



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ILMD

INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE - ILMD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CONDIÇÕES
DE VIDA E SITUAÇÕES DE SAÚDE NA AMAZÔNIA**

DAMMERE COSTA DE OLIVEIRA

**SAÚDE RURAL: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO NAS FEBRES COMO UMA
CONSTRUÇÃO SOCIOCULTURAL**

MANAUS-AM

2020

DAMMERE COSTA DE OLIVEIRA

**SAÚDE RURAL: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO NAS FEBRES
COMO UMA CONSTRUÇÃO SOCIOCULTURAL**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós- Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia- PPGVIDA, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Fatores Sócio Biológicos no Processo Saúde Doença na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Luiz Bessa Luz

Coorientadora: Prof^a. Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira

**Manaus- AM
2020**

FICHA CATALOGRÁFICA

O48s

Oliveira, Dammeree Costa de

Saúde rural: itinerário terapêutico nas febres como uma construção sociocultural. / Dammeree Costa de Oliveira. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2020.

83 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2020.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Luiz Bessa Luz.

Co-orientador: Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Garnelo Pereira.

1. Saúde rural 2. Vigilância em saúde 3. Febre I. Título

CDU 614(811.3) (043.3)

CDD 614.098113
22. ed.

Elaborado por Ycaro Verçosa dos Santos - CRB-11/ 287

DAMMERE COSTA DE OLIVEIRA

**SAÚDE RURAL: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO NAS FEBRES COMO UMA
CONSTRUÇÃO SOCIOCULTURAL**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós- Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia- PPGVIDA, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Fatores Sócio Biológicos no Processo Saúde Doença na Amazônia.

Aprovada em: 26/08/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Sérgio Luiz Bessa Luz- Orientador
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Prof^a. Dra. Denise Duran Gutierrez- Membro
Universidade Federal do Amazonas- UFAM

Prof^o. Dr. Ricardo Agum Ribeiro
Instituto Federal de Rondônia - IFRO

AGRADECIMENTOS

À Deus, por não me deixar esquecer do propósito maior desta jornada.

Ao Prof. Dr. Sérgio Luiz por embarcar comigo nesse grande desafio e acreditar em meu potencial.

À Profa. Dra. Luiza por ser inspiração durante meu processo de aprendizagem, por me acolher e direcionar nesta jornada em meio aos estudos qualitativos. Minha eterna gratidão.

À minha família por todo apoio e carinho em minhas jornadas, em especial à minha mãe por ser minha inspiração de força e perseverança. A minha conquista, é a sua conquista.

Ao meu avô Vanildo (*in memoriam*) e minha avó Teolinda, que com sua sabedoria, me ensinaram que o estudo transforma vidas.

À minha prima/irmã Gracyanny por ser meu braço direito nas alegrias e nas tristezas.

Ao meu noivo Joel Sampaio por sempre estar ao meu lado em minhas jornadas acadêmicas, pelo companheirismo e amizade.

Ao meu irmão Christian por estar ao meu lado sempre, assim como às minhas primas Dalia e Duane por trazer risos em momentos difíceis.

À Psicóloga Camila Borba e ao Dr. Luiz Henrique que, mais do que profissionais, se tornaram grandes amigos aliados no cuidado de minha saúde mental.

À Juliana Bonilha por ser uma das primeiras pessoas a incentivar a luta contra os meus medos.

Às amigas do mestrado, pelas conversas, direcionamentos e distrações que contribuíram para que essa caminhada fosse mais leve, especialmente Priscila, Nayara e Camila (mesmo distante fisicamente) tornaram-se grandes companheiras nessa jornada vivida.

À FAPEAM por investir e acreditar na pesquisa.

À posgrad, Evelin e Danilo, pelo auxílio em todas as dificuldades, tornando-se amigos.

Ao Ycaro, por sempre estar disponível para ajudar.

Aos profissionais de saúde de Rio Pardo, Dona Rosa, Elaine, Daiana, José Augusto, em especial ao Amois (MOCA) por toda amizade e apoio, sendo primordial em minha vivência na comunidade e aos moradores de Rio Pardo pela gentileza e acolhimento.

À esta Instituição que subsidiou minha formação como pesquisadora.

MUITO OBRIGADA!

DEDICATÓRIA

A minha mãe Ana Santana e aos meus avós Vanildo (*in memoriam*) e Teolinda.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo investigar as concepções e práticas do sistema de autoatenção dirigido ao cuidado com as febres em assentamento rural no Amazonas através de uma abordagem metodológica de estudo de caso de caráter qualitativo (com pesquisa de campo realizada no ano de 2019). A partir do aporte teórico do sistema de concepções e de práticas voltadas para a manutenção e recuperação da saúde idealizado por Menendez, somado a noção de itinerário terapêutico, nos possibilitaram reconhecer as percepções e práticas que constituem trajetos terapêuticos no processo sócio-cultural de enfrentamento às doenças febris no assentamento rural de Rio Pardo. Os resultados expostos nos permitem reconhecer as doenças febris como um dos principais desafios de saúde pública local e que as interpretações sobre as febres extrapolam a visão biomédica, tendo características sociológicas com fortes implicações na produção de percepções e práticas frente às diferentes origens da população que constituem a comunidade, assim como a intensa aproximação como o modelo de vida urbano.

Palavras-chave: Saúde Rural, Febre, Itinerários terapêuticos, Vigilância em Saúde.

ABSTRACT

This work aimed to investigate the conceptions and practices of the system of self-attention directed to the care of fevers in rural settlement in Amazonas through a methodological approach of case study of a qualitative nature (with field research conducted in 2019). Based on the theoretical contribution of the system of conceptions and practices aimed at the maintenance and recovery of health idealized by Menendez, added to the notion of therapeutic itinerary, allowed us to recognize the perceptions and practices that constitute therapeutic paths in the socio-cultural process of confronting febrile diseases in the rural settlement of Rio Pardo. The results exposed allow us to recognize febrile diseases as one of the main local public health challenges and that the interpretations on fevers go beyond the biomedical view, having sociological characteristics with strong implications in the production of perceptions and practices in face of the different origins of the population that make up the community, as well as the intense approximation as the urban life model.

Keywords: Rural Health, Fever, Therapeutic Itineraries, Health Surveillance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa do Brasil (A), destacando o Município de Presidente Figueiredo (B) e o assentamento rural de Rio Pardo (C).....	31
Figura 2. Planta do Projeto do Assentamento Rio Pardo.....	32
Figura 3. Processo de seleção dos sujeitos participantes da pesquisa.....	35

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFR	Equipes de Saúde Ribeirinhas
FVS	Fundação de Vigilância em Saúde
IDAM	Instituto de Desenvolvimento Agropecuário do Amazonas
ILMD	Instituto Leônidas e Maria Deane
INCRA	Instituto Nacional da Reforma Agrária
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIACM	Plano de Intensificação de Controle da Malária na Amazônia Legal
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas.
PF	Presidente Figueiredo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVOS	15
__ 1.1.1 objetivo geral	15
__ 1.1.2 objetivos específicos.....	15
2. Revisão de literatura.....	16
__ 2.1 Rural amazônico: assentamentos como uma de nossas realidades	16
__ 3.2 Saúde rural: reconhecer para atuar com maior efetividade	19
__ 3.3 Serviço público de controle de doenças endêmicas febris e sua base biomédica	22
__ 3.4 A saúde como experiência e construção sociocultural: saberes, formas e modelos e itinerários	25
4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	31
__ 4.1 Local de pesquisa	31
__ 4.3 Tipo de pesquisa.....	33
__ 4.4 População do estudo	34
__ 4.5 Coleta de dados	34
__ 4.6 Análise de dados.....	36
__ 4.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa	37
5. APRESENTAÇÃO DO ARTIGO	37
5.1 Artigo: Saúde rural: itinerário terapêutico nas febres como uma construção sociocultural	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
APÊNDICES E ANEXOS	70
Apêndice 1 - Instrumento de coleta de dados.....	70
__ Apêndice 02 – Termo de consentimento livre e esclarecido	72
Apêndice 3- Quadro com dados sociodemográfico dos participantes.....	74
__ Anexo 1 – Carta de anuência	78
__ Anexo 2 – Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa	79

INTRODUÇÃO

A heterogeneidade das regiões brasileiras gera um grande desafio na organização e oferta de serviços de saúde, em particular frente à relativa homogeneidade das políticas públicas de promoção da equidade, pouco permeáveis às singularidades e necessidades de populações específicas (SAVASSI *et al*, 2018). Em consequência, populações rurais brasileiras gozam de pouca atenção nas iniciativas do governo central para intervir no processo saúde-doença e fortalecer as práticas de cuidado de Atenção Primária à Saúde (APS) e garantir o prometido acesso universal ao SUS (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Nos anos recentes as autoridades governamentais instituíram políticas voltadas para a melhoria das condições de vida nos espaços rurais. No campo da saúde, essas iniciativas se efetivaram na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Na versão de 2012 a PNAB instituiu as Equipes de Saúde Ribeirinhas (ESFR) para populações da Amazônia e do Pantanal, a serem atendidas por unidades móveis (embarcações sanitárias) responsáveis por efetivar extensão de cobertura para territórios cujo acesso é exclusivamente fluvial. Essa alternativa, que se manteve na versão de 2017 da PNAB (BRASIL, 2012d; BRASIL, 2017), representa um avanço no atendimento das necessidades de saúde das populações rurais, embora se limite a contemplar apenas um grupo específico - as populações ribeirinhas - não se mostrando capaz de atender a um segmento mais amplo da sociodiversidade rural amazônica.

Outra iniciativa de relevo é a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Ela preconiza que a população rural não deve ser pensada como uma mera replicação do modo urbano de vida, mas sim como um grupo social com singularidades como isolamento geográfico e exposição diferenciada a riscos e agravos à saúde (BRASIL, 2014). Em que pese o avanço representado pelas diretrizes que orientam essa política seu texto expressa uma declaração de princípios de políticas de governo, mas não provê orientações capazes de guiar a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) na provisão de atenção para esses grupos populacionais.

Nessas circunstâncias, pode-se dizer que as populações rurais ainda não contam com políticas adequadas para atendimento às suas necessidades de saúde.

Esse fato é agravado pelo limitado conhecimento do multifacetado mosaico socioambiental do rural brasileiro em geral e amazônico em particular. Assim sendo, o desenvolvimento de pesquisas voltadas para conhecer a situação de saúde dessas populações, os desafios que elas enfrentam e as estratégias que adotam na busca de solucionar seus problemas de saúde pode contribuir para a compreensão de contextos em que se produzem a saúde e a doença e para auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas comprometidas com a garantia do direito universal à saúde (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

A construção de projetos terapêuticos centrados nas necessidades da população requer que tais dimensões sejam contempladas nas estratégias de cuidado. É necessário que o olhar esteja voltado para o escrutínio dos contextos de vida dos usuários dos sistemas de saúde, visto que a experiência singular do adoecimento é definida pelo cotidiano e pela busca de soluções, não podendo ser resumida ao sistema oficial de prestação de cuidados de saúde (GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012).

A compreensão das práticas de cuidados e das formas de enfrentamento da doença por populações específicas deve partir da investigação do contexto em que aquelas são produzidas no cotidiano das famílias. É importante levar em conta como as pessoas trilham certos caminhos em busca de cuidados de saúde, algo que a literatura chama de “itinerários terapêuticos”.

No Brasil, o estudo desses itinerários vem ganhando destaque, pois possibilita evidenciar os arranjos de superação de problemas referentes ao acesso e integralidade na saúde em diferentes contextos, tendo seu potencial ainda pouco explorado no meio científico (ALVES; SOUZA, 1999). Na caracterização que faz da temática Gerhardt (2006) ressalta a influência do contexto sociocultural na moldagem dos percursos terapêuticos percorridos pelos atores sociais para lidar com seus problemas de saúde. Tal enfoque se mostra particularmente relevante para o desenvolvimento da pesquisa aqui proposta, uma vez que a diversidade socioambiental é um dos aspectos recorrentemente negligenciados pelas políticas de saúde direcionadas à população rural.

A pesquisa foi desenvolvida no assentamento rural de Rio Pardo, o qual segundo Ribeiro *et al.* (2016), nos últimos anos o assentamento passou por um intenso processo de transformação, que aproximou o cotidiano das famílias aos modos urbanos de vida, ainda que sem um abandono completo das características do viver

amazônico. Em Rio Pardo se tem acesso rodoviário e conexão relativamente fácil com o ambiente urbano, porém a natureza é onipresente para seus residentes embora as gerações mais jovens comecem a vê-la como uma realidade mais distante que se expressa em histórias dos familiares mais idosos.

A escolha de Rio Pardo como local de pesquisa se deu por identificarmos ali uma confluência de características rurais, mas associadas à forte influência do modo de vida urbano, o que representa um perfil distinto daquele habitualmente reconhecido para os espaços amazônicos. Ainda que se trate de um estudo de caso desenvolvido junto a uma localidade específica, entendemos que o cenário social encontrado em Rio Pardo expressa um perfil já encontrado em várias localidades da região norte do país podendo, portanto, contribuir para ampliar o conhecimento sobre populações rurais da região e de suas necessidades de saúde visando um melhor atendimento pelas políticas públicas.

A partir do estabelecimento de parcerias com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), Instituto de Desenvolvimento Agropecuário do Amazonas (IDAM) e lideranças comunitárias locais, os pesquisadores do Instituto Leônidas e Maria Deane desenvolvem trabalhos de cunho social e biológico na comunidade desde 2007, Essas investigações têm buscado analisar os níveis de organização social, aspectos da vida local, modificações do ambiente e sua interação com a saúde, bem como o perfil de vetores e agentes etiológicos das arboviroses e os efeitos da antropização na expressão desses agravos (FERREIRA, 2015).

