENDIMENTO DE MÉDIA COMPLEXIDADE		
Unidade Hospitalar de Caapiranga	Ambulatorial	01 Diretor Administrativo; 01 Gerente Administrativo; 01 Diretor de Serviços de Saúde; 01 Gerente de Serviços de Saúde; 01 Médico Pediatra; 01 Médico Ginecologista e Obstetra; 01 Médico Radiologista e de Diagnóstico de Imagem; 01 Médico Clínico; 01 Médico Anestesiologista; Médico Cirurgião Geral; 05 Enfermeiros; 01 Enfermeiro Obstétrico; 01 Assistente Social; 01 Biométrico; 01 Farmacêutico; 01 Farmacêutico Analista Clínico; 10 Técnicos de Enfermagem; 08 Auxiliar de Enfermagem; 02 Atendente de Enfermagem; 09 Assistentes Administrativos; 02 Recepcionistas; 01 Técnico em Radiologia e imagenologia; 01 Técnico em Patologia Clínica; 02 Auxiliares em Patologia Clínica; 01 Auxiliar em Radiologia (revelação fotográfica); 04 Vigias; 02 Auxiliares de Manutenção predial; 13 Faxineiros; 02 Motoristas; 04 Cozinheira de Hospital; 01 Copeiro de Hospital; 01 Copeiro e 01 Auxiliar de Lavanderia.
	Hospitalar	
	Urgência e Emergência	
	Atenção as Pessoas em Situação de Violência Sexual	
	Serviço Social	
	Serviço de Diagnostico de Laboratório Clínico	
	Serviço de Diagnóstico Por Imagem	
	Serviço de Diagnostico por Métodos Gráficos Dinâmicos	
	Necrotério	
Hospital de Campanha Covid 19 (11/21 o hospital foi desativado)	Comitê e Comissões – Núcleo de Segurança do Paciente	01 Diretor de Serviços de Saúde; 01 Médico clínico; 07 Enfermeiros; 04 Técnicos de enfermagem e 01 Faxineiro
	Hospital Geral - Atendimento Contínuo de 24 Horas/Dia (plantão: inclui sábados, domingos e feriados)	

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, 2021

Segundo o CNES, as 07 Instituições oferecem serviços de saúde generalista e especializado no Município de Caapiranga todas subordinadas a SEMSA/ Caapiranga e contando com cerca de 275 profissionais sendo da área médica assistencial, administrativos, análise clínicas, nutricional, social, serviços de apoio dentre outros. Outro importante fator que merece destaque são as modalidades de vinculação desses profissionais com a secretária de Saúde, sendo distribuídos em 4 modalidades diferentes os estatutários, que se caracterizam por possuir vínculo com o estatuto do servidor e selecionado por concurso de público adquirindo estabilidade ao serviço público após o período de estágio probatório, os empregados públicos que são profissionais vinculados a CLT (celetista) trabalham para empresa pública ou sociedade de economia mista e são selecionados por concursos ou processo seletivo simplificado e não gozam de estabilidade, os profissionais com contratos por prazo que desenvolvem suas atividades por um tempo determinado e os profissionais com cargo comissionados.

Desta forma, os 275 profissionais que atuam na saúde do município 88 são estatutários, 171 são profissionais com contrato por prazo determinado, 13 empregados públicos e 03 cargos comissionados, conforme exposto na Tabela 03.

Tabela 03 – Profissionais e vinculação na SEMSA/Caapiranga
ESTATUTÁRIOS

Quantidade	Profissionais
1	Administrador de sistemas
11	Agente de Combate as Endemias
1	Agente Comunitário de Saúde
8	Assistente Administrativo
1	Assistente Social
1	Atendente de Enfermagem
1	Auxiliar de escritório geral
7	Auxiliar de Enfermagem
1	Auxiliar de Lavanderia
2	Auxiliar de Manutenção predial
1	Auxiliar de radiologia (revelação fotográfica)
2	Auxiliar técnico em patologia
1	Copeiro
1	Copeiro de Hospital
1	Cozinheiro Geral
4	Cozinheiro de Hospital
4	Digitador
1	Diretor Administrativo
1	Enfermeiro
1	Enfermeiro Obstétrico

13	Faxineiro
1	Marinheiro de Convés (marítimo e fluvial)
1	Marinheiro de Máquinas
3	Motorista
9	Técnico de Enfermagem
1	Técnico em Administração
1	Técnico em Patologia clínica
1	Trabalhador de serviço de limpeza e conservação pública
4	Vigia
3	Visitador sanitário
88	TOTAL

CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO

Quantidade	Profissionais
49	Agente Comunitário de Saúde
2	Agente de Saúde Pública
1	Assistente Administrativo
1	Assistente Social
8	Atendente de Enfermagem
5	Auxiliar de Enfermagem
4	Auxiliar em Saúde Bucal
1	Biomédico
5	Cirurgião Dentista da Estratégia de Saúde da Família
7	Digitador
2	Diretor de Serviço de Saúde
15	Enfermeiro
8	Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família
4	Farmacêutico
1	Farmacêutico analista clínico
1	Faxineiro
2	Fisioterapeuta
2	Gerente de serviço de saúde
1	Médico Anestesiologista
1	Médico Cirurgião Geral
3	Médico Clínico
6	Médico da Estratégia de Saúde da Família
1	Médico em Radiologia
2	Médico ginecologista e obstetra
1	Médico pediatra
4	Microscopista
1	Nutricionista
1	Piloto Fluvial
1	Profissional de Educação Física
2	Psicólogo clínico

2	Recepcionista em geral
1	Secretário Executivo
20	Técnico de Enfermagem
6	Técnico em Saúde Bucal
171	TOTAL
EMPREGO PÚBLICO	
Quantidade	Profissionais
2	Agente Comunitário de Saúde
3	Atendente de Enfermagem
2	Auxiliar de escritório geral
4	Auxiliar de Enfermagem
1	Técnico de Enfermagem
1	Técnico em Radiologia
13	TOTAL
CARGO COMISSIONADO	
Quantidade	Profissionais
1	Diretor Administrativo
1	Gerente Administrativo
1	Gerente de serviço de saúde
03	TOTAL
275	TOTAL GERAL

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, 2021

Nesse sentido, de acordo com o CNES, o maior número de profissionais estatutários está lotado na Unidade de Vigilância em Saúde de Caapiranga, sendo 15 profissionais e 59 profissionais lotados na Unidade Hospitalar de Caapiranga. Em contrapartida, o maior número de profissionais contratados com prazo determinado é lotados na Atenção Básica à Saúde com um total de 121 profissionais dos 171 profissionais da saúde com contrato por prazo determinado (serviços prestados). Esse dado evidencia uma característica que vulnerabilidade os serviços de saúde, visto que a condição de instabilidade dos profissionais da AB distingue uma precarização dos serviços, principalmente, no que diz respeito ao conhecimento do território e aos vínculos entre os profissionais e os usuários.

Em relação às UBS do Município de Caapiranga destaca-se que a infraestrutura existente, de acordo com o CNES, abrange, em sua maior parte, clínicas básicas, consultórios de outras especialidades técnicos assistenciais, sala de curativo, sala de enfermagem, sala de imunização, sala de repouso/ observação, farmácia e consultório odontológico. No que concerne às equipes de saúde, a AB de Caapiranga conta com 06 Equipes de Estratégia de

Saúde da Família (eESF), 05 Equipes de Saúde Bucal (eESB) e 01 Núcleo Ampliado Saúde da Família (NASF), conforme detalhado no Quadro 09.

Quadro 09 – Equipes de Saúde na AB Caapiranga

UBS	eESF	eESB	NASF
Almir Franco da Costa	ESF Novo Horizonte Almir	Não possui	Não possui
São Jorge	ESF Rio Manacapuru São Jorge	Saúde Bucal Rio Manacapuru São Jorge	Não possui
Selestino André de Souza	ESF Centro Selestino	Saúde Bucal Centro Selestino	eNASF AP - Núcleo Ampliado Saúde da Família e Atenção Primária
	ESF Santo André Selestino	Saúde Bucal André Selestino	
São José	ESF Araras São José	Saúde Bucal Araras São José	Não possui
UBSF Felisberto José da Rocha	ESF Fluvial Felisberto	Saúde Bucal Fluvial Felisberto	Não possui

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, 2021

De acordo com os dados do CNES há apenas uma NASF para o atendimento do Município de Caapiranga, localizado na UBS Selestino André de Souza cuja equipe tem o objetivo de ampliar e consolidar a AB sendo composta por profissionais de diversas áreas de atuação oferecendo suporte as eESF de forma integrada (PNAB, 2017). A Equipe do NASF que atua na UBS Selestino André de Souza assume as funções descritas na PNAB (2017) como NASF1 realizando suas atividades vinculadas “[...] a, no mínimo, oito e, no máximo, 15 equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas”. Essa equipe do Selestino oferece apoio a 05 eESF sendo elas: ESF Centro Selestino, ESF Santo André Selestino e ESF Novo Horizonte Almir, localizadas na zona urbana de Caapiranga e as ESF Araras São José e ESF Rio Manacapuru São Jorge, na zona rural do município. A equipe é formada por 06 profissionais de nível superior sendo eles um assistente social, um fisioterapeuta geral, um psicólogo clínico, um profissional de educação física, um nutricionista e um farmacêutico. Vale enfatizar que todos os profissionais que atuam no NASF são contratados com prazo determinado.

Merece destaque, a partir do estudo da PNAB, o papel das ACS no processo de constituição e fomento do trabalho de serviço de saúde nesses espaços, sendo considerado como o principal elo entre os serviços de saúde e os usuários. Nesse sentido, de acordo com a Tabela 02, os ACS são os profissionais que mais possuem vínculos por contrato por serviço prestados. O que, por sua vez, acarreta uma série de problemas no desenvolvimento do serviço de saúde,

sobretudo, no que diz respeito a descontinuidade de ações de cuidado integral, ao vínculo precário, às ações de promoção e prevenção a saúde dentre outros.

Em se tratando dos serviços de saúde da AB prestados às populações tradicionais ribeirinhas destacam-se a UBSF Felisberto José da Rocha que atua como uma UBS móvel, cujo objetivo é atender às comunidades sob a jurisdição de Caapiranga, sendo composta por 26 profissionais distribuídos em 02 Equipes de Saúde, um Estratégia Saúde da Família, uma de Saúde bucal e 01 Equipe composta pela tripulação da UBSF. Esta equipe vem desenvolvendo atividades e atendimentos em saúde, desde 2018, e presta consultas ambulatoriais, atenção domiciliar, entrega e dispensa de medicamentos, atividades de promoção, prevenção de doenças e agravos e produção do cuidado e imunização atendendo demanda espontâneas e referenciadas, a Figura 12 apresenta alguns atendimentos realizados nas comunidades.

Figura 12 – Atendimento de saúde nas comunidades ribeirinhas de Caapiranga



Fonte: https://www.facebook.com/PrefeituraCaapiranga/photos/?ref=page_internal, 2021

Conforme exposto, a equipe que oferece atendimento às comunidades pode fazer seu deslocamento pela UBSF, quanto com o auxílio de uma lancha dependendo das características dos ambientes físicos com relação a cheias e seca do rio oriundos dos climas da região. No que se refere às UBS das comunidades ribeirinhas nesta parte serão descritas a caracterização do serviço em duas comunidades, onde o grupo Inter-Ação desenvolve pesquisa desde de 2012 fazendo coleta de dados para subsidiar pesquisa e atividades de extensão para fomentar o

desenvolvimento local, nesse sentido as comunidades abordadas são a comunidade de São Lázaro e Santa Luzia, localizadas no grande Lago de Manacapuru (Figura 13).

Figura 13 - Área de Jurisdição do Município de Caapiranga com destaque para o Grande Lago de Manacapuru.



Fonte: Google Maps, 2014.

A comunidade de São Lázaro fica localizada a margem esquerda do lago grande de Manacapuru e a Comunidade de Santa Luzia se localiza no igarapé do Bararuá, em ambas o acesso é somente via fluvial, sendo o tempo de deslocamento da comunidade para a sede do município de Caapiranga de 5h e para o município de Manacapuru/AM de 10h.

Nos tópicos que seguem serão apresentadas as comunidades de acordo com a infraestrutura, população e o acesso a bens e serviços sociais. A comunidade de São Lázaro foi oficialmente fundada no ano de 1980 e os primeiros moradores foram Sra. Francisca de Oliveira Sales e o seu esposo o Sr. Luiz Ferreira Sales que ainda moram no local. Vieram das proximidades do Município de Coari/AM a convite do dono das terras correspondente a comunidade onde havia um seringal, o Sr. Amadeu Lima, com a finalidade de construir a casa própria e de alternativa de trabalho para o desenvolvimento da agricultura.