A interação dos pesquisadores que lá estiveram com a comunidade também possibilitou o diálogo entre demandas dos que ali residem, destacando-se os “problemas com a água” e a ocorrência de malária. Tal diagnóstico de situação motivou as equipes de pesquisa a investigarem a qualidade da água, tendo os resultados subsidiado intervenções locais para aprimorar a qualidade da água ali consumida (FERREIRA, 2015). Sequencialmente os estudos foram direcionados à segunda maior demanda da comunidade que girava em torno da grande ocorrência de doenças febris. Num primeiro momento a ocorrência de malária foi identificada como o agravo com maior responsabilidade pelas ocorrências febris na localidade. Entretanto, estudos subsequentes deram consistência à hipótese de que a transmissão da malária era etiologia relevante para a ocorrência de doenças febris, mas sua investigação representava apenas a porta de entrada para o descobrimento

de outras doenças transmitidas por mosquitos capazes de evoluir com quadro febril, aí incluídas as arboviroses (ABAD-FRANCH *et al.*, 2012).

A longa e intensa vivência da comunidade com as doenças febris nos levou ao questionamento de como esta população lida com tais episódios. Para tal fim, optamos por partir de suas percepções e meios de enfrentamento como caminho condutor da investigação desenvolvida no âmbito da dissertação.

Dessa forma, objetivou analisar como o grupo estudado lida com as doenças febris, que sentido atribui a elas e que itinerários terapêuticos instituiu na lida com esses eventos mórbidos, seja nos cuidados instituídos própria comunidade, seja naqueles ofertados pelos serviços oficiais de saúde.

Interesse e desafios no desenvolvimento da pesquisa

Antecedendo nossos conhecimentos acadêmicos e científicos, somos permeados por saberes culturais que nos ajudam a compreender os fenômenos ao nosso redor, como as febres. A curiosidade sobre os processos biológicos instigou-me a buscar conhecimento sobre as doenças e suas formas de enfrentamento a partir de minha graduação em Enfermagem. Porém, passos maiores eram almejados, em que fazer ciência seria uma forma de contribuição a sociedade, ao passo que adentrei o programa de Pós-graduação Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, no qual foi desenvolvido o presente estudo.

Meu primeiro contato com a temática da febre tinha uma abordagem estritamente biomédica. Entretanto, fui convidada a desbravar o campo das ciências humanas e sociais no qual eu não tinha familiaridade. Tal trajeto constituiu-se num desafiador processo de transformação que em poucas palavras gostaria de lhes apresentar.

A entrada e viagens ao local de pesquisa eram revigorantes, pois me aproximavam de uma realidade rural que em mim despertava lembranças de minhas vivências no interior do Amazonas, onde nasci. Por outro lado, investigar as concepções e práticas da população sobre o tema febre requeria que meus saberes biomédicos fossem parcialmente adormecidos para que eu pudesse estar mais receptiva aos diferentes conhecimentos compartilhados comigo.

Durante a coleta de dados pude observar que as questões inicialmente pensadas como norteadoras das entrevistas se mostravam simplistas implicitamente

priorizavam os saberes biomédicos. Após chegar a esta conclusão compreendi que a aproximação com os participantes deveria se pautar não apenas por perguntas e sim um diálogo que permitisse o livre emergir das vivências das pessoas frente a ocorrência de doenças febris.

Como exemplo das transformações que sofri nesta etapa aponto a pergunta sobre “O que é febre?” que constava logo no início do meu roteiro de entrevista. Além de inibir a livre expressão dos entrevistados sobre suas vivências nos eventos febris, a pergunta indicava, ainda que sem intencionalidade por parte da pesquisadora, uma prioridade subjetiva dada às dimensões biológicas da febre, além de assumir – inadvertidamente – uma conotação de testar os conhecimentos dos entrevistados sobre a febre, influenciando negativamente no desenrolar da entrevista. Observado este aspecto, surgiu a necessidade de não só deslocar a pergunta para o final da entrevista, como também de abordar a temática de outras maneiras, permitindo a livre expressão dos entrevistados, cuja interpretação dos eventos febris, como se viu na fase de análise de dados, prioriza outros aspectos das manifestações febris, para além das dimensões biológicas.

Em meio as narrativas dos participantes pude notar falas que expressavam, à primeira vista, forte influência dos saberes biomédicos, mas que, uma vez problematizadas, me fizeram deparar com concepções mais afetas a modelos populares de explicação da doença, ainda que expressas através do vocabulário biomédico tinham sofrido, de fato, um processo de ressignificação pouco evidente à uma abordagem superficial.

A compreensão das febres como fenômeno social nesta comunidade, me permitiu entender a potencialidade do estudo como um meio de dar voz à populações rurais amazônicas, por vezes esquecidas pelas políticas públicas, mas que muito tem a ensinar a todos nós, profissionais de saúde e gestores.

Dessa forma, apresentamos os resultados desta pesquisa sistematizada em formato de artigo abrangendo todos os aspectos abordados.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Investigar as concepções e práticas do sistema de autoatenção dirigido ao cuidado com as febres em assentamento rural no Amazonas.

1.1.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar as febres de acordo com os sentidos a elas atribuídos pela população pesquisada;
2. Descrever os itinerários terapêuticos adotados para lidar com as doenças febris no sistema de autoatenção da localidade investigada.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 RURAL AMAZÔNICO: ASSENTAMENTOS COMO UMA DE NOSSAS REALIDADES

O IBGE define as áreas rurais como sendo as áreas situadas fora dos limites das cidades, das vilas e das áreas urbanas isoladas (IBGE, 2010). Porém autores como Favareto e Abramovay (2009) apontam que a delimitação de rural e urbano se torna arbitrária, uma vez que, segundo os autores:

Qualquer sede de distrito ou de um pequeno município é considerada urbana, ao mesmo tempo em que uma área remota num município metropolitano será considerada rural: perde-se, assim, a possibilidade de encarar a existência de municípios e regiões marcados por traços geográficos típicos da ruralidade, constituídos tanto por sua densidade demográfica, como por certas modalidades de relação com os ecossistemas de que dependem (FAVARETO; ABRAMOVAY, 2009, p. 11)

Gomes (2013) também discorre sobre as definições do rural em diferentes países. Ele conclui que a classificação dessas áreas se dá por características relacionadas à densidade populacional e às distâncias dos centros urbanos. Assinala, porém, a necessidade de considerar os aspectos sociais e culturais na caracterização do que venha a ser o rural.

Segundo dados do IBGE (2010) a população rural no Amazonas, é composta por 728.495 habitantes, representando 20,1% da população do Estado. Na composição dessa população, destacam-se os ribeirinhos, indígenas, assentados rurais e outros (LIRA; CHAVES, 2016).

Na Amazônia, as políticas públicas de incentivo à ocupação e criação de assentamentos rurais foram intensificadas durante a ditadura militar. Sob o lema pretexto de “integrar para não entregar”, o governo fomentou novas áreas de ocupação a partir da colonização de terras públicas. Esse modelo propiciou grande parte do fluxo migratório de famílias com diferentes culturas e modos de vida (CALANDINO *et al.*, 2012).

Em 1970, foi criado Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). O Instituto tinha o objetivo de organizar a política de terras do governo, segundo os critérios então vigentes. A abertura de áreas de ocupação e distribuição de terras públicas deu-se em territórios considerados inabitados pelas autoridades, efetivando-se em ações práticas de ocupação do espaço amazônico cuja finalidade pode ser exemplificada na fala do general presidente Emílio G. Médici de “levar os homens sem-terra do Nordeste para uma terra sem homens da Amazônia” (TOURNEAU; BURSZTYN, 2010).

Em consequência muitos imigrantes foram atraídos para a região com a expectativa de ganhar terras e trabalho em empreendimentos incentivados pelo Governo Federal ou em garimpos. Mesmo depois do encerramento das iniciativas governamentais que exerceram papel atrator para a migração uma boa parte dessa população permaneceu nos territórios em que tinham se instalado (TOURNEAU; BURSZTYN, 2010).

Passados mais de 40 anos do início das políticas de ocupação da ditadura militar a região Amazônica continua representando a principal fronteira de expansão da reforma agrária no país, uma vez que, dos 9.128 assentamentos rurais brasileiros, em torno de 3.589 estão localizados nas unidades federadas da Amazônia Legal (ALENCAR *et al.*, 2016).

Segundo Leite *et al.* (2004), as divisões espaciais nos assentamentos possuem origens e eficácias sociais distintas, podendo se dar por diferentes razões, tais como pela mera persistência de alguma nucleação preexistente, por iniciativa política de movimentos sociais ou por simples exercício do bom senso para enfrentar dificuldades de gestão de uma área muito grande ou de uma população muito dispersa. No estudo *op. cit.* Foram encontradas divisões espaciais socialmente eficazes (meramente pragmática ou operativa, econômica, política) em assentamentos maiores, porém mesmo onde está mais em jogo alguma tentativa de racionalizar o funcionamento dos assentamentos, não há territórios rigidamente definidos. Levando a crer que em alguns casos seguem um certo padrão de disposição onde o que se tem são alguns adensamentos residenciais que acabam nucleando um número de assentados. Nem sempre as divisões administrativas existentes têm influência real na forma de organização interna do assentamento, como em alguns casos do Pará, onde

o estabelecimento de glebas em vários casos tem função puramente administrativa

Esta política de ocupação carece de definições claras sobre a localização, tamanho e classificação das áreas destinadas a assentamentos rurais, além de não dispor de normativas sistemáticas que orientem uma de gestão ambiental capaz de disciplinar a ocupação. Tais omissões incentivaram a tendência à fragmentação da floresta, com a abertura de pequenas clareiras e ramais no formato de espinha-de-peixe. Próximo a esses ramais costumam se formar os adensamentos residenciais, característica que se reflete em uma disposição espacial diferenciada de um povoado ou localidade instituídas mediante processos anteriores e/ou efetuados através de modos de ocupação distintos daqueles instituídos pela política governamental de ocupação da região amazônica (LEITE *et al.*, 2004; EIRÓ; TRICAUD, 2010).

É importante reconhecer que embora se tenha obtido avanços nas áreas da educação, pela ampliação da oferta de escolas, e de saúde por meio da universalização – ainda que inconclusa – do Sistema Único de Saúde (SUS) tais melhorias tem se expandido desigualmente pelo território brasileiro tendo chegado de modo lento e insuficiente às áreas rurais e em particular aos assentamentos rurais amazônicos que permanecem carentes de condições mínimas de infraestrutura social (SANTOS *et al.*, 2014).

A criação do Índice de Progresso Social (IPS) em 2013, possibilitou avaliar o progresso social da região considerando exclusivamente indicadores sociais e ambientais, antes avaliado somente por índices que sofrem forte influência da economia. Segundo o IPS, a Amazônia brasileira tem apresentado indicadores sociais inferiores às outras regiões do Brasil para todas as dimensões (SANTOS *et al.*, 2014).

De modo geral o IPS médio da Amazônia (57,31) é inferior à média nacional (67,73), quando comparada por dimensões apresenta-se inferior em muitos componentes como verificado na dimensão 1 referente as Necessidades Humana Básicas, na qual apresenta um índice de apenas 58,75 – abaixo da média nacional de 71,60. Por sua vez, a segunda Dimensão (Fundamentos para o Bem-estar) obteve o melhor resultado (64,84), mesmo assim, o valor está abaixo da média nacional (70,42) (SANTOS *et al.*, 2014)..

No campo da saúde, em que pese os avanços alcançados pelo SUS, em particular no aprimoramento das medidas de enfrentamento das doenças infecciosas e parasitárias, na ampliação da vacinação, capaz de prevenir boa parte das doenças infecciosas de importância nas localidades rurais, e na extensão de cobertura da rede de atenção primária, as iniciativas de governo para provisão de ações de saúde ainda permanecem aquém das necessidades da população rural (GARNELO *et al.*, 2018). Ademais, como ressaltado por Coimbra (2018), os grandes diagnósticos nacionais raramente contemplam os estratos populacionais rurais, o que limita as tentativas de tecer generalizações acerca da saúde dos povos indígenas, caboclos, ribeirinhos e outros grupos amazônicos.

Embora permaneçam insuficientes, as medidas de extensão de cobertura promovidas pelo SUS têm potencialidade para impactar de modo significativo na melhoria das condições rurais de saúde. Devem, porém, ser aprimoradas para escrutinar o que pensam e o que fazem as pessoas – em particular as que vivem em áreas rurais – na lide com seus problemas de saúde, dada a dificuldade de ali obterem assistência médica regular. Além disso, tal conhecimento ferramenta relevante para aprimorar a qualidade do cuidado e ampliar o acesso das populações aos serviços de saúde, permitindo delinear adequadamente as linhas de cuidado dirigidas às comunidades rurais.

3.2 SAÚDE RURAL: RECONHECER PARA ATUAR COM MAIOR EFETIVIDADE

Reconhecer um Brasil rural e suas variações pode propiciar um planejamento mais preciso de intervenções no processo saúde-doença e fortalecer as práticas de cuidado na APS, tornando-as mais sensíveis e adaptadas ao perfil social e epidemiológicos das populações rurais (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018; ACIOLI *et al.*, 2014).

Entre as populações brasileiras, a rural representa 16%, segundo dados do IBGE(2011), enfrentando forte dependência dos serviços públicos, precariedade nas redes físicas das unidades de saúde e profundas iniquidades

socioeconômicas, agravadas pelas dificuldades de acesso geográfico aos cuidados à saúde.

Tais fatores influenciam negativamente na extensão de cobertura e efetividade dos serviços na APS, contribuindo para o deslocamento das populações para o espaço urbano onde se concentram os serviços de atendimento especializado. Tais características penalizam de modo mais intenso os residentes nas regiões Norte e Nordeste (GARNELO, 2018).

A busca de apoio bibliográfico nos mostrou serem poucos os estudos que avaliam as condições de saúde de populações rurais no Brasil, e em particular das que vivem na Amazônia.

Dentre os títulos encontrados poucos abordam características das condições de vida no meio rural, ao lado de outras que versam sobre percepções e sentidos atribuídos à saúde de trabalhadores rurais. No último caso predominam os temas de saúde ocupacional e exposição toxicológica aos implementos agrícolas, (ARAUJO, 2007; SCOPINHO, 2010; SANTOS; HENNINTON, 2013; MOREIRA *et al.*, 2015, sendo esses temas de interesse menor para a pesquisa aqui proposta.

De maior interesse para este estudo foram publicações versando sobre acesso a serviços de saúde por populações rurais (KASSOUF, 2005), regionalização em saúde no Amazonas (GARNELO *et al.*, 2017, GADELHA, 2009) e sobre condições gerais de vida, de acesso a programas e a serviços entre trabalhadores agrícolas e outros grupos populacionais (GARNELO *et al.*, 2018; MAEDA *et al.*, 2007; BEHEREGARAY; GERHARDT, 2010; GOMES, 2009) e de idosos residentes em zonas rurais no país (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

O levantamento bibliográfico empreendido nesta pesquisa evidencia que os estudos sobre as condições de vida e de saúde das populações rurais e os modos como interagem com os determinantes sociais que incidem especificamente sobre elas, são insuficientes e necessitam de ampliação (RUIZ; GERHARDT, 2012).

Autores como Pessoa, Almeida e Carneiro (2018) apontam a necessidade de conhecer a situação de saúde dessas populações, aí se incluindo a compreensão de seus contextos de vida e os desafios e estratégias

reconhecidos e adotados pela população na busca de cuidados de saúde. Nesse sentido, os autores destacam que os modos de atendimento não devem ser pensados como uma mera reprodução do modelo urbano, mas que devem levar em conta fatores de riscos e agravos de saúde que não se façam presentes nas cidades.

A heterogeneidade das regiões brasileiras também é vista como um grande desafio para a organização e oferta de ações do SUS e a busca da equidade de acesso aos serviços (SAVASSI *et al.*, 2018). O Brasil rural tem populações em condições de isolamento geográfico no semiárido e na Amazônia; em comparação a outros grupos sociais essas populações isoladas estão expostas a riscos e agravos de saúde distintos daqueles incidentes em espaços urbanos e peri urbanos. No rural remoto a reprodução da vida se apoia na pesca e caça artesanais, na agricultura, extrativismo vegetal e mineral. Tais estratégias produtivas geram agravos específicos que devem ser conhecidos pelos profissionais que atuam na rede de Atenção Primária à Saúde (APS) instalada nesses lugares remotos. Ressalte-se que as práticas de saúde, fortemente moldadas pelos contextos urbanos, via de regra não se adequam às necessidades das populações rurais.

Porém, o necessário reconhecimento das necessidades sanitárias da população rural é prejudicado pelo histórico apego dos formuladores de políticas ao determinismo geográfico ao qual são atribuídas todas as limitações dos cuidados à saúde ofertados nos espaços rurais. Embora não se possa negar os desafios impostos pelo espaço natural amazônico, deve-se dar a devida importância a existência dessas condições e incorporá-las no processo de planejamento em saúde, visando neutralizá-las, superá-las ou contorná-las (GARNELO *et al.*, 2017).

Ao longo do processo de desenvolvimento do SUS a regionalização em saúde tem sido vista como um meio de reduzir as iniquidades de saúde e de promover a integração de diferentes níveis de cuidado em articulação como as políticas econômicas e sociais voltadas para a inclusão social (GADELHA, 2009).

Em estudo sobre regionalização em saúde Garnelo *et al.* (2017) analisaram a atuação de gestores municipais e gerentes de atenção básica em

municípios do interior do Amazonas congregados em uma região de saúde. O estudo demonstrou que apesar da vinculação nominal desses municípios a uma mesma regional de saúde os gestores detinham apenas informações sobre seus respectivos municípios, mas não demonstravam compreensão sobre as condições e necessidades de saúde para o conjunto dos municípios que formavam a regional, nem demonstravam atuar de modo sinérgico para potencializar a partilha de recursos e capacidades instaladas para o atendimento às necessidades de saúde. O estudo de Garnelo et al (op.cit.) exemplifica as afirmações de Viana (2009) , para quem o processo de regionalização caminha lentamente em meio a um cenário em que predominam a assimetria, a verticalidade na tomada de decisão em cenário de relações intermunicipais fragilizadas e de ~~origem~~ da descontinuidade de políticas públicas de saúde que ainda demonstram pouca resolutividade frente as especificidades regionais.

3.3 SERVIÇO PÚBLICO DE CONTROLE DE DOENÇAS ENDÊMICAS FEBRIS E SUA BASE BIOMÉDICA

No Brasil, convencionou-se denominar como endêmicas as doenças parasitárias e transmitidas por vetores tais como a malária, febre amarela, leishmaniose, esquistossomose, doença de chagas e filarioses, que há décadas constituem o foco central das ações de saúde pública em nosso país (SILVA, 2003).

Uma das dificuldades no enfrentamento das febres é que se trata de um sinal de doença que ocorre em inúmeras patologias, geradas por uma pluralidade de agentes etiológicos o que dificulta identificar a origem do evento febril. Na medicina popular e nos primórdios da biomedicina essas manifestações eram tratadas não como um sinal de doença, mas como a patologia em si, atribuindo-lhe, não raro, uma origem única. Um dos avanços da medicina moderna foi empreender a distinção etiológica das doenças febris e atribuir à febre a condição que ela tem hoje: a de sintoma e não a da doença em si (TEIXEIRA, 2004).

A febre é característica da manifestação de doenças infecciosas que representaram a ameaça mais frequente às vidas humanas até a metade do

século XX, quando o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis suplantou a magnitude das doenças febris. No Brasil, de modo distinto do que ocorreu nos países do primeiro mundo, não se deu esta transição epidemiológica, tendo ocorrido a superposição de doenças infecciosas, crônicas não transmissíveis e de causas externas, acarretando o que vem sendo chamado de tripla carga de doença (MENDES, 2010).

A persistência das doenças febris segue sendo elemento de grande importância no perfil epidemiológico brasileiro, exigindo ações organizadas do poder público, na tentativa de efetivar seu controle. A exemplo temos a febre amarela e a malária, doenças estas que impulsionaram iniciativas de controle de endemias no país, tendo fornecido modelo para as atividades subsequentes, com a mesma finalidade, mas direcionadas a outras doenças endêmicas (SILVA, 2003).

De fato, o desenvolvimento da Saúde Pública contemporânea caminhava junto a avanços na bacteriologia e parasitologia ao final do Século XIX, a partir de descobertas de doenças infecciosas e parasitárias que requeriam estratégias de combate que abrangiam o controle de vetores, medidas de saneamento e orientações sanitárias à população (SILVA, 1990).

Em um estudo realizado por Garcia em meados dos anos 70 nos chama a atenção para os diferentes enfoques desenvolvidos ao longo da história da Saúde Pública traçando um paralelo de similitude com a “arte da guerra”, que parte da idéia de “eliminação do inimigo” trazido neste campo de saber como “erradicação”, passando pela idéia de “controle até alcançar a noção de “vigilância” (GARCIA, 1989).

As três primeiras décadas do século XX são referidas por Costa (1998) como um período de políticas públicas de saúde majoritariamente orientadas para controle de epidemias e a adoção prioritária de medidas higienistas e de imunização no combate a doenças transmissíveis. Do ponto de vista operacional, as estratégias iniciais de erradicação das endemias, fortalecidas pelo sucesso obtido no combate à a varíola e à poliomielite, transformaram-se gradualmente em intervenções voltadas para o controle de endemias, como o modelo adotado no combate a malária e a tuberculose no século XX quando se constatou a impossibilidade de alcançar a erradicação, até alcançar a a noção

de vigilância epidemiológica amplamente usada a partir anos 50 (BARATA, 1992).

As estratégias que almejavam a erradicação da malária no Brasil preconizadas pela Organização Mundial de Saúde e adotadas no Brasil em 1965, baseavam-se na aplicação intradomiciliar do diclorodifeniltricloroetano (DDT), assim como o uso de drogas antimaláricas. Estas iniciativas contribuíram para a diminuição da incidência de malária em várias áreas do território brasileiro como ocorreu nas regiões do nordeste, sudeste, centro- oeste e sul, mas seus resultados foram menores na Amazônia (LOIOLA; SILVA; TAUIL, 2002).

Por muito tempo, as autoridades sanitárias insistiram em adotar essa estratégia clássica na Amazônia. No entanto, as características da região – cujo meio ambiente que favorece a proliferação do mosquito – a expansão das cidades gerando desmatamento e a alocação peri domiciliar do mosquito transmissor, a persistência de moradias precárias que favorecem a reprodução do vetor e seu acesso à população humana, a carência de assistência médica que dificulta o diagnóstico precoce e o insucesso da aplicação dos inseticidas tóxicos e agressivos ao meio ambiente, inviabilizaram o controle dessa endemia na região amazônica (LOIOLA; SILVA; TAUIL, 2002).

Historicamente as ações de controle das malárias executadas no Brasil eram centralizadas, verticalizadas e executadas pelo nível federal de governo, o que limitou a expertise e protagonismo das autoridades sanitárias estaduais e municipais. A implantação do Sistema Único de Saúde promoveu a descentralização das ações de saúde, estadualizando e municipalizando as ações de controle das endemias a partir dos anos 2000. A limitada experiência dos governos locais na realização desta tarefa fragilizou as ações de controle do agravo, uma vez que a expertise do governo central não foi adequadamente reproduzida nos sistemas municipais de saúde, o que contribuiu com a conseqüente recrudescência dos casos (LOIOLA; SILVA; TAUIL, 2002; BRASIL, 2006).

Ações diretamente desenvolvidas para diferentes contextos do quais emergem e definem uma situação epidêmica, demonstram a importância da descentralização da vigilância para uma instância municipal do SUS que propicia maior a oportunidade para adoção de ações de controle mais rápidas

e agéis desde que qualificadas e resolutivas (ALBUQUERQUE, 2002).

No aspecto clínico a malária caracteriza-se por uma doença infecciosa febril aguda causado pelo protozoário do gênero *Plasmodium*, que ocasiona quadro febril que pode atingir 41°C ou mais, tendendo a posterior diminuição da febre que habitualmente é acompanhada de sudorese profusa, calafrios e cefaleia. Tais quadros tendem a ser recorrentes até que a pessoa obtenha o tratamento específico com drogas antimaláricas. No Brasil a infecção costuma se dar por dois dos três agentes etiológicos, predominando em território nacional o *Plasmodium Falciparum*, *Plasmodium Vivax*. A transmissão humana ocorre a partir da picada do mosquito do gênero *Anopheles* (BRASIL, 2006).

No protocolo adotado no Sistema Único de Saúde, a primeira abordagem do febril envolve a realização do exame de gota espessa, sendo essa a técnica mais utilizada para diagnóstico laboratorial. Ela tem baixo custo e é de rápida realização por um microscopista capacitado. Em caso positivos, inicia-se o esquema terapêutico e acompanhamento ambulatorial (BRASIL, 2006). Em casos negativos, investigam-se outros processos infecciosos que tenham a febre como elemento clínico, como por exemplo as arboviroses, doenças virais transmitidas ao homem por vetores artrópodes hematófagos (artropod-born-virus).

Na Amazônia as doenças febris representam um importante problema de saúde pública ao qual se associam repercussões sociais e econômicas frente ao grande número de casos resultante da dispersão crescente de seus agentes e vetores, associada via de regra ao processo de antropização do ambiente natural (AMARO *et al*, 2007).

3.4 A SAÚDE COMO EXPERIÊNCIA E CONSTRUÇÃO SOCIOCULTURAL: SABERES, FORMAS, MODELOS E ITINERÁRIOS

Na perspectiva antropológica, o olhar sobre a construção social da corporalidade permite compreender as diversas formas como os sistemas terapêuticos são acionados na lide com o processo saúde/ doença. Ao mesmo tempo ao olhar a saúde na perspectiva de uma construção sociocultural e não numa ótica meramente biológica, permite evidenciar aspectos que são

relevantes para as políticas e serviços de saúde, propiciando descortinar as práticas de cuidados adotadas pelas populações em diferentes contextos sociais (LANGDON, 1995).

Nesse sentido, a cultura opera como um sistema simbólico no qual uma teia de significados é produzida propiciando uma interpretação do mundo que além de produzir sentidos sobre os eventos também propicia parâmetros que guiam a ação das pessoas. Na abordagem do processo saúde/doença destaca-se a importância de apreender o teor dessa teia de significados, já que esta reúne as ideias das pessoas sobre estar doente ou saudável, bem como as diversas maneiras de classificar os agravos em saúde e de acionar as práticas de cuidado acionadas pelo grupo social ou familiar em que se insere o evento patológico (GABBI JUNIOR, 1993).

De acordo com Langdon e Wiik (2010) um sistema social de saúde é composto pelas instituições relacionadas à saúde, abrangendo tanto as instituições formalmente reconhecidas como hospitais e outras unidades de saúde, quanto especialistas não reconhecidos pela biomedicina, como benzedeiros, curandeiros, xamãs e pajés, além de outras formas de autocuidado como as dietas, a fitoterapia e a automedicação, dentre outros. Os mesmos autores relembram que questões relativas ao processo saúde/doença devem ser analisadas de forma articulada às dimensões sociais, sendo permeadas pela cultura que propicia atribuição de sentido ao sofrimento e às experiências do adoecimento.

O antropólogo mexicano Eduardo Menendez (2003, 2005, 2009) assinala que na América Latina diversas formas de atenção à saúde são acionadas simultaneamente pelas pessoas para fazer frente aos seus agravos à saúde. Tal pluralidade não é apenas terapêutica, mas expressa também a diversidade cultural vigente no tecido social. O mesmo estudioso assinala que a busca por cuidados não se limita aos saberes biomédicos, mas se entrelaça também à medicina popular e práticas religiosas.

Tais características permitem considerar, de forma ampla, que os sistemas de cura e cuidados à saúde são sistemas culturais e sociais que regem modos de vida e visões de mundo dos grupos que os produzem (LANGDON; WIİK, 2010).

O conceito de autoatenção, proposto por Menendez (2009) permite abranger os significados atribuídos pelos conjuntos sociais frente ao adoecimento, sem se limitar ao olhar biomédico frente à ocorrência da doença. Segundo o autor, a autoatenção refere às:

representações e práticas que a população utiliza socialmente para diagnosticar explicar, entender, controlar, aliviar, suportar e curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam a saúde em termos reais ou imaginários se a intervenção central, direta e intencional decoradores e profissionais embora eles possam ser os referenciais dessa atividade. A autoatenção implica decidir a autoprescrição e o uso de uma terapêutica autônoma ou relativamente autônoma (MENENDEZ, 2009, p. 48).