A comunidade recebeu esse nome de São Lázaro em homenagem ao Santo Padroeiro da região, uma vez que a maioria dos moradores locais são cristãos católicos, mas popularmente é conhecida entre os comunitários como Dominginhos. Está localizada na área rural do município de Caapiranga/AM, no entorno situam-se outras comunidades ribeirinhas, sendo elas: Castanheiro, Taboca, São Sebastião, Patoá, Santa Luzia e Daris que fazem parte do município de Caapiranga-AM (Comunicação Pessoal).

Em relação à mobilidade dos moradores, o transporte dos comunitários para sede dos municípios de Caapiranga-AM e Manacapuru-AM e demais localidades é realizado no barco

de linha que semanalmente realiza o trajeto entre as comunidades possibilitando o transporte aos comunitários. No entanto, os comunitários dispõem de transportes próprios constituídos principalmente por sete barcos e quinze rabetas¹⁴, a Figura 14 traz a frente da comunidade na época de cheia e seca e a localização geográfica.

Figura 14 - Localização geográfica e Frente da Comunidade São Lázaro na cheia e na seca.



Fonte: Google maps e Banco de dados do Grupo Inter-Ação, 2017.

A infraestrutura comunitária é básica, sendo formada por uma (01) escola, um (01) UBS, um (01) centro social, dois (02) campos de futebol, uma (01) igreja católica e um (01) telefone público. A comunidade é constituída por aproximadamente 165 moradores dentre eles estão 30 crianças, 20 adolescentes, 15 idosos, 100 adultos, todas essas categorias distribuídas em 45 famílias que residem, atualmente, na comunidade. (Banco de Dados do Grupo Inter-Ação, 2020)

No tocante ao atendimento pelo serviço de saúde, a comunidade possui uma (01) Unidade Básica de Saúde, no qual atuam (quatro) profissionais, entre eles estão um (01) técnico de enfermagem, um (01) agente de endemia (concursado por Caapiranga/AM) e 2 (dois) agentes comunitários de saúde, esses são responsáveis pelo acompanhamento dos comunitários e são o

¹⁴ Rabeta: embarcação de porte pequeno típico da região amazônica, constituída por uma canoa (casco de madeira) movido por um motor de popa.

vínculo entre a serviço de saúde e os moradores da comunidade de São Lázaro, a Figura 15 apresenta a infraestrutura da UBS Rozeno F. Sales.

Figura 15 - Unidade Básica de Saúde de São Lázaro



Fonte: Banco de dados do Grupo Inter-Ação 2020

A UBS de São Lázaro possui 03 (três) consultórios, sendo dois de atendimento médico e um de atendimento odontológico, possui também uma recepção, sala de enfermagem, uma copa e uma despensa. Dentre os serviços oferecidos pelos profissionais da UBS estão: suturas, aplicação de injeção e coleta de exame de malária. O Atendimento emergencial é feito em Manacapuru/AM, a comunidade realiza o deslocamento que é feito por uma voadeira com motor de 40 KW, a ambulancha.

É importante relatar que de acordo com pesquisas anteriores realizadas na comunidade pelo grupo de pesquisa, os comunitários relataram diversas queixas de saúde em relação ao atendimento de saúde, de uma amostra de 30% dos comunitários¹⁵, 92% afirmaram que tinham acesso a atendimentos de saúde na comunidade. No entanto, quando questionados de que forma eram realizados esses atendimentos, os comunitários relataram que 21% eram atendimentos médicos, 21% visitas do agente de saúde, 11% de atendimento de enfermagem, 26% de atendimento odontológico e 21% outras formas de atendimento (Relatório CNPq, Edital 032/2012)

¹⁵ Que correspondem a 12 líderes dos grupos familiares na época da pesquisa que foi realizado 2012 por meio do Edital 032 do CNPq.

De acordo com os relatos dos comunitários os atendimentos médicos, de enfermagem e odontológico acontecem de forma esporádica apenas quando a comunidade recebe visitas de Organizações Não-Governamentais (ONGs), como a ONG “Asas de Socorro” e outras comunidades cristãs que fazem atendimentos eventuais em comunidades ribeirinhas com profissionais voluntários da área da saúde.

Um levantamento mais recente realizado pelo grupo caracteriza um conjunto de doenças relatadas pelos comunitários, sendo as principais: doenças respiratórias, infecciosas e parasitárias, lesões dermatológicas, diversos traumas, lesões ortopédicas e doenças crônicas não transmissíveis como diabetes e hipertensão (Grupo Inter-Ação, 2020).

Vale destacar, que em sua maioria, as doenças relatadas poderiam ser tratadas e /ou acompanhadas por profissionais da saúde da atenção básica, visto que a maioria das doenças são oriundas de acidente de trabalho na roça, como os traumas por facão terçado¹⁶, enxadas e outros, as lesões ortopédicas nas costas, braços e joelhos causados pelo trabalho no roçado e na casa de farinha e lesões dermatológicas causadas pelo excesso de exposição ao sol ou a picada de mosquitos. Igualmente, entende-se que ações preventivas de em saúde poderiam auxiliar na nos cuidados em casos de doenças crônicas não transmissíveis e de doenças infecciosas e parasitárias.

Em maio de 2019, de acordo com os comunitários, aconteceu pela primeira vez o atendimento pela UBS Fluvial do município de Caapiranga/AM na comunidade, todavia, foram realizados apenas consultas odontológicas e clínico geral. (Comunicação verbal, 2020)

Santa Luzia é uma comunidade ribeirinha situada no Igarapé do Bararuá, que recebeu esse nome pelo fato de haver uma grande quantidade de peixe Bararuá no local, está sob a jurisdição do Município de Caapiranga, no Estado do Amazonas. A comunidade situa-se entre as Comunidades de Castanheira, São Sebastião e São Francisco, foi fundada em 1980 com a chegada de 3 famílias sendo elas: a do Senhor Elois Batista, a da Dona Maria Soledade e do Senhor Azamor, essas famílias buscaram nesta região oportunidade de moradia própria e desenvolver atividades de agricultura, assim na comunidade o principal cultivo são os roçados de mandioca para produção da farinha e também plantio para o cultivo de outras raízes e hortaliças alimentícias.

A viagem fluvial até à Comunidade de Santa Luzia tem início no Município de

¹⁶ É uma variante do sabre com lâmina reta ou ligeiramente curva, de ponta aguçada, usada tanto para cortar como para perfurar, é um instrumento muito comum nas comunidades ribeirinhas para auxiliar na preparação do terreno para o roçado.

Manacapuru, percurso utilizando voadeira¹⁷ no Rio Solimões até chegar ao Grande Lago de Manacapuru e de lá para o Igarapé de Bararuá, cuja viagem dura, em média, 3 horas e 30 min de voadeira. No barco de linha é uma média de 10h. O acesso da comunidade até a sede do Município de Caapiranga via fluvial, dura aproximadamente 6 horas de viagem (ver Fig. 16).

Figura 16– Localização Geográfica e Frente da Comunidade Santa Luzia na cheia e na seca.



Fonte: Google Maps e Banco de dados do Grupo Inter-Ação, 2017

Em relação à infraestrutura, a comunidade Santa Luzia possui duas escolas, um (01) posto de saúde, um (01) centro social, dois (02) campos de futebol, uma (01) igreja católica e uma (01) igreja evangélica. O transporte dos comunitários para sede dos municípios de Caapiranga/AM e Manacapuru/AM e demais localidades é realizado no barco de linha que semanalmente realiza esse deslocamento dos comunitários ou com transporte próprio constituído principalmente por motores do tipo rabeta. (Comunicação Verbal¹⁸)

No que diz respeito à saúde, a UBS está em funcionamento há aproximadamente 20 anos. Há 11 a comunidade não recebia atendimento médico e odontológico pela secretária de saúde do município¹⁹. Quanto aos medicamentos disponíveis no posto, estes são considerados

¹⁷ Lancha pequena utilizada para transporta entre 10 a 20 pessoas, dependendo do porte e potência do motor.

¹⁸ Informações obtidas junto ao líder da comunidade (dados do Grupo Inter-Ação).

¹⁹ Informações oriunda das pesquisas pretéritas realizadas pelo Grupo na Área contida nos relatórios do edital 032/2012 CNPq e 025/2015.

em bons estados e são enviados pela Prefeitura de Caapiranga/AM. Os serviços de saúde oferecidos atualmente são: suturas, aplicação de injeção e coleta de exame de malária, sendo este enviado para o agente de endemias da comunidade de São Lázaro no qual faz a leitura da lâmina, a distância entre as comunidades é de 30 minutos de voadeira/rabeta, na Figura 17 consta a foto da UBS de Santa Luzia.

Figura 17 - Unidade Básica de Saúde de Santa Luzia



Fonte: Banco de dados do grupo Inter-Ação, 2015-2020.

Vale destacar que a comunidade recebeu atendimento médico-odontológico a partir do estabelecimento de parcerias com a ONG “Asas de Socorro” e outras entidades cristãs com profissionais da área da saúde como voluntários. Essa situação é similar a que foi indicado na comunidade de São Lázaro. Em caso de urgência é necessário o deslocamento dos comunitários para o município de Caapiranga/AM, a comunidade atualmente possui um bote de alumínio com motor de 30 KW, em que realiza o deslocamento do paciente para o Hospital de Caapiranga Odilon Araújo este se encontra sob jurisdição da SEMSA-Caapiranga, em casos mais graves ou na falta de leito no hospital, é feito o remanejamento do paciente para o município de Manacapuru/AM ou Manaus/AM.

Assim como na comunidade de São Lázaro, os comunitários de Santa Luzia enfrentam muitas dificuldades para acessar os serviços de saúde, mesmo as duas comunidades possuindo uma UBS, o número de profissionais disponíveis não atende as necessidades dos moradores.

Na comunidade de Santa Luzia também foi possível fazer um levantamento das principais queixas de saúde e assim como exposto pelos comunitários de São Lázaro as principais queixas são doenças respiratórias, infecciosas e parasitárias, lesões dermatológicas, diversos traumas, lesões ortopédicas e doenças crônicas não transmissíveis como diabetes e hipertensão, ressaltando mais uma vez a importância dos serviços de atenção básica para a promoção, manutenção e recuperação da saúde (Grupo Inter-Ação, 2020).

O contexto regional da Amazônia, sobretudo no âmbito das comunidades ribeirinhas, é marcado por falta ou precariedade na efetivação de políticas públicas que possam suprir as necessidades dos grupos doméstico-familiares. No caso das comunidades, o acesso a bens e serviços sociais tais como de saneamento básico, energia, saúde, educação no âmbito comunitário, não se efetivam de modo a atender os interesses e as necessidades das famílias residentes nas comunidades.

No Estado do Amazonas, a micropolítica apresentou a sua face mais cruel ao expor um dos piores índices de contaminação e mortes causadas pela COVID-19, cuja falta de itens básicos para atendimento dos doentes foram claramente negligenciados como oxigênio, remédios e equipamentos de proteção gerando desespero e morte. Na cidade de Manaus, capital do Estado, a situação tornou-se crítica pela falha no Sistema de Saúde, enquanto as cidades do interior do Amazonas e, nas comunidades ribeirinhas, que vivenciam processo históricos de negligência na assistência à saúde, descritos neste estudo e inúmeros outros, a situação foi ainda muito mais grave.

Embora este trabalho de investigação científica tenha sido realizado durante o período de incidência da Pandemia, entre os anos de 2020 e 2021, as acentuadas dificuldades de logística, a situação de restrição de locomoção por conta dos cuidados sanitários necessários, tornou inviável avançar na coleta de informações que permitisse efetuar uma abordagem analítica confiável. Pois, o quadro de abandono pela falta de assistência adequada, de agravos pela contaminação massiva e de mortalidade sem proteção ainda carece de maiores estudos para serem visualizadas e analisadas de maneira mais abalizada. Portanto, neste trabalho não foi possível ultrapassar as barreiras físicas e simbólicas da insegurança e dos riscos que ainda vigoram na região e, de maneira particular, nos municípios e nas comunidades estudados.

3.3 SUSTENTABILIDADE SOCIAL E CULTURAL DA PNAB NO CONTEXTO COMUNITÁRIO: o ODS e as estratégias sustentáveis

Nesta parte do estudo, para tornar didática a abordagem sobre a sustentabilidade social e cultural da PNAB, no contexto comunitário a partir das diretrizes dos ODS em suas estratégias sustentáveis, o conjunto das ações de saúde e bem estar em Caapiranga foram organizadas de maneira esquemática no Quadro 10.