As práticas de autoatenção são apoiadas em experiências, memórias e saberes compartilhados tanto em âmbito social e familiar, quanto no âmbito da estrutura e da história social de um povo como legado cultural de gerações passadas, configurando um sistema de concepções e de práticas voltadas para a manutenção e recuperação da saúde que o autor chama de sistema de autoatenção (Menendez, 2009).

Autores como Menendez (2003) e Langdon (1995) consideram as práticas de saúde de sujeitos e grupos sociais como formas de mediação cultural que permitem atribuir sentidos à ocorrência de doença e influenciar nas escolhas terapêuticas diante dos problemas de saúde. Nessa perspectiva, o reconhecimento das concepções e práticas de saúde utilizadas para efetuar os diagnósticos populares e selecionar os trajetos e recursos terapêuticos possibilita a compreensão do ponto de partida para a tomada de decisão na escolha de certas práticas de atenção à saúde em detrimento de outras.

Para Menendez (2009) as práticas de autoatenção podem ser pensadas em dois níveis: no nível amplo dizem respeito a todos os meios necessários para assegurar a reprodução social dos sujeitos, que reconhecem as condições de ambiência, moradia, alimentação, trabalho, renda, religiosidade, harmonia social e outras formas de interação como meios de preservação da saúde. Já no âmbito-restrito da autoatenção o autor situa as representações de doença e práticas de cuidado intencionalmente realizadas na busca de prevenir, diagnosticar, curar ou solucionar males que estão afetando sua saúde. Nesta

perspectiva o autor inclui não apenas a prevenção e enfrentamento das enfermidades, mas também as práticas alimentares e de higiene do lar e do corpo (MENENDEZ, 2009).

MENENDEZ (1992) salienta-se que os grupos sociais não apenas utilizam uma ampla gama de cuidados, mas também os mesclam, reinterpretem ou justapõem biomédicos aos saberes populares. Os cuidados da medicina oficial costumam ter sua eficácia reconhecida, entretanto podem ser ressignificados e amalgamados a outros elementos que provém de tradições populares, religiosa, dentre outros (JIMÉNEZ, 2014).

Dado seu caráter pragmático o sistema de autoatenção possibilita a articulação das mais variadas práticas de cuidados que podem ser inclusive contraditórias entre si se avaliadas do ponto de vista dos sistemas médicos oficiais. Entretanto, elas podem responder à necessidades não percebidas pelos profissionais da medicina oficial e responder a razões e necessidades práticas reconhecidas pelas famílias e pelos doentes (MENENDEZ, 2009).

Nesse contexto, as relações que envolvem o processo saúde/doença/atenção se configuram como um campo plural tanto no aspecto de diversidade das formas de atenção, quanto nas diferentes posições sociais ocupadas pelos especialistas.

Há de se considerar que a tomada de decisão sobre o agir e os recursos a serem utilizados no processo saúde-doença é um processo de negociação que abrange os recursos disponíveis, as visões de mundo e concepções de saúde e de doença, a existência de terapeutas populares tradicionais e de serviços modernos de saúde, além de outros elementos necessários à definição sobre o melhor modo de agir no enfrentamento do problema de saúde.

Entretanto, os sujeitos têm apenas uma autonomia relativa nessa tomada de decisão, pois as escolhas dependem essencialmente da disponibilidade de recursos de que possam lançar mão e esses recursos dependem da posição social ocupada pelo tomador de decisão (MENENDEZ, 2003).

As narrativas das experiências de doença e as observações de práticas cotidianas dos cuidados com a saúde possibilitam a sistematização de outro elemento de importância na compreensão da autoatenção: o itinerário terapêutico (SCOPEL, 2013).

Para Alves e Souza (1999) o itinerário terapêutico deve ser entendido como uma construção subjetivo- social que se expressa em corpos de sujeitos singulares, mas que é também coletiva, pois as escolhas que definirão as ações que constroem o percurso nunca são produtos de meras subjetividades individuais. O itinerário terapêutico é conceituado pelo autor como um conjunto de “distintas trajetórias individuais que se viabilizam em um campo de possibilidades socioculturais para elaboração e implementação de projetos específicos e até contraditórios”, na busca de solucionar problemas de saúde (ALVES; SOUZA, 1999, p. 125).

A busca de resolver problemas de saúde não se limita à identificação de serviços disponíveis e de sua potencial utilização pelos que deles necessitam, mas implica também em levar em consideração o entendimento dos modos como pessoas e grupos buscam, avaliam e aderem os tratamentos e de como os fatores socioculturais intervêm nessas escolhas (ALVES; SOUZA, 1999).

Em uma revisão de literatura sobre a “busca de atenção” Alves e Souza (1999) identificam que as primeiras reflexões sobre os itinerários terapêuticos, que inicialmente se baseavam em uma concepção voluntarista, individualista e racionalista que reduziam às demandas por serviços e tratamentos à escolhas estritamente regidas por uma lógica de custo-benefício.

Posteriormente foram observadas mudanças nessa linha de pensamento a partir de críticas que apontaram as inadequações desse modelo explicativo utilitarista. Surgiu então uma segunda grande vertente que buscava investigar a interviência de fatores culturais, cognitivos e sociais no comportamento de busca aos cuidados de saúde. Para os autores a ampliação dos escopos analíticos sobre os itinerários terapêuticos permitiu descrever de modo mais adequado as diversas formas como os atores sociais constroem suas percepções sobre as doenças e seus respectivos modos de enfrentamento demonstrando assim o pluralismo que caracteriza o itinerário terapêutico (ALVES; SOUZA, 1999; ALVES, 2015). O estudo dos itinerários terapêuticos não busca a igualdade epistemológica entre o saber científico e o popular, mas sim levar em conta suas pluralidades constitutivas, considerando-as como alternativas possíveis e válidas, tendo cada uma seus limites de atuação (BUCHILLET, 1991).

Outros modos de interpretação dos itinerários terapêuticos são as vertentes cognitiva e a socioeconômica (ALVES; SOUZA, 1999). A cognitiva está relacionada aos valores, significados e ideologias relacionadas com a saúde. Já a socioeconômica aborda a interferência de desigualdades sociais, étnicas e de gênero na busca e oferta de serviços em saúde. Essas abordagens enfocam as estratégias produzidas por pessoas e grupos sociais visando resolução dos problemas de saúde a partir de modelos e padrões que intervêm no processo de tratamento e cura. Tais enfoques possibilitam demonstrar o percurso da população nos sistemas oficiais e de autoatenção à saúde, bem como lançar luz sobre o funcionamento e organização dos serviços de saúde disponíveis (ALVES, 2015).

A potencialidade dos estudos de itinerários terapêuticos nos permite ir além da descrição simples da busca de cuidados de saúde. Seus enfoques podem contribuir no processo de organização e gestão dos serviços de saúde, favorecendo a construção de práticas assistenciais contextualmente integradas, revelando assim necessidades e demandas dos usuários a serem levados em conta pelos profissionais responsáveis pela produção do cuidado no atendimento em saúde (MANGIA; MURAMOTO, 2008).

Para finalizar chamo atenção para uma das vertentes analíticas propostas por Eduardo Menendez (2003, 2005, 2009), para quem a busca de entender a pluralidade e diversidade de formas de atenção em um determinado contexto deve contemplar não apenas a identificação de práticas realizadas por especialistas, mas também a observação das práticas de autoatenção desenvolvidas pela própria população no complexo prático e simbólico que envolve o processo saúde/doença/atenção (MENENDEZ, 2003).

Assim, o interesse em investigar os saberes que constroem o sistema de autoatenção na comunidade de Rio Pardo adotou o eixo teórico aqui apresentado que possibilita ressaltar a importância dos saberes cotidianos, suas incertezas e ansiedades associadas ao sofrimento gerado pelo adoecer e o processo de negociação com o mundo simbólico e com o aparato institucional que provê atendimento material às doenças. Destaque-se também a dinâmica do processo de produção das escolhas feitas na busca pela cura, que compreendem formulações e atualizações de modelos explicativos sobre a

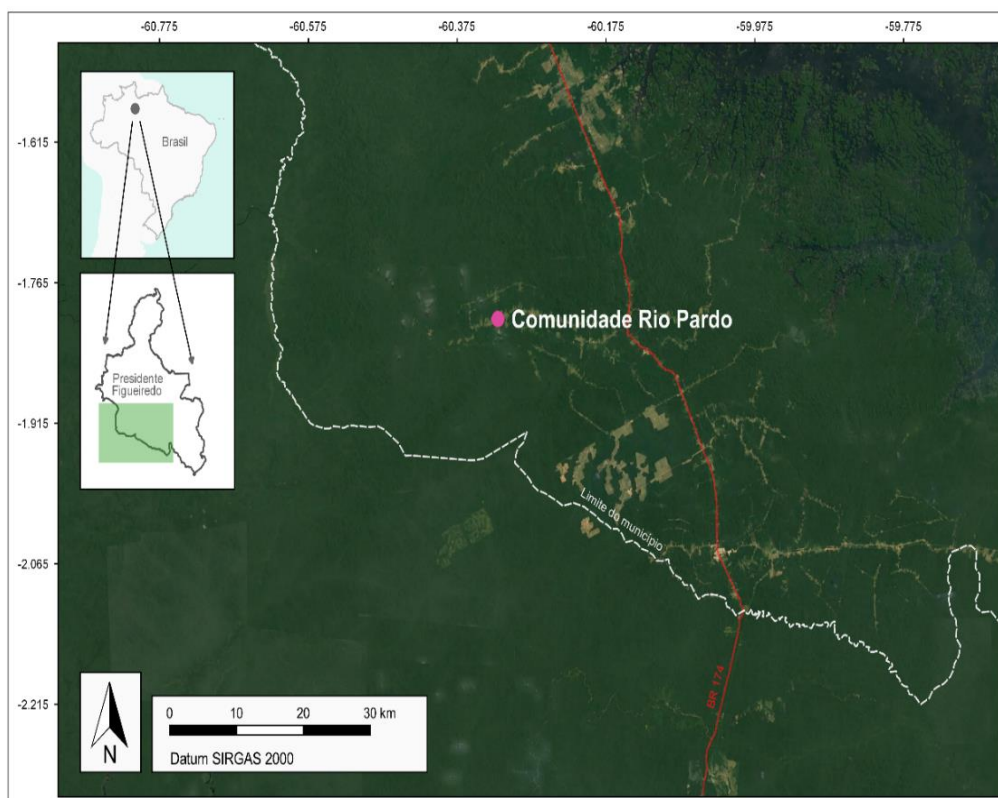
realidade e de modelos orientadores da ação, acionados pelos atores sociais em busca de remediar seus males.

4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

4.1 LOCAL DE PESQUISA

O cenário em que se desenvolveu a pesquisa foi o Assentamento Rural de Rio Pardo localizado na zona rural (coordenadas geográficas - S 01°47'52" W 60°15'82") a 35 quilômetros da sede municipal de Presidente Figueiredo (PF) – Amazonas, que por sua vez distancia-se 110 km de Manaus, com acesso pela rodovia BR-174, que liga o estado do Amazonas ao estado de Roraima, conforme ilustrado na figura 1.

Figura 1. Mapa do Brasil (A), destacando o Município de Presidente Figueiredo (B) e o assentamento rural de Rio Pardo (C)



Fonte: elaborado pelos autores

O acesso se dá por via terrestre pela BR-174, seguido de 17 quilômetros em estrada de terra, ou por via fluvial, através do igarapé do Rio Pardo, um pequeno afluente do Rio Negro (FERREIRA *et al.*, 2016).

Criado pelo INCRA em 1996, Rio Pardo é composto por estradas de terra, denominadas “ramais”. Possui 584 habitantes e um ramal principal, quatro vicinais e uma área onde os moradores residem às margens do igarapé, apenas com acesso fluvial (FERREIRA *et al.*, 2016).

A figura 2 apresenta a planta do projeto do Assentamento Rio Pardo (MDNINCRA, 1997), com lotes de terra com cerca de 60 ha e ramais secundários projetados para 133 km de extensão, tendo aproximadamente 29 km de ramais com condição regular de tráfego. O assentamento, conforme demonstra a figura 2, faz limite ao norte com o igarapé Canoas, terras da União e um igarapé de denominação desconhecida. Ao sul faz limite com a estrada BR-174 e com terras particulares; a leste, com o Assentamento Canoas e a oeste com o igarapé Rio Pardo (VILELA, 2003).

Figura 2. Planta do Projeto do Assentamento Rio Pardo.



Fonte: VILELA (2003).

A escolha de Rio Pardo como local de pesquisa se deu por este apresentar simultaneamente características dos meios rurais amazônicas, ao lado de fortes influências do modo de vida urbano.

A população de Rio Pardo tem em seu histórico uma forte presença da agricultura familiar como principal atividade econômica, como as plantações de banana, mandioca, cupuaçu, pupunha, pimentão e pimenta-de-cheiro. Mercadorias estas vendidas nas cidades de Presidente Figueiredo e Manaus, por meio de comerciantes intitulados atravessadores, que atuam como intermediários entre os produtores e os consumidores ao negociarem e transportam as mercadorias para o comércio. Muitas famílias mantêm animais domésticos para consumo (porcos, galinhas), porém poucas possuem gado para fins comerciais (RIBEIRO *et al.*, 2016).

Por outro lado, há um contingente de pessoas com atividade ocupacional de corte urbano, uma condição mista (ou transicional) de rural amazônico com modos de vida mais próximos ao urbano em valores e atitudes. A característica também migratória da origem dessas famílias influencia na busca de postos de trabalho assalariado na sede municipal mais próxima, tornando o assentamento rural por vezes uma espécie de localidade dormitório.

4.3 TIPO DE PESQUISA

Essa investigação se caracteriza como um estudo de caso exploratório, do tipo qualitativo, que busca investigar as concepções e práticas do sistema de auto atenção dirigido ao cuidado com as febres em um contexto rural amazônico.