Quadro 10 - ODS 03 Saúde e Bem-Estar em Caapiranga

ODS 03 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades			
Meta	Brasil	Indicadores	Caapiranga
Mortalidade materna	<ul style="list-style-type: none"> Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos; 	<ul style="list-style-type: none"> Razão de mortalidade materna Proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado 	<ul style="list-style-type: none"> Em 2017, registrou a taxa de mortalidade materna de 0 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. em 2000 a 2017, o número de óbitos maternos foi de 4; Quanto ao número de consultas pré-natais, a proporção de gestantes sem acompanhamento pré-natal, em 2017, foi de 0,46%. As gestantes com 7 ou mais consultas representavam 47,22%.
Mortalidade infantil	<ul style="list-style-type: none"> Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos 	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de mortalidade em menores de 5 anos Taxa de mortalidade neonatal 	<ul style="list-style-type: none"> O número total de óbitos de crianças menores de 5 anos no município, de 2000 a 2017, foi 62. Em 2014, 95,04% das crianças menores de 1 ano estavam com a carteira de vacinação em dia. Das mortes de crianças menores de um ano de idade, em 2017, 40% foram crianças com menos de 7 dias de vida, a chamada mortalidade neonatal. Outros 20% ocorreram no período de 7 a 27 dias (neonatal tardia) e os 40% restantes no período pós-neonatal, entre 27 dias e 1 ano
HIV/AIDS e outras doenças transmissíveis	<ul style="list-style-type: none"> Até 2030, acabar com as epidemias de HIV/AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis 	<ul style="list-style-type: none"> Número de novas infecções por HIV/AIDS por 1.000 habitantes, por sexo, idade e populações específicas Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes Taxa de incidência da malária por 1.000 habitantes 	<ul style="list-style-type: none"> O município teve de 1990 a 2018, 4 casos de HIV/AIDS diagnosticados; destes, 1 femininos e 3 masculinos; a taxa de incidência, em 2018, era de 0 casos a cada 100 mil habitantes, e a mortalidade, em 2017, 0 óbitos a cada 100 mil habitantes; entre 2001 e 2016, houve 110 casos de doenças transmitidas por mosquitos, dentre os quais nenhum caso confirmado de

		<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de incidência da hepatite B por 100 mil habitantes • Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas (DTN) 	<p>malária, nenhum caso confirmado de febre amarela, 66 casos confirmados de leishmaniose, 44 notificações de dengue;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em 2018, foram notificados 4 casos de tuberculose. E a taxa de mortalidade de tuberculose, em 2017, era de 0 óbitos a cada mil habitantes.
Doenças não transmissíveis	<ul style="list-style-type: none"> • Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias • Taxa de mortalidade por suicídio 	<ul style="list-style-type: none"> • Em 2015, dos óbitos prematuros de pessoas de 30 a 69 anos que ocorreram devido a doenças crônicas não transmissíveis, 0% foram em decorrência de diabetes mellitus; 100% doenças cardiovasculares; 0% doenças respiratórias e 0% neoplasias.
Álcool e outras drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura das intervenções (farmacológicas, psicossociais, de reabilitação e de pós-tratamento) para o tratamento do abuso de substâncias • Consumo nocivo de álcool, tendo por referência o limiar nacional definido para o consumo de litros de álcool puro per capita (pessoas com 15 ou mais anos) por ano 	<ul style="list-style-type: none"> • No município, o número de internações hospitalares relacionadas ao uso de álcool e outras drogas manteve-se em 0 internações em 2008 e 2018.
Acidentes de transportes terrestres	<ul style="list-style-type: none"> • Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito 	<ul style="list-style-type: none"> • A taxa de mortalidade devido a acidentes de transporte terrestre, em 1996, era de 0 óbitos a cada 100 mil habitantes, permanecendo em 0 óbitos em 2017
Planejamento familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que utilizam métodos modernos de planejamento familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Em 2017, 35,19% das crianças que nasceram no município eram de mães adolescentes (de 10 a 19 anos)

	informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Número de nascidos vivos de mães adolescentes (grupos etários 10-14 e 15-19) por 1 000 mulheres destes grupos etários 	
--	---	---	--

Fonte: Sistematizado a partir dos estudos do ODS3 e os dados relacionados no <http://rd.portalods.com.br/>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu identificar que muitos esforços são realizados para consolidação do SUS e para garantia de acesso dos povos tradicionais aos serviços de saúde. Dentre os principais desafios vigentes nesta empreitada, destaca-se a diversidade das formas de organização socioculturais dessas populações no complexo territorial do Bioma Amazônico, do qual o Estado do Amazonas ocupa o espaço central, abrangendo uma parcela muito significativa, em extensão e volume, dos recursos de sua Sociobiodiversidade. Igualmente, prevalece a força da dinâmica de expansão do capital imposto sua lógica no campo das políticas públicas e sociais, delimitando os domínios e extensão do atendimento, demarcando as prioridades e os limites no acesso destes povos aos direitos de cidadania.

Vale realçar, que nesse contexto, o significado das lutas da classe de trabalhadores/as rurais pelo acesso à saúde de qualidade requer o reconhecimento da condição de cidadania desses povos para ter acesso à UBSF e ESFR na PNAB/12, com a prestação de serviços das equipes especializado no atendimento das especificidades locais, a partir da implantação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Como resultado das lutas populares, essa política ganha destaque e, em 2014, a Portaria sofreu uma nova redação, com a inclusão do termo "águas", e passou a ser denominada: Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, por meio da Portaria nº 2.311, 23 de outubro de 2014.

Haja vista que esses diferentes modos de vida coadunam-se e inter-relacionam os processos de saúde-doença, o estudo permitiu evidenciar que no contexto Amazônico a efetivação da PNAB enfrenta muitos desafios, tanto pela extensão geopolítica da Amazônia, o distanciamento das comunidades dos centros com infraestrutura de bens e serviços sociais, o quantitativo limitado de quadros profissionais que prevalece nos municípios da interlândia do Amazonas, a limitada infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e a gestão da AB no que se refere ao desenvolvimento de estratégias e políticas intersetoriais. Nesse contexto, foi possível destacar o compromisso dos profissionais de saúde, no esforço para viabilizar o atendimento médico assistencial, destacando o papel dos ACS como profissionais basilares no que diz respeito ao vínculo serviço-usuário-profissional.

Os ribeirinhos nos territórios em que habitam, vivenciam ricas experiências, ao desenvolverem um amplo leque de práticas sustentáveis de manejo dos recursos naturais, na pesca, nos cultivos, nas diversas formas de extrativismo, artesanaria e outras. Todavia, em contrapartida observa-se que as políticas e ações em saúde na operacionalização dos serviços

para esses povos não consideram em sua amplitude essa tão rica diversidade, suas singularidades e necessidades. Na gestão da política de saúde no meio rural dos municípios, as ações se limitam as necessidades mais inerentes da demanda e subtraem das ações dinâmicas próprias desses espaços, dos diferentes sujeitos sociais, dos seus modos de produção, da dinâmica sociocultural e de conservação dos ecossistemas e seus usos, as formas de organização dos assentamentos, a organização dos grupos domésticos familiar que constituem as comunidades ribeirinhas, por não qualificarem as ações de saúde de modo a resguardar os direitos desses povos. Em muitos casos, é possível evidenciar que os gestores e profissionais desconhecem a relevância das práticas socioculturais, sobretudo, no que se refere às particularidades. Para tal faz-se imperativo que haja a criação de espaços no qual os quadros de profissionais de saúde tenham acesso a formação que os instrumentalizem em relação aos modos de vida tradicionais, com uma infraestrutura mais adequada, com ampliação dos quadros técnicos, tanto em termos de tornar as equipes com maior número de profissionais e abrangendo diferentes áreas, quanto em relação a terem acesso à qualificações e aperfeiçoamento para que possam lidar com o conjunto complexo de demandas.

Outrossim, nessa conjuntura crítica, marcada pela Pandemia de Covid-19, destaca-se o papel dos próprios comunitários no esforço em manter os cuidados de saúde em suas comunidades, amparando-se nas bases da medicina popular tradicional a partir das práticas culturais de manejo dos recursos naturais locais, a partir dos saberes conservados por via da transmissão oral, que de geração em geração fez surgir um rico legado pelo uso de diversificadas espécies de plantas medicinais. Sobretudo, merece destaque as dificuldades encontradas na gestão da AB, no que se refere o processo de desmonte do SUS, exposto principalmente na PNAB/2017 que desconfigura e reconfigura a equipe de saúde da família, e dentre outras ações desqualifica o ACS com a Emenda Constitucional nº 95/2016 que limita o financiamento na saúde e orienta ações de caráter privatista da AB.

É imperativo nesse contexto pontuar algumas estratégias para o alcance da cidadania com vistas a perspectiva de sustentabilidade que foram identificadas. Faz-se mister, a construção de debates que fomentem o direcionamento das ações de saúde para a compreensão das complexidades existentes no território, todavia, no texto da Política Nacional estão expressos definições e mecanismos para auxiliar essa percepção, ou seja, há o reconhecimento da singularidade desses povos, todavia, em termos concretos e operacionais não são oferecidos subsídios para uma prática mais qualificada. Assim, embora a Política reconheça as práticas tradicionais da medicina popular tradicional a incorporação de tais práticas como ações

regulares da medicina convencional na própria PNAB/2012 pelas equipes das Estratégias da Saúde da Família como principal estratégia de garantir a integralidade dos serviços e primazia nas ações de promoção e prevenção de saúde, marcada e/ou direcionada pelo vínculo e responsabilização não se efetivam, seja pelo desconhecimento dos profissionais atuante na área ou pela falta de direcionamento institucional . Esses elementos presentes nas políticas possuem potencial para instrumentalizar a valorização e o reconhecimento das especificidades desses povos como sujeito de direitos.

No que se refere a sustentabilidade social e cultural é imprescindível pontuar a necessidade do aprofundamento dos estudos referente às questões socioambientais que devem ser apreendidas, em sua totalidade dinâmica e contraditória determinada historicamente, que configuram as ações políticas no que diz respeito à justiça social. Nesse sentido, a sustentabilidade cultural se expressa na atuação das equipes do UBSF em relação às práticas relacionadas ao movimento do rio (ciclos das águas), entendendo a especificidade sociocultural desse território, o reconhecimento, ainda que de forma limitada na operacionalização, da cultura dos povos tradicionais ribeirinhas que se expressam nas diretrizes na PNAB e PNSIPCFA que são fruto das lutas dos povos das águas, das terras e das matas por reconhecimento da necessidade da oferta de saúde com qualidade.

Outro ponto importante que merece destaque, em termos de sustentabilidade cultural, refere-se a incorporação de técnicas tradicionais de saúde, bem como pela inserção de profissionais (sabedores) nativos a partir dos direcionamento garantidos no texto que se encontra na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS PNPIC-SUS que preveem tal incorporação. Embora, no momento da realização desta pesquisa, ainda estivessem sendo operacionalizados no município de Caapiranga. Mas vale reconhecer, a significativa e representativa participação dos comunitários como agentes de saúde e endemias, nas comunidades de São Lázaro e Santa Luzia os ACS são moradores, o que configura uma prática cultural sustentável, além de garantirem o vínculo entre serviços de saúde e comunidade.

No que se refere a sustentabilidade social, é possível pontuar as formas de subsistência e condições socioeconômica, como o acesso dos comunitários às políticas de transferência de renda, mesmo que as formas de acesso, focalizada e seletiva, devam incorporar melhorias para superar o padrão crítico em que operam e, igualmente, as formas de organização sociopolítica das comunidades que direcionam as ações de saúde no que diz respeito à saúde do trabalhador.

Em que pese os limites desse estudo é importante indicar que de acordo com os dados coletados nas bases documentais e nos dados secundários, foi possível identificar que em

Caapiranga são desenvolvidas diversas ações para proporcionar o acesso à saúde para as comunidades tradicionais, ainda que seja necessário avançar muito. Principalmente no que se refere, à necessidade urgente de superação da instabilidade dos profissionais, uma vez que os contratos são por tempo determinado, comprometendo diretamente o vínculo e a relação de confiança entre profissional-usuário que assim dificultam a efetividade das ações de saúde junto a esses povos. Nesse sentido, será pontuado alguns elementos para a construção de estratégias que viabilizem a qualificação na operacionalização das políticas pública, a partir dos planos existentes para atuação dos gestores e profissionais que são:

- ❖ Construção de subsídios para a avaliação dos riscos ambientais à saúde dos segmentos sociais do Município;
- ❖ Criação de um banco de dados sobre as informações de saúde para contribuir para superação das lacunas de informações e no fomento à construção de novos estudos sobre a temática;
- ❖ Democratização das informações com a viabilização de instrumento de coleta de dados oficiais para fomentar práticas e pesquisa das instituições de ensino;
- ❖ Capacitação de técnicos e profissionais sobre as políticas e instrumentos de masterização do direito a saúde dos povos tradicionais existentes no território;
- ❖ Reconhecimento de práticas e profissionais da saúde tradicional ao sistema convencional de saúde expandindo seu alcance e benefícios;
- ❖ Criação de espaços que fomentem a participação das comunidades nos diversos espaços políticos de deliberação como comissões e conferências;
- ❖ Fomentar a prática de integralidade entre as políticas públicas para a garantia da equidade e justiça social.