A escolha por uma abordagem tipo estudo de caso se mostra produtiva estratégia de investigação de um fenômeno em seu contexto real e por possibilitar a compreensão de situações singulares e possíveis interligações com eventos que podem ser recorrentes em outros momentos e espaços. As características do estudo de caso o tornam uma ferramenta elegível quando se busca o “quando” e o “por que” da ocorrência de certos fenômenos em algum contexto da vida real (YIN, 2010; GOMES, 2008).

Debruçar-se sobre o universo dos conceitos e vivências que envolvem o fenômeno complexo, simultaneamente subjetivo e objetivo, da febre no contexto rural amazônico do assentamento Rio Pardo, propicia uma aproximação dos significados, motivações, valores e atitudes que são, segundo Minayo (2010),

características próprias de uma pesquisa qualitativa e que não podem ser submetidas à operacionalização de variáveis.

4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população de estudo foi composta por 100 pessoas num universo de 534 habitantes de Rio Pardo que segundo dados da Unidade Básica de Saúde habitavam o assentamento. Os selecionados foram os 100 adultos que apresentaram quadro febril em 2018, dos quais 53 eram mulheres e 47 homens, equivalendo a 100% dos febris do ano de estudo e a aproximadamente 19% da população assentada, exemplificando a elevada ocorrência de casos febris no assentamento.

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 18 anos; ter apresentado quadro febril no ano de 2018 e anuência em participar do estudo. Não houve recusas. Foram excluídos os menores de 18 anos, indígenas e aqueles sem história febril no ano anterior à pesquisa.

4.5 COLETA DE DADOS

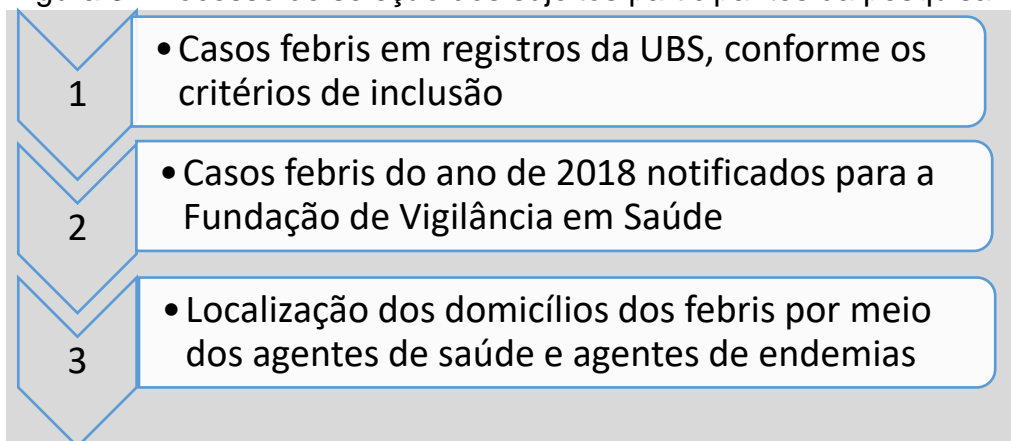
O primeiro contato da pesquisadora com a comunidade se deu por meio de atividades desenvolvidas na disciplina “Interdisciplinaridade em Saúde e Pesquisa Qualitativa, desenvolvido ao âmbito do curso de mestrado. A atividade teve por objetivo aproximar os discentes da técnica de grupo focal que foi desenvolvida com profissionais de saúde da UBS de Rio Pardo.

As atividades possibilitaram a interação dos pós-graduandos com membros da equipe de saúde que atua na localidade, propiciando a aproximação da pesquisadora com a realidade local, seu modo de vida, as doenças prevalentes e as principais queixas a respeito de saúde.

De forma a conhecer o contexto de estudo, a pesquisadora realizou a coleta de dados ao longo de um período de seis meses com deslocamentos intermitentes à comunidade. Os dados foram obtidos por meio de múltiplas fontes, compreendendo revisão das notificações de casos febris pela unidade de

saúde, revisão de prontuários da população cadastrada na UBS e observação do funcionamento da unidade, em particular das rotinas no atendimento aos febris e entrevistas domiciliares realizadas com os residentes nos ramais do assentamento que tiveram quadros febris em 2018.

Figura 3. Processo de seleção dos sujeitos participantes da pesquisa



Fonte: elaborado pelos autores

Os casos febris foram inicialmente identificados por meio das notificações feitas pelo serviço de vigilância de malária na Unidade Básica de Saúde (UBS) implantada no assentamento. Em seguida, comparou-se a listagem de casos febris registrados com o cadastro de usuários da UBS, na busca de garantir a identificação do total de febris, pois a vigilância implantada na unidade prioriza a identificação dos casos positivos para malária, dando menor atenção àqueles cujos exames de pesquisa de *Plasmodium* tiveram resultados negativos. O procedimento permitiu abranger todos os febris, independentemente da doença de base que originou o sintoma.

A observação da unidade de saúde propiciou a obtenção de dados relativos ao funcionamento daquele serviço por período equivalente a um mês de atendimento. Foram realizadas várias visitas de observação na unidade de saúde, tanto em dias com atendimento médico, quanto naqueles em que apenas o agente de endemias se fazia presente para o atendimento. Os resultados obtidos a partir da observação foram registrados em diário de campo, tornando possível reconstruir as rotinas de atendimento, além de traçar um fluxograma dos atendimentos dos casos febris a fim de compreender o trajeto percorrido pelos febris na unidade de saúde.

O passo seguinte foi a localização física das residências dos febris, feita por meio das visitas domiciliares guiadas pelos agentes de saúde. Nessa fase, narrativas sobre as concepções e vivências com as doenças febris foram obtidas por meio de entrevistas realizadas de modo intermitente ao longo de seis meses, totalizando 34hs de áudio gravados.

As entrevistas foram guiadas por um roteiro estruturado, enfocando o conceito nativo de febre, os diagnósticos formulados pelos membros da comunidade, as explicações dos entrevistados sobre os modos de produção das doenças febris, as estratégias de prevenção e cuidados com os agravos com manifestações febris, tal como percebidos pelos comunitários.

As entrevistas foram gravadas e transcritas pela autora, sendo cada participante identificado por um número ordinal a fim de garantir o anonimato.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2004), sendo obedecidas às etapas de pré análise com leitura flutuante, exploração do material transcrito com a criação de unidades de contexto e unidades de registro no processo de categorização dos dados. Posteriormente foi realizada a interpretação dos resultados catalogados, relacionando-se a percepção dos moradores para cada categoria febril identificada e seus respectivos itinerários terapêuticos (BARDIN, 2004).

Na fase da pré análise, foi feita a leitura flutuante do conjunto de dados. A segunda fase consistiu-se na codificação, sendo os dados agrupados com base nas unidades temáticas que emergiram do material de campo.

Posteriormente, estas unidades temáticas deram origem um conjunto de três núcleos de sentido agrupados segundo a similaridade dos discursos. Essa etapa de categorização permitiu classificar e agrupar os núcleos de sentido segundo características comuns, possibilitando a realização de inferências que permitissem interpretar os dados à luz do referencial teórico de itinerário terapêutico. Tal como enunciado por Alves e Souza (1999) o itinerário terapêutico foi entendido nesta fase como o processo pelos quais indivíduos e

grupos buscam, avaliam e aderem os tratamentos, aí incluindo a influência que os fatores socioculturais exercem nas suas escolhas (ALVES; SOUZA, 1999).

Outro ponto de apoio teórico a guiar a análise foi o de autoatenção proposto por Menendez (2005; 2009). Para o autor, o conceito de sistema de autoatenção diz respeito aos significados e práticas de cuidado, tanto em nível de grupo, quanto em nível de sujeito, na busca de explicar, aliviar, curar ou prevenir os agravos em saúde. O mesmo autor atribui aos sistemas de autoatenção os sentidos amplo e restrito, em que o restrito diz respeito às práticas intencionais e autônomas das pessoas e o amplo à forma como a coletividade se relaciona com o mundo, não se vinculando apenas à prevenção e cura de doenças.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com parecer CAAE-0 1761218.4.0000.5015.

5. APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

5.1 Artigo: SAÚDE RURAL: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO NAS FEBRES COMO UMA CONSTRUÇÃO SOCIOCULTURAL

SAÚDE RURAL: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO NAS FEBRES COMO UMA CONSTRUÇÃO SOCIOCULTURAL

Resumo

A saúde rural não deve ser pensada como uma mera reprodução do modelo urbano, mas como uma população com suas singularidades¹. Conhecer a situação de saúde destas populações, os desafios e as estratégias adotadas na Atenção Primária à Saúde (APS) contribui para a compreensão de necessidades que possam ser sanadas a fim de garantir o direito à saúde para todos². **Objetivo:** Investigar as percepções e práticas de itinerários terapêuticos de sintomáticos febris residentes em assentamento rural no Amazonas. **Metodologia:** Estudo qualitativo desenvolvido com 100 usuários atendidos nos serviços de controle de malária no assentamento rural Rio Pardo, município Presidente Figueiredo- Amazonas. Os dados foram coletados mediante entrevistas e observação com declarantes de manifestação febril no ano de 2018 identificados pelo serviço de saúde da comunidade e seus colaboradores. Foram investigadas as percepções e cuidados nos casos febris, abrangendo o itinerário terapêutico percorrido pelos febris. **Resultados:** A elevada imputação da malária como causa de febre se traduz em busca do serviço de controle da malária como primeira opção no itinerário terapêutico, em que pese a dificuldade de distinção entre febre por malária ou outra origem. Informantes também

reconhecem “gripe” e a categoria genérica “virose”. Se positivo para malária, instala-se o tratamento, mas não há resposta diagnóstica ou terapêutica para os resultados negativos no exame. Simultaneamente os febris acionam alternativas do sistema de autoatenção, motivados não apenas pela falta de diagnóstico para outras doenças febris, mas também em casos diagnosticados e tratados de malária. A chamada “virose”, entendida como uma das causas de febre, tem sua gênese interpretada como resultado da exposição às bruscas variações de temperatura a que os trabalhadores rurais estão expostos, sendo distinguida da malária apenas pela negatividade do exame de gota espessa. Já a distinção com a gripe é feita em decorrência da ausência de sintomas respiratórios e a curta duração dos quadros, tidos como característicos da gripe. **Conclusão:** Os dados revelaram uma fragilidade frente ao diagnóstico e tratamento de quadros febris não maláricos na APS, ao mesmo tempo que esta reforça outras práticas de cuidados que constituem o sistema de autoatenção. Este trabalho possibilita reconstituir o itinerário para além do olhar terapêutico, de forma que a abrangência como um itinerário de cuidados possibilita contemplar as medidas de proteção, cura e alívio frente ao fenômeno da febre.

Palavras- chave: Saúde Rural, Febre, Vigilância em Saúde.

ABSTRACT

The health of rural, it should not be thought of as a mere reproduction of the model in urban areas, but also as a population with its singularidades. Get to know the health status of these populations, the challenges and the strategies to be adopted in Primary health care to Health care (PHC) is a major contributor to the understanding of the needs that have to be met in order to ensure that the right to health care todos. **Objective:** to Investigate the perceptions and practices of cycle therapy of symptomatic febrile residents in a rural settlement in the Amazon region. **Methods:** a qualitative Study was developed with 100 seats provided with the services in the control of malaria in the rural settlement of Rio Pardo, municipality, Presidente Figueiredo - Amazonas, Brazil. The data were collected by means of interviews and observation with the respondents of the onset of fever in the year of 2018 as identified by the health service of the community and its employees. Have been investigated in relation to the perception and attention to the cases with febrile, which includes the itinerary, the therapeutic taken by the feverish. **Results:** the results of the high attribution of malaria as cause of fever is reflected in the quest for the control of malaria, as the first choice on the route to therapeutic, in spite of the difficulty of distinguishing between fever, malaria, or any other source. The informants are in agreement with “the flu”, and the generic category of “virus”. If positive for malaria, which is installed in the processing, but there is no answer, diagnosis, or therapy, for a negative result on the test. At the same time the febrile cause the alternative of the system of the autoatenção, motivated not only by the lack of a diagnosis for other diseases and febrile, but also in the cases that were diagnosed and treated for malaria. The so-called “flu-like” is seen as one of the causes of a fever, as it has its genesis was interpreted as the result of exposure to sudden changes of temperature to which rural workers are exposed, this being distinguished from malaria only through the efforts of the examination of a drop of the thick. Already, the distinction in languages is made in view of the absence of respiratory symptoms and the relatively short length of the frame, be taken as typical of the flu. **Conclusion:** The data showed a weakness in front of the diagnosis, treatment, frames, febrile non-maláricas in the APS, while at the same time, this reinforces other types of care that make up the system autoatenção. This work makes it possible to retrace the route to in addition to look at just the therapeutic, that is, the inclusiveness as a path for care, makes it possible to consider the measures for the protection, healing, and relief in front of the phenomena of fever.

Key words: Rural Health, Fever, Health disease Surveillance

INTRODUÇÃO

A heterogeneidade das regiões brasileiras desafia a oferta e organização dos serviços de saúde de Atenção Primária à Saúde (APS), em particular frente à relativa homogeneidade das políticas públicas, pouco permeáveis às singularidades e necessidades de populações específicas que habitam no território nacional¹. De interesse para este artigo são as populações rurais que gozam de pouca atenção nas iniciativas do governo central no que diz respeito à interveniência no processo saúde-doença e à redução dos principais agravos que enfrentam².

Nos anos recentes as autoridades governamentais instituíram políticas voltadas para a melhoria das condições de vida nos espaços rurais. No campo da saúde essas iniciativas se concretizaram na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que na versão de 2012, instituiu as Equipes de Saúde Ribeirinhas (ESFR), para populações da Amazônia e do Pantanal, a serem atendidas por unidades móveis (embarcações sanitárias) responsáveis por efetivar extensão de cobertura para territórios cujo acesso é exclusivamente fluvial. Essa alternativa, que se manteve na versão de 2017 da PNAB^{3,4}, representa um avanço no atendimento às necessidades de saúde das populações rurais, embora se limite a contemplar apenas um grupo específico (as populações ribeirinhas), não se mostrando capaz de atender a um segmento mais amplo da sociodiversidade rural amazônica.

Outra iniciativa de relevo é a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta⁵ que veio à luz em 2011 e preconiza que a população rural não deve ser pensada como uma mera réplica do modo urbano de vida, mas como um grupo social com singularidades como a exposição diferenciada à riscos e agravos à saúde e o isolamento geográfico. Em que pese o avanço representado pelas premissas que orientam essa política seu texto expressa uma declaração de princípios de políticas de governo, mas não provê orientações capazes de guiar a atuação do SUS na provisão de atenção para

esses grupos populacionais.

Nessas circunstâncias pode-se dizer que as populações rurais ainda não contam com políticas adequadas para atendimento às suas necessidades de saúde, fato agravado pelo limitado conhecimento do multifacetado mosaico socioambiental do rural brasileiro em geral, e amazônico em particular. Assim sendo, o desenvolvimento de pesquisas voltadas para reconhecer a situação de saúde destas populações, os desafios que elas enfrentam e as estratégias que adotam na busca de solucionar seus problemas de saúde, podem contribuir para a compreensão de contextos onde se produzem saúde e doença e no desenvolvimento de políticas públicas comprometidas com a garantia do direito universal à saúde².

Para além do sistema biomédico as sociedades latino-americanas manejam diferentes formas de atenção à doença, utilizando meios variados para detecção de problemas de saúde e cura. Nessas circunstâncias se faz necessário conhecer tal diversidade do cuidado, não como forma de testar sua eficácia, mas para apreender suas características e modos de utilização uma vez que expressam visões diferenciadas de mundo e explicações singulares do adoecimento, podendo se consorciar ou se opor aos cuidados ofertados pelos sistemas oficiais de saúde⁶.

Nesse sentido, o conceito de autoatenção descrito por Menéndez⁷ se apresenta como meio de compreensão da gama de cuidados adotados por grupamentos sociais na busca de lidar com as ameaças à saúde, sem se restringir aos cuidados ofertados pelo sistema oficial de saúde. Segundo o autor, o sistema de autoatenção pode ser compreendido em dois níveis: amplo e restrito. O primeiro diz respeito aos modos de reprodução biossocial do grupo social e o segundo às práticas intencionais que visam preservar ou recuperar a saúde.

Na busca de compreender as formas de enfrentamento da doença por populações específicas é importante apreender o contexto em que são produzidas. Para tal fim deve-se levar em conta os trajetos percorridos pelas pessoas em busca de solucionar seus problemas de saúde compreendendo-se tais percursos como itinerários terapêuticos.

No Brasil estudos desses itinerários ganharam destaque por possibilitarem evidenciar os arranjos produzidos pelos doentes e suas famílias para lidar com dificuldades de acesso aos cuidados integrais à saúde, em diferentes situações na vida cotidiana⁸. Na caracterização da temática Gerhardt⁹ ressalta a influência do contexto sociocultural na moldagem dos percursos terapêuticos dos atores sociais na busca de lidar com seus problemas de saúde.

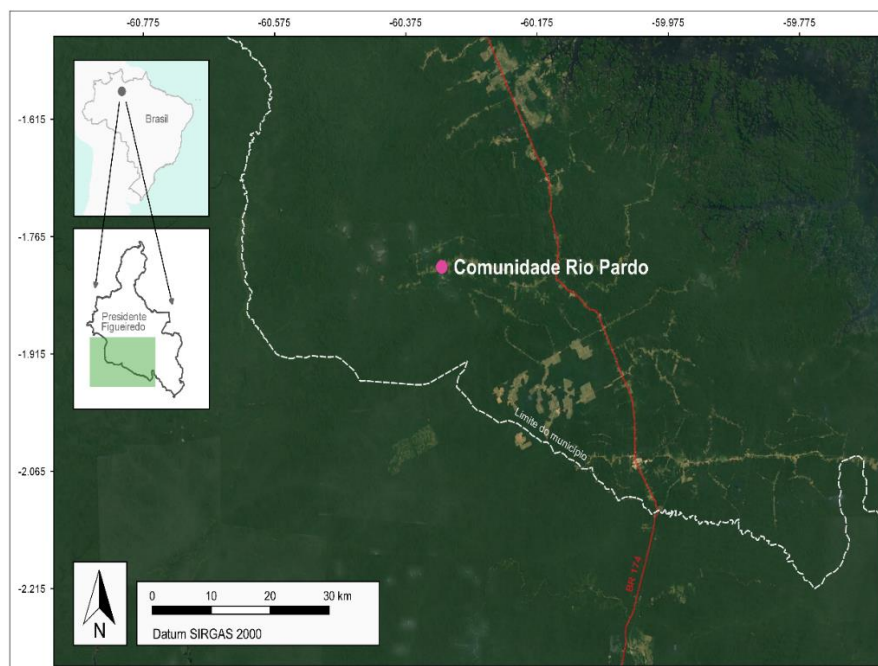
A escolha de Rio Pardo como local de pesquisa se deu por este apresentar simultaneamente características dos meios rurais amazônicos, ao lado de fortes influências do modo de vida urbano (RIBEIRO *et al*, 2016). As informações foram produzidas junto a uma população que vive no norte do país, espera-se que possa contribuir para ampliar o conhecimento sobre populações rurais e de suas necessidades de saúde, a serem atendidas pelas políticas públicas.

Este artigo busca analisar como o grupo estudado lida com as doenças febris, que sentidos atribui a elas e que itinerários terapêuticos instituiu na lide com esses agravos, seja através de cuidados produzidos na e pela própria comunidade, seja daqueles ofertados pelos serviços oficiais de saúde.

MÉTODOS

Os dados apresentados são referentes a pesquisa exploratória desenvolvida através de um estudo de caso de abordagem qualitativa realizada no Assentamento Rural de Rio Pardo, área rural do município de Presidente Figueiredo localizado a cerca de 145 km de Manaus. A coleta de dados foi efetuada entre abril e setembro de 2019.

Figura 4. Mapa do Brasil (A) , destacando o Município de Presidente Figueiredo (B) e o assentamento rural de Rio Pardo (C).



Fonte: Elaborado pelos autores

A população estudada totalizou 100 pessoas, representando 18,7% da população assentada num universo de 534 habitantes de Rio Pardo em 2018 e 100 % dos atendidos na UBS local que apresentaram quadro febril em 2018. Dos casos estudados 53 ocorreram entre mulheres e 47 em homens.

Os critérios de inclusão foram ter idade igual ou superior a 18 anos; ter apresentado quadro febril no período de até 12 meses do início da coleta de dados; e anuência em participar do estudo. Não houve recusas. Foram excluídos os menores de 18 anos e aqueles sem história febril em questão.

Os dados foram obtidos através de múltiplas fontes, compreendendo as notificações de casos febris pela unidade de saúde, revisão de prontuários da população cadastrada na UBS e observação do funcionamento da unidade, em particular das rotinas no atendimento aos febris, além de entrevistas domiciliares realizadas com os residentes nos ramais do assentamento incluídos na pesquisa.

Os casos febris foram inicialmente identificados através de revisão das notificações feitas pelo serviço de vigilância da malária na Unidade Básica de

Saúde (UBS) implantada no assentamento. Em seguida comparou-se a listagem de casos febris registrados com o cadastro de usuários da UBS. O procedimento buscou garantir a identificação do universo de febris, já que a vigilância implantada na unidade prioriza a identificação dos casos positivos para malária dando menor atenção aos febris com exames negativos. O procedimento permitiu abranger todos os febris, independentemente da doença de base que originou o sintoma.

O passo seguinte foi a localização física dos febris, feita através de visitas domiciliares guiadas pelos agentes de saúde. Foram coletadas as narrativas dos febris através de entrevistas realizadas de modo intermitente ao longo de seis meses, totalizando 34hs de áudios gravados. As entrevistas contaram com roteiro estruturado enfocando o conceito popular de febre, as simbolizações sobre as manifestações febris, os diagnósticos formulados pelos membros da comunidade, bem como as ideias dos febris e suas famílias sobre a transmissão de doenças febris, prevenção e cuidados aos agravos com manifestações febris na comunidade.

A observação do cotidiano da UBS propiciou a obtenção de dados relativos ao funcionamento do serviço de saúde por período equivalente a um mês de atendimento. Foram realizadas visitas à unidade de saúde tanto em dias com atendimento médico, quanto naqueles em que apenas o agente de endemias se fazia presente para o atendimento. Os resultados obtidos a partir da observação foram registrados em diário de campo, tornando possível traçar um fluxograma de atendimento dos casos febris a fim de apreender o fluxo percorrido pelos febris na unidade de saúde.

Os dados obtidos foram gravados e transcritos; cada participante foi identificado por um número ordinal a fim de garantir o anonimato. A análise do material obtido foi guiada pela técnica de análise de conteúdo de Bardin¹⁰, sendo obedecidas às etapas de pré análise com leitura flutuante, exploração do material transcrito com a criação de unidades de contexto e unidades de registro no processo de categorização dos dados.

Na fase da pré-análise as narrativas foram transcritas na íntegra, possibilitando a leitura flutuante do conjunto de dados. Na segunda fase os dados foram agrupados com base nas unidades temáticas que emergiram do

material de campo. Tais unidades temáticas deram origem um conjunto de 4 núcleos de sentido que emergiram dos discursos, sendo eles: *Quando tem febre vai no posto logo; Febre não dá à toa; Cuidados aos doentes de malária:ressignificando saberes; Itinerário terapêutico nas febres.*

As narrativas possibilitaram a realização de inferências que orientaram a interpretação dos dados à luz do referencial teórico adotado na pesquisa. A interpretação dos resultados obtidos correlacionou os significados atribuídos aos eventos febris e itinerário terapêutico seguido pelos doentes ao sistema da autoatenção instituído em Rio Pardo.

O estudo foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer CAAE- 0 1761218.4.0000.5015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Rio Pardo é uma localidade formada nos anos de 1996, como parte de uma iniciativa governamental que induziu a ocupação de certos espaços da Amazônia mediante a mobilização de famílias despossuídas de terra, oriundas de diversas regiões do Brasil. Os critérios utilizados pelo Instituto Nacional da Reforma Agrária (INCRA) para selecionar as famílias que formaram o assentamento são desconhecidos, entretanto, a composição original de Rio Pardo se baseou numa reunião heterodoxa de famílias oriundas de diversos locais, tanto rurais quanto urbanos, incluindo tanto municípios do interior do Amazonas, quanto outras unidades federadas não amazônicas¹¹.

Essa formação relativamente recente e artificialmente induzida pela interveniência de um órgão de governo imprimiu marcas decisivas na socio diversidade de Rio Pardo. A reunião díspar de grupos familiares de origens variadas gerou modos distintos de se relacionar com a natureza, variando desde famílias com bom conhecimento do ambiente de floresta, capazes de obter dele sua subsistência, até o extremo oposto, representado por famílias de origem urbana, sem experiência prévia com agricultura ou com o ambiente natural amazônico. Nessas circunstâncias o último grupo não dispõe de conhecimentos e habilidades que lhe permita extrair da natureza os meios de subsistência ou recursos terapêuticos, sendo fortemente dependente dos recursos

biomédicos alocados no assentamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A característica da origem dessas famílias influencia as novas gerações a procurar postos de trabalho assalariado na sede municipal mais próxima, tornando o assentamento rural uma espécie de localidade dormitório.

As características sociológicas de Rio Pardo têm implicações na produção de representações e práticas sobre o processo saúde e doença, em particular no que diz respeito ao conhecimento das doenças febris e aos modos de intervenção sobre elas.

Em termos epidemiológicos a ocorrência de casos febris em Rio Pardo é bastante relevante. A revisão dos dados da Unidade Básica de Saúde evidenciou a notificação de 2.675 casos febris em 2017, dos quais apenas 196 (7,3%) foram confirmados como casos de malária. Em 2018 foram notificados 1264 casos febris, sendo que somente 40 casos (3,1%) foram confirmados como ocorrência de malária.

Tais dados sugerem que, embora a malária possa ser doença relevante no cenário epidemiológico local, a etiologia das doenças febris certamente abrange outros agentes infecciosos não diagnosticados pela UBS local. Nesse contexto, adquire relevância a suspeita de que as arboviroses possam responder por fração expressiva dos casos febris. Inquérito sorológico realizado no assentamento, entre 2006 a 2007, comprovou a circulação de outros agentes causadores de doenças febris, como o arbovírus *Mayaro*, responsável por 44% dos casos febris ocorridos naquele período¹².

Um dos espaços relevantes para o entendimento da dinâmica de ocorrência das febres em Rio Pardo é a UBS ali implantada. A unidade de saúde conta com uma equipe composta por dois Agentes de Endemias, duas Agentes Comunitárias de Saúde e uma microscopista. A presença desses profissionais na unidade de saúde é diária e eles são tidos como referências no cuidado ofertado. A comunidade também recebe visita semanal de uma equipe composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um dentista e um técnico de saúde bucal. O atendimento médico semanal e os recursos diagnósticos que se restringem à pesquisa de *plasmodium* contribuem para a invisibilidade de agravos decorrentes de outros agentes etiológicos e para a

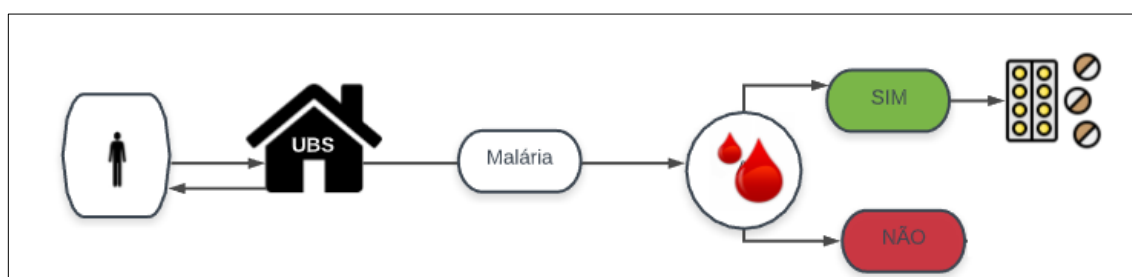
escassez de ações capazes de responder às necessidades de saúde da população, no que diz respeito às doenças febris.

“Quando tem febre vai no posto logo”

A compreensão da dinâmica de funcionamento do sistema de saúde da comunidade remete aos serviços ofertados para o tratamento das doenças febris. Sendo a busca ao serviço oficial de saúde um dos caminhos percorridos no itinerário terapêutico, faz-se necessário contextualizar o funcionamento da rede de assistência oferecida em Rio Pardo.

A observação da UBS possibilitou a construção do fluxograma abaixo, através do qual buscou-se sistematizar o processo de trabalho para o atendimento em casos febris e o fluxo percorrido pelos pacientes na unidade.

Figura 5. Fluxograma de atendimentos de casos febris.



Fonte: Elaborado pelos autores

Quando um febril é atendido na unidade a primeira providência é mensurar a febre através de termômetros, que habitualmente não estão disponíveis nos domicílios. Uma vez constatada a febre através dos critérios biomédicos o sintomático é levado ao exame de gota espessa para identificar se é caso de malária. O acesso à pesquisa de Plasmodium tanto pode ocorrer por demanda espontânea de febris, como acima descrito, quanto por busca ativa de sintomáticos e assintomáticos que é realizada nos domicílios pelos agentes de

endemias, sempre o que recrudescer o número de casos de malária no assentamento. Entretanto, a demanda espontânea pelos febris é fortemente mediada pela percepção da população sobre a febre, podendo ser precoce caso identifiquem que o sintoma pode decorrer da malária, ou tardia, caso atribuam outra origem à febre.

As limitações dos recursos complementares de diagnóstico disponíveis na UBS não permitem garantir atendimento integral aos casos febris. Após a realização do exame de gota espessa são registrados como casos e conduzidos ao tratamento somente as pessoas com resultado positivo para malária. Na ocorrência de resultados negativos na pesquisa de malária, tais casos febris também são notificados à Fundação de Vigilância em Saúde, sendo contabilizados nos dados de produtividade da unidade. Entretanto, a investigação dos casos com resultados negativos não prossegue, procedendo-se apenas a prescrição de medicamentos sintomáticos nas situações em que a investigação de malária resulte negativa.

As limitações dos cuidados biomédicos ofertados em Rio Pardo resultam em elevada imputação da malária como causa das febres que ali ocorrem. Embora não seja a única razão para a existência de um sistema de autoatenção em Rio Pardo, a limitação das alternativas diagnósticas e terapêuticas no sistema oficial de saúde contribui para que a população ali residente busque recursos próprios de seu sistema de autoatenção para resolver seus problemas de saúde, em particular quando reconhecem que seus sinais e sintomas febris não decorrem da malária.

A busca ao serviço oficial de saúde em dias de atendimento da equipe médica itinerante possibilita o acesso à medicamentos não disponibilizados rotineiramente na unidade. Em contrapartida, nos demais dias a população não tem acesso a fármacos, exceto os antimaláricos. Ainda assim, contam com certa cumplicidade de parte dos agentes comunitários que atuam diariamente na UBS, os quais, diante da necessidade dos usuários costumam dispensar medicamentos por conta própria, mesmo sem prescrição médica, frente aos casos febris.

Essa prestação de cuidados vai além da disponibilização de fármacos. Uma ACS prepara chás para distribuição aos febris da comunidade, buscando

alternativas ao limitado leque de procedimentos disponibilizados na unidade de saúde. Estes atores assumem papéis sociais que extrapolam aqueles prescritos em seus ambientes de trabalho, incorporando-se, deliberadamente ou não, ao sistema de autoatenção da população de Rio Pardo.

“A febre não dá à toa”

A compreensão de determinado agravo por uma população se dá através de uma construção mental de modelos etiológicos oriundos de saberes socialmente compartilhados, nos quais a ciência médica, a história, a cultura do grupo e o imaginário social se encontram¹³.

Nessas circunstâncias é de se pressupor a existência de diferentes modelos interpretativos de doença e de seus sintomas numa mesma sociedade¹⁴. Dentre os modelos interpretativos possíveis, o modelo biomédico, hegemônico no mundo ocidental, caracteriza a febre como o aumento da temperatura axilar acima de 37,8 °C. Ela é entendida como um sinal físico que expressa um mecanismo de defesa corporal em luta contra microrganismos invasores¹⁵.

Porém, para a população pesquisada a noção de febre é muito mais ampla que aquela moldada pela concepção biomédica. Entre os entrevistados de Rio Pardo a febre não é apenas um sinal de doença objetivamente percebido, mas é entendida como a própria doença. Sua causalidade é atribuída à múltiplas fontes, como o ambiente, os vetores que nele habitam e à processos infecciosos pouco específicos cujo reconhecimento se dá pela própria eclosão da febre.

Em Rio Pardo a febre também é entendida como resultado da interação malsucedida de pessoas com o entorno natural. Mudanças de temperatura, em especial o calor excessivo, são apontadas como causadoras de quadros febris. O termo “vírus” também emergiu das falas dos entrevistados como uma categoria nativa, denotando uma circulação expressiva do discurso biomédico na localidade, embora um tanto modificada já que o vento é tido como agente causal de viroses capazes de causar doenças febris.

O reconhecimento da existência de vírus disseminados no ar está associado a uma condição corriqueira de doença febril, emergindo em narrativas

como a que se segue: “*A febre normal é um vírus que pega no ar*” (E19). A fala reforça a ideia de que a febre é vista como uma doença e não como um sintoma; mas traz também a uma contradição de termos expressa no reconhecimento, pelos entrevistados, da existência de uma “febre normal”, exigindo um aprofundamento dessa noção.

Novas inquirições aos entrevistados permitiram entender que para estes, haveria um conjunto de doenças febris relativamente comuns, agrupadas num amplo leque que comporta tanto gripes e resfriados, quanto as “virose” que de tempos em tempos acometeriam a população. O termo virose expressa uma taxonomia introduzida pelos agentes da biomedicina que atuam na unidade de saúde, os quais adotam tal terminologia para designar quadros febris cuja etiologia específica não conseguiram elucidar. Já as chamadas “febres normais” são associadas a doenças transmitidas por mosquitos. No que diz respeito a esses transmissores, os entrevistados distinguem uma imputação de responsabilidade que tanto pode ocorrer através de picadas, quanto pela ingestão de larvas e ovos depositados na água, provocando doença.

Em seu esforço para sistematizar os modelos explicativos sobre a etiologia da doença Laplantine¹⁶ apontou como modelo típico da explicação causal das doenças infecciosas aquilo que chamou de modelo ontológico no qual um agente nocivo invade um corpo saudável convertendo-o em corpo doente, sendo a febre uma expressão desse transtorno.

Esse modelo explicativo no qual um ser estranho invade e altera o corpo de um sujeito guarda correspondência com a interpretação de doença encontrada em Rio Pardo. Ali os entrevistados explicam a ocorrência de certas febres como o resultado do esforço do organismo para fazer frente a um processo infeccioso ou inflamatório desencadeado pela picada de um inseto que “[...] *infecciona as glândulas que a gente tem no corpo*” (E27) resultando em doença febril.

Esta interpretação traz implícita a ideia de que uma doença proveniente de causas exógenas passa a se constituir em algo alojado no corpo, convertendo-se num processo endógeno. Tal concepção é exemplificada através da ideia de que a malária fica alojada no fígado e que a ingestão de determinados alimentos e bebidas geraria uma recaída da doença.

Aí o pessoal não toma certo [remédio para malária]; uma hora toma e noutra não toma. Aí a doença fica no fígado. Antes de sarar tá comendo coisa que não adianta. É o segredo isso aí. Porque ela fica no fígado e se não cuidar ela volta de novo. Ela volta e volta de novo. Isso eu digo que eu tenho experiência. Você duvida, aí chupa cana; eu pego um pedaço de cana e fico doente de novo (E44)

Porque eu acho também assim porque a malária, ela fica no fígado, né? Tem uns que fica encubado, né? Aí... acho que tem gente que come comida reimosa, aquelas coisas, né? Aí bota [a malária] para fora (E62)

A percepção deste aspecto endógeno relacionado à doença leva as pessoas a crerem que determinados comportamentos como a ingestão de bebida alcoólica também contribuem para o reaparecimento dos sintomas, um sinal indicativo de uma possível recaída, que também pode não ocorrer.

Então, como ele não tinha tomado os dois medicamentos, era para ter voltado, né? Porque ele bebeu. E a bebida também, faz com que volte. Comeu coisa reimosa. Era para ter voltado, mas não voltou (E73)

Entretanto o modelo ontológico não é o único acionado pelos os entrevistados. Na imputação causal das febres atribuídas à interação com o ambiente os entrevistados entendem que a exposição recorrente e/ou continuada às altas temperaturas pode “forçar demais o corpo” (E19) e que tal condição pode, sozinha ou associada a outros fatores corporais internos resultar em doença febril. Este modelo explicativo, caracterizado por Laplantine¹⁶ como modelo endógeno de causalidade de doença, seria mais frequente entre agricultores que têm grande exposição cotidiana ao sol e ao calor. Os entrevistados também acreditam que o desequilíbrio corporal desencadeado numa interação desfavorável com o meio ambiente pode ser exacerbado por

carências alimentares como a “*falta de vitaminas*” (sic), tornando-os mais susceptíveis à ocorrência de febres.

A compreensão das febres em Rio Pardo é fortemente mediada pelos conhecimentos advindos do sistema biomédico que parecem ter ampla circulação no tecido social. Mas os moradores de Rio Pardo não se limitam a reproduzir as noções biomédicas. Eles agregam a tais interpretações suas vivências com as doenças, atualizam noções populares e de outras formas de medicinas tradicionais, enriquecendo as concepções sobre as doenças febris.

Considerando a origem díspar de boa parte dos moradores, os modos rarefeitos de interação entre as famílias e a história relativamente curta de formação do assentamento, torna-se compreensível porque o conjunto de achados da pesquisa tem o saber biomédico como principal elo de união na interpretação das febres. O material levantado sugere que o grupo de Rio Pardo carece de vivências e interpretações partilhadas que propiciasse a produção de um sistema consistente de representações sociais sobre as febres, capaz de ofertar um sistema alternativo de interpretações distintas daquele provido pelos saberes da medicina oficial.

Práticas de cuidados na malária: ressignificando saberes

Nos dados coletados a adoção de medidas específicas de proteção se expressaram de modo mais estruturado em torno da malária, talvez em consonância com as medidas biomédicas de prevenção deste agravo que são igualmente lógicas e normatizadas. Assim sendo, os cuidados preconizados abrangem a recomendação de uso de mosquiteiros, repelentes, evitar a exposição ao ar livre em certos horários, etc.

Nas narrativas relativas a estas medidas de proteção se observou a reprodução de práticas realizadas pelos serviços de saúde, bem como a ressignificação do processo de transmissão da malária, quando agregam saberes provenientes das vivências de outras doenças de base. Consideramos as práticas de proteção como parte inerente às estratégias de enfrentamento das doenças febris presentes no contexto do assentamento Rio Pardo.

Entretanto, há variabilidade no entendimento dos mecanismos de

transmissão da malária, abrangendo a supracitada ideia de que a ingestão de ovos e larvas de mosquito pode ocasionar a doença. Tal interpretação leva, em consequência, à adoção de medidas preventivas que a unidade de saúde não adota para a prevenção da malária, como manter tampados os recipientes com a água consumida e um ambiente domiciliar limpo. As famílias também adotam certas práticas que reproduzem medidas de controle vetorial, o chamado “fumacê”. Assim, praticam a queima de materiais orgânicos e pneus nas proximidades dos domicílios, buscando produzir fumaça para espantar os mosquitos tidos como transmissores.

A fumaça sobe; aí ela entranha na folha e o cheiro dela espanta. Ele [o mosquito] sai e não consegue sentar. Foi o médico do [hospital] Tropical que me falou (E16)

O uso de mosquiteiros chamados pelos participantes de “cortinados” também é percebido como um relevante instrumento de prevenção contra a picada do mosquito. Paralelamente recomenda-se também a restrição de alimentos caracterizados como “reimosos”; a abstinência a eles é tida como uma medida para prevenir a recidiva da doença. A noção de “reima”, amplamente disseminada na Amazônia, resulta na restrição a certos tipos de alimentos tidos como perigosos, por serem agressivos ao corpo ou por dificultarem o processo de cura das doenças¹⁷.

Itinerário terapêutico nas febres

A ocorrência da febre dispara um conjunto de cuidados que instituirão múltiplos, e por vezes concomitantes, itinerários terapêuticos. Os itinerários terapêuticos são descritos por Gerhardt⁹ como práticas individuais e sócio-culturais realizadas no intuito de solucionar problemas de saúde. A partir de sintomas físicos ou até psíquicos reconhecidos como tal, a população se depara com um complexo processo de escolha, avaliação, aderência ou recusa a tratamentos. Tais escolhas são fortemente mediadas pelo contexto em que as

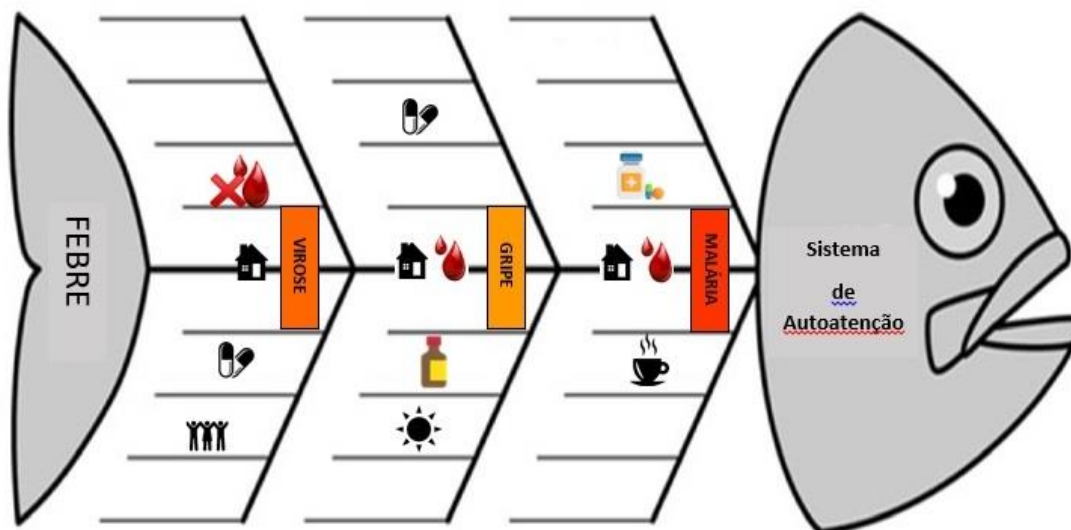
pessoas vivem e pelas possibilidades de acesso aos cuidados disponíveis para elas.