Partindo desse pressuposto é importante considerar que a pesquisa alcançou os objetivos propostos, mas que será necessário prosseguir no aprofundamento dos estudos para ampliar a consolidação das categorias estudadas, assim como difundir e socializar os resultados obtidos oferecendo ao poder público subsídios para construção de políticas públicas na região Amazônica que contribuam para o acesso desses povos aos serviços de saúde, sobretudo, a AB que configura-se como um importante instrumento de materialização do direito a saúde. Outrossim, será fundamental cumprir com compromisso de instrumentalizar e fortalecer as

lutas empreendidas pelos movimentos dos povos das florestas, das águas e das terras na Amazônia.

Desse modo, ressalta-se a importância de estudos e pesquisas que proporcionem a visibilidade em relação às singularidades e necessidades dos povos tradicionais no contexto regional. Ao estabelecerem princípios de sustentabilidade baseado nas práticas que norteiam a gestão e manejo dos recursos naturais e as bases socioculturais que ordenam o modo de vida ribeirinho, de maneira que possam contribuir efetivamente para elaboração e implementação de políticas públicas que contemplem às necessidades humanas e sociais coerentes com a dinâmica da realidade dos amazônidas.

E, por fim, à luz desse compromisso, identificado ao longo da trajetória profissional e, mais especificamente, na vivência como mestrandia, meu olhar volta-se agora para a busca por novas contribuições, dentre elas é mister a construção de uma proposta mais abrangente de pesquisa junto a um programa de doutorado, para articular a continuidade dessa empreitada com efetivo avanço e aprofundamento acadêmico científico na temática abordada.

REFERÊNCIAS

- AGENDA 21. **Proteção e promoção das condições da saúde humana**. Conferência das Nações Unidas Sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. Capítulo 6 - Proteção e promoção das condições da saúde humana, 1992.
- AGENDA 2030. **Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS**. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão Ministro. Brasília, 2018.
- AGUIAR. Zenaide Neto. **Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2015
- ARANTES. Rosana Freitas. SENNA. Monica de Castro Maia. **Avaliação dos Serviços de Saúde sob a ótica da Integralidade**. In: SENNA. Monica de Castro Maia *et al* (Org.). Serviço social na saúde coletiva: reflexões e práticas / Mônica de Castro Maia Senna, Luciana Patrícia Zucco, Ana Beatriz Ribeiro Lima, organizadoras. - Rio de Janeiro: Garamond, 2012.
- ARAÚJO. André Vidal de. **Introdução à Sociologia da Amazônia**. Organização Tenório Talles. 2ª ed. Revisada – Manaus: Editora Valer. Governo do Estado do Amazonas. Universidade Federal do Amazonas, 2003.
- BATISTELLA, Carlos. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde**. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D’Andrea (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1). p. 51-86.
- BELLEN, H. M. V. **Indicadores de sustentabilidade: uma análise comparativa**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006
- BENCHIMOL, Samuel. **Amazônia: formação social e cultural**. Manaus: Editora Valer. Universidade Federal do Amazonas, 2009.
- BERNARDES, Júlia Adão e FERREIRA, Francisco Pontes de Miranda. **Sociedade e Natureza**. In. A Questão Ambiental – Diferentes Abordagens, organizada por Sandra Baptista de Cunha e Antônio José Teixeira Guerra. 5 ed. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2009.
- BOFF, Leonardo. **Sustentabilidade: o que é – o que não é**. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL, Lei 8.080, de 19 de janeiro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.
- BRASIL. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União, 21 out 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 27 out. 2020

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde - PNaPS**: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

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

BROWN, Theodore M.; CUETO, Marcos e FEE, Elizabeth. **A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde**. Hist. cienc. saúde-Manguinhos [online]. 2006, vol.13, n.3, pp.623-647. ISSN 1678-4758. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702006000300005>.

BUSS, Paulo Marchiori. FILHO, Alberto Pellegrini. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007

CASTRO, Edna. **Territórios, Biodiversidade e Saberes de Populações Tradicionais**. In: Castro, Edna; PINTON, Florence (Org.). Faces do Tropicó Úmido. UFPA/NAEA/CRNS, 1997.

CATANANTE, Guilherme Vinicius et al. **Participação social na Atenção Primária à Saúde em direção à Agenda 2030**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 12 [Acessado 15 de outubro 2021], pp. 3965-3974. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.24982017>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.24982017>.

CAVALCANTI, Clóvis. **Política de governo para o desenvolvimento sustentável: uma introdução ao tema e a esta obra coletiva**. In: _____ (Org.). Meio ambiente, desenvolvimento sustentável e políticas públicas. 4. ed. São Paulo: Cortez. Recife, Fundação Joaquim Nabuco, 2002. p. 21-40. CF/88

CHAVES, M. do P. Socorro Rodrigues. **Uma Experiência de Pesquisa-ação para Gestão Comunitária de Tecnologias Apropriadas na Amazônia**: o estudo de caso do assentamento de Reforma Agrária Iporá. Tese de Doutorado, UNICAMP/CIREC, Campinas, 2001.

CHAVES, Maria do P. Socorro Rodrigues; RODRIGUES, Débora Cristina Bandeira. **Desenvolvimento Sustentável: limites e perspectivas no debate contemporâneo.** Interações: Revista Internacional de Desenvolvimento Local. Vol. 8, N. 13 p.99-106, St. 2006.

CHAVES, M. R.; BARROSO, S. C.; LIRA, T. M. **Populações tradicionais: manejo dos recursos naturais na Amazônia.** Revista Praia Vermelha, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 111-122, 2009.

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

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. Maria do P. Socorro Rodrigues; RODRIGUES. Débora C. Bandeira. **Organização sociocultural e tecnologias sociais no trabalho das mulheres amazônicas.** Manaus: EDUA, 2016.