É necessário reconhecer que a busca de cuidados se diferencia de uma pessoa para a outra, ou até mesmo em episódios diferentes de uma mesma doença, pois os trajetos seguidos nos itinerários são definidos por variáveis sociais, econômicas, psicológicas parcialmente controladas pelos sujeitos. Assim sendo, os percursos seguidos pelos usuários não devem ser pensados de forma linear, mas sim como múltiplas vias interligadas nas quais se buscam e ofertam cuidados de saúde⁹.

A adesão ao modelo de autoatenção proposto por Eduardo Menéndez¹⁸ permite enriquecer e tornar mais fiel a apresentação dos itinerários terapêuticos, na medida em que propicia a inclusão, não apenas das atividades ofertadas na unidade básica de saúde, mas também aquelas autonomamente produzidas pelas famílias. Do ponto de vista da população, tais medidas – oriundas de sistemas de conhecimento muito distintos – não competem entre si, mas interagem e se retroalimentam no dia a dia das famílias.

A Figura 3 permite evidenciar diversas formas de cuidado acionadas no itinerário terapêutico, que representamos na figura de um peixe, frente à ocorrência da febre. O diagrama contribui para elucidar o movimento de busca de cuidados à saúde regido pelo sistema de autoatenção. Não se pretende aqui caracterizar tal itinerário como um processo rígido e linearmente ordenado e sim demonstrar que doenças como a malária, virose e gripe - representadas na espinha dorsal do peixe – representam o principal eixo de expressão das febres para a população pesquisada em Rio Pardo e ordenam a busca de cuidados acionada quando de sua ocorrência. .

Figura 6. Itinerários Terapêuticos do Sistema de Autoatenção às Febres em Rio Pardo



Fonte: Elaboração dos autores.

A necessidade de identificar a causa de um episódio febril molda em grande medida o itinerário seguido pelo doente e sua família na tentativa de solucionar o problema de saúde. O perfil da UBS anteriormente apresentado, leva as pessoas a buscar a investigação da malária como o primeiro patamar percorrido pelo febril ao acionar o sistema biomédico de cuidados, na busca de diagnóstico e tratamento de seus sintomas. Uma vez realizado o exame, caso seu resultado seja positivo o tratamento padrão é instituído de imediato, independentemente da presença de médico na unidade, segundo as normas do Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (PNCM)¹⁹.

Entretanto, mesmo que o diagnóstico de malária seja confirmado o tratamento instituído na unidade não é considerado suficiente para os doentes e suas famílias. Estes buscam pluralizar os cuidados, instituindo medidas adicionais como chás e outros fitoterápicos, não raro em busca de combater os efeitos da doença ou ao próprio tratamento contra a malária.

Depois que toma a pílula, a dor de cabeça passa, a febre passa. Agora, dá uma dor de estômago, que Deus me livre! Por isso que eu tenho lá em casa a salvia de Marajó, pra dor de estômago (E18)

Depois que eu furei o dedo e deu positivo eu tomei o remédio. Mas, aí depois foi só o chá pro estômago, porque o estômago fica muito inchado de tanta malária (E15)

Os depoimentos mostram o reconhecimento não apenas da febre, mas também de sintomas gástricos, ora associados ao medicamento, ora associados à doença, o que contribui para que se lance mão de uma pluralidade de recursos terapêuticos demonstrando que a atuação dos agentes do sistema médico oficial é incorporada pela população ao seu sistema de autoatenção que seleciona os cuidados que deseja obter e adiciona outros recursos terapêuticos que considera necessários.

Os casos em que o exame de malária dê um resultado negativo obrigam os febris e suas famílias a buscarem alternativas, tanto diagnósticas quanto terapêuticas, já que o serviço de saúde pouco auxílio lhes oferece nesse quesito. Conforme dito anteriormente o mais comum é que profissionais e usuários lancem mão da categoria genérica “virose”, que é habitualmente utilizada para designar uma doença febril para a qual não se tem diagnóstico. A similaridade na sintomatologia das doenças febris, ao lado da ausência de recursos complementares de diagnóstico tornam a distinção das febres que não decorram da malária um desafio para a população pesquisada:

Tá difícil! são muito parecidas essas viroses; bem parecidas. Tanto é que a gente já pensa... tá com malária, porque de tanto pegar malária a gente já acha que é malária. Os sintomas são os mesmos, a dor na cabeça é a mesma; a febre o mesmo; o frio do mesmo jeito. Faz lâmina e não dá nada; não é malária. [...]Mas a gente de cara não tá conseguindo identificar o que é a malária. Não; pela febre não dá. Tem muitas febres; tudo muito parecido (E36)

Se a dificuldade de diferenciação reforça a necessidade de ida ao serviço de saúde como forma de descartar a possibilidade de malária, o resultado negativo deixa as pessoas sem resposta da medicina oficial. A negatividade do resultado do exame reforça a necessidade de acionar outros recursos do sistema

de autoatenção, mediante iniciativas como a automedicação, através de fármacos adquiridos em comércios da comunidade, ou trazidos por moradores que se deslocam até farmácias da sede municipal mais próxima. Tal viagem representa um percurso de 2 horas em transporte pago com recursos próprios, tendo em vista a precariedade de transporte público. Por estas razões as famílias tendem a postergar essa alternativa.

Já a febre que evolui com os sinais e sintomas de gripe é referida pelos entrevistados como a de mais fácil identificação, frente às alterações respiratórias características do quadro de secreção nasal e tosse subsequentes ou concomitantes à febre. Neste caso também predominam as práticas de automedicação, com uso de antitérmicos associados ou não aos chás que compõem o mosaico dos cuidados com a gripe. A observação evidenciou que o uso de fitoterápicos, usados para “acalmar” a febre, não é generalizado, restringindo-se à população que mora em área nas proximidades do igarapé, onde se concentram as famílias com maior tempo de moradia no assentamento.

Chá de erva-cidreira, chá de capim santo, são calmantes. O comprimido serve pro corpo da gente, né? O corpo físico tá agitado com aquela febre, aí o chá acalma, né? (E18)

Ainda como parte do arsenal de cuidados com a gripe assinala-se o xarope caseiro também chamado de “lambedor” produzido pelas famílias para tratar a tosse.

A racionalidade subjacente aos trajetos terapêuticos congrega vários fatores de influência. Um que se faz necessário levar em conta é a distância entre os domicílios e a unidade de saúde, a ser percorrida pelos febris. No caso dos moradores de terra firme, que devem percorrer o trajeto à pé, a distância pode se tornar uma importante barreira, pois a falta de transporte público ou próprio obriga o febril a se deslocar por distâncias de até 8 km para alcançar a unidade de saúde. Já os moradores da área do igarapé precisam se deslocar por via fluvial, num trajeto que pode durar até duas horas, somando-se a este o deslocamento terrestre para chegar até a UBS.

O fator distancia associado a limitada resolutividade do conjunto de agravos com manifestações febris e a restrita oferta de atendimento médico que

ocorre somente uma vez por semana, contribuem para que a busca ao serviço de saúde seja postergada. Tais barreiras de acesso influenciam as famílias a criar alternativas autônomas capazes de gerar respostas imediatas aos seus problemas de saúde.

No que diz respeito às características e práticas dos sujeitos pesquisados em Rio Pardo no cuidado com as febres, embora as interpretações e práticas a elas relacionadas sejam perpassadas pela lógica biomédica, não se limitam a ela. Segundo Menendez (2016), a evidência da diversidade cultural coexistindo num mesmo território reflete uma tendência global de incorporação da interculturalidade no discurso e nas práticas de saúde pública, também entendidas na política de saúde brasileira como o “direito à diferença”.

O conceito de saúde intercultural propõe que, ao invés de dominação ou hegemonia entre os saberes da biomedicina e da medicina tradicional, se reconheça a pluralidade de saberes e cuidados em saúde utilizados pela população. Permanentes e com profundidade histórica, tais processos culturais se constroem a partir dos encontros entre diagnósticos e cuidados promovidos por grupos sociais possuidores de visões de mundo diferentes daquelas vigentes no mundo “ocidental”. Tais práticas abrangem simultaneamente conceitos e produtos de sistemas heteróclitos de conhecimento, frequentemente considerados incompatíveis pelos agentes da biomedicina, mas perfeitamente acomodáveis na lógica partilhada pela população ao instituírem cuidados aos seus problemas de saúde¹⁴.

Há que se considerar na população estudada a penetração significativa de produtos e conceitos biomédicos na vida cotidiana, sendo observadas práticas de automedicação que se pautam pela oferta de cuidados da UBS, ou que buscam superá-la, por se mostrar incapaz de suprir as demandas de saúde em Rio Pardo. Ali, a frágil e recente interação socioambiental das famílias entre si e com o ecossistema local, molda significativamente as características e modos de atuar do sistema de autoatenção instituído no assentamento.

Por fim, cabe assinalar que a falta de recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis para elucidar as febres oriundas de outras etiologias, quando não se confirma o diagnóstico de malária, exemplifica um cenário de carências sanitárias. As febres de outras etiologias despontam como problemas sanitários

preponderantes frente aos achados do inquérito sorológico realizado em Rio Pardo por ABAD-FRANCH et al., (2012), demonstrando que 44% dos 270 participantes apresentaram sorologia positiva para o vírus Mayaro. Tais dados sugerem uma expressiva ocorrência de arboviroses, patologias que exigem abordagens mais complexas e cuja lide demandaria um reordenamento das práticas do sistema oficial de saúde para fazer frente a elas.

Considerações finais

Tomando como base os modelos etiológicos propostos por Laplantine¹⁶ para apresentar a diversidade de interpretação do processo saúde/doença, traçamos um painel contendo as interpretações sobre a causalidade das febres em Rio Pardo, sem pretensão de emitir juízos de valor sobre tais saberes empíricos e sim de compreendê-los. Os dados coletados no estudo mostram que as interpretações sobre as febres extrapolam a visão biomédica, ainda que sejam fortemente matizadas por ela.

As narrativas sobre os itinerários terapêuticos instituídos para abordagem das febres demonstram a pluralidade de cuidados moldados e compostos por múltiplas visões de mundo que geram igualmente diversas condutas terapêuticas. A experiência da enfermidade vivida e o contexto sociocultural em que a busca do tratamento se insere, instituem uma ampla gama de cuidados que se expressam muito além da linearidade terapêutica concebida e proposta pelo sistema oficial de saúde que, de resto, se limita ao diagnóstico e tratamento da malária.

Dentre as comorbidades prevalentes, as doenças febris demonstram ser um dos principais desafios de enfrentamento, o que reforçou o questionamento de como esta população lida com este fenômeno permeado não só por aspectos biológicos como também sociais.

No contexto estudado, os saberes populares representam uma importante forma de enfrentamento das doenças, expressando a história de ocupação do assentamento e as rarefeitas interações prévias à sua alocação em Rio Pardo que moldaram o repertório cultural dos grupos sociais que ali vivem. As práticas de autoatenção abrangem diferentes modalidades, como o uso de plantas

medicinais na produção de chás em âmbito familiar e comunitário. Ao mesmo tempo se interligam com saberes biomédicos que são ressignificados pelas pessoas, na busca de melhor expressar suas necessidades e de promover um compartilhamento social que reforça os vínculos de solidariedade entre famílias.

Os resultados apresentados tanto permitem reconhecer vivências da população no tocante às síndromes febris quanto as dificuldades de acesso aos cuidados biomédicos para o enfrentamento de doenças infecciosas. A baixa resolutividade no tratamento das doenças febris não maláricas evidencia a necessidade do sistema de saúde rever seu perfil de atendimento, ampliando a capacidade diagnóstica e terapêutica que lhe permita fazer frente aos agravos que ameaçam a população de Rio Pardo.

Outro ponto de interesse da pesquisa foi desvendar mais nuances do mosaico socioambiental amazônico, apresentando uma modalidade do viver – e suas repercussões na interpretação de doença e busca de cuidados - que se aproxima mais de um estilo urbano de vida do que da expressão mais conhecida do rural amazônico, caracterizado no imaginário popular pelo acesso longínquo e pelas medicinas tradicionais indígenas e caboclas.

Compreender o sistema de autoatenção instituído em torno das febres permitiu transcender a compreensão do fenômeno para além dos aspectos biológicos e captar diferentes formas de atenção que são manejadas de modo simultâneo e interativo pela população, na busca de proteger e recuperar a saúde em diversas áreas rurais amazônicas.

Como limitações da pesquisa aponta-se a escassez de dados de identificação de febris para além dos acometidos pela malária, o que nos remeteu a complementar com dados empíricos a partir das vivências de casos febris pelos profissionais atuantes na atenção básica.

REFERÊNCIAS

1. Savassi, LCM, Almeida MM de, Floss M, Lima MC. Saúde no caminho da roça. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2018. 163 p. (Coleção Fazer Saúde).
2. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde debate*. 2018;42(spe1):302–14.
3. Brasil. 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). Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011 2011.
4. Brasil. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.
5. Brasil. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. 1º ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde; 2013. 48 p.
7. Menéndez EL. *Sujeitos, Saberes e Estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. 1º ed. São Paulo: Hucitec; 2009. 442 p.
8. Alves P, Souza IM. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. p. 125–38.
9. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(11):2449–63.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2007. 223 p.
11. Vilela DR. *Análise sócio-ambiental do Assentamento Rio Pardo, município de Presidente Figueiredo, AM [Dissertação de Mestrado em Mestrado em Biologia tropical e recursos naturais]*. [Manaus]: Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia - INPA; 2003.
12. Abad-Franch F, Grimmer GH, de