CHAVES. Maria do P. Socorro Rodrigues; SILVA. Thamirys Souza; NASCIMENTO, Camila F. P. **Práticas Laborais Sustentáveis de Manejo dos Recursos Naturais na Amazônia.** Anais do III Sustentare – Seminários de Sustentabilidade da PUC-Campinas. VI WIPIS – Workshop Internacional de Pesquisa em Indicadores de Sustentabilidade Anais. Campinas (SP) PUC-Campinas -Via YouTube e Google Meet, 2021. Disponível em: <www.even3.com.br/anais/sustentare2021>

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

COUTINHO. Carlos Nelson. **Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia.** In TEXEIRA, S. F. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** 4 ed.- São Paulo: Cortez, 2011.

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

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

FREITAS. Carlos Machado; PORTO. Marcelo Firpo. **Saúde, ambiente e Sustentabilidade.** Coleção Temas em saúde. Volume 5 - Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2006

FURTADO. Nayara Frutuoso. **A Agenda 2030 e a Redução de Desigualdades no Brasil: Análise da Meta 10.2.** Trabalho de Conclusão de Curso do curso de Especialista em Planejamento e Estratégias de Desenvolvimento – ENAP. Brasília - DF 2018

FURTADO, Lourdes; LEITÃO, Wilma; MELLO, Alex Fiuza. **Povos das águas: realidade e perspectivas na Amazônia.** Coleção Eduardo Galvão, 1993. Disponível em: <https://repositorio.museu->

goeldi.br/bitstream/mgoeldi/777/1/POVOS%20DAS%20AGUAS%201993%20ALENCAR.pdf. Acesso em 29 out. 2020

GARCIA, Denise Schmitt Siqueira; GARCIA, Heloíse Siqueira. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e as novas perspectivas do desenvolvimento sustentável pela Organização das Nações Unidas**. Revista da Faculdade de Direito da UFRGS, Porto Alegre, n. 35, vol. esp., p. 192-206, dez. 2016.

GODARD, Olivier. **O desenvolvimento sustentável: paisagem intelectual**. In: CASTRO, E.; PINTON, F. (Org.). Faces do trópico úmido: conceitos e questões sobre desenvolvimento e meio ambiente. Belém: Cejup/UFGA-NAEA, 1997. p. 105-129. IBGE (2010)

LIRA, Talita de Melo; CHAVES, Maria do Perpétuo Socorro Rodrigues. **Comunidades ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política**. Interações – Revista Internacional de Desenvolvimento Local. Campo Grande, v. 17, n. 1, p. 66-76, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/1518-70122016107>. Acesso em: 29 out. 2020

MATTA, Gustavo Corrêa e MORENO, Arlinda Barbosa. **Saúde global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2014, v. 18, n. 48 [Acessado 2 outubro 2020], pp. 09-22. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0230>>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0230>.

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.

MOREIRA, Marcelo Rasga et al. **O Brasil rumo a 2030? Percepções de especialistas brasileiros(as) em saúde sobre o potencial de o País cumprir os ODS** Brazil heading to 2030. Saúde em Debate [online]. 2019, v. 43, n. spe7 [Acessado 02 de setembro de 2021], pp. 22-35. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S702>>. Epub 13 Jul 2020. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S702>.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso, FONSECA, Angélica Ferreira e LIMA, Luciana Dias de. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**. Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. 116 [Acessado 18 de agosto de 2021], pp. 11-24. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.

MOURÃO, Arminda Rachel Botelho. **A industrialização do Estado do Amazonas**. In: OLIVEIRA, S. S. B. de (Org.). Trabalho, Educação, Empregabilidade e Gênero. Manaus: EDUA, 2009. p. 20-41. NASCIMENTO (2016)

NOGUEIRA, Marinez Gil; CHAVES, Maria do Perpétuo Socorro R. **Desenvolvimento sustentável e ecodesenvolvimento: uma reflexão sobre as diferenças ideopolíticas conceituais**. In: Somanlu: Revista de Estudos Amazônicos do Programa de Pós-graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia. Ano 5, n. 1. 2005.

ONU - Organização das Nações Unidas. **A ONU e o meio ambiente**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/meio-ambiente/>. Acesso dia 26 de fevereiro de 2020.

PLATAFORMA AGENDA 21. **Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/ods/3/>. Acesso dia 07 de março de 2020.

RAMALHO, Emiliano Esterici et al. **Disseminação da COVID-19 em cidades e comunidades ribeirinhas da Amazônia Central**. 2020. ResearchGate. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.406>. Acesso em: 29 out. 2020

RIBEIRO, Patrício Azevedo. **Política Pública de Assistência Social e Sustentabilidade na Amazônia: um estudo nos municípios de Maués e Parintins no Baixo Amazonas**. 2014. 190 f.: Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus/AM, 2014.

RODRIGUES, Debora Cristina Bandeira. **Conhecimentos Tradicionais e mecanismos de proteção: estudo de caso nas comunidades de Ebenézer e Mucajá em Maués/AM**. 1. ed. – Manaus: Edua, 2015.

SACHS, Ignacy. **Ecodesenvolvimento: crescer sem destruir**. São Paulo: Vértice, 1986

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

SACHS, Ignacy. **Desenvolvimento: incluyente, sustentável e sustentado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006

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

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde**. Physis [online]. 2007, vol.17, n.1, pp.29-41. ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>.

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>.SEGRE E FERRAZ (1997)

SILVA. Thamirys Souza; NASCIMENTO, Camila F. P. **Saúde e Sustentabilidade: reflexões teóricas acerca dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e as políticas de saúde no Brasil**. Anais do II Encontro Nacional de Trabalho Interdisciplinar e Saúde - ENTIS. Anais. Manaus (AM) UFAM - Via YouTube e Google Meet, 2021. Disponível em: <www.even3.com.br/anais/entis2021>

SILVA. Vinícius Carvalho da. **Da Saúde Internacional à Saúde Global: ciências médicas e saúde pública na Organização Mundial de Saúde**. Revista Saúde e Desenvolvimento| vol.11 n.7 | abr/jun – 2017.

SOUZA, Maria Norma Bentes de. **Indicadores Sociais no Amazonas: contrastes na urbanização da capital e do interior**. Manaus: Muiraquitã, 2011

TEIXEIRA, Joaquina Barata. **A Assistência Social na Amazônia**. In: *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo: Cortez, ano XIX, n. 56, p. 97-113, mar. 1998.

VEIGA, José Eli da. **Saúde e sustentabilidade**. *Estudos Avançados* [online]. 2020, v. 34, n. 99 [Acessado 12 de agosto 2021], pp. 303-310. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.018>>. Epub 10 Jul 2020. ISSN 1806-9592.
<https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.018>.

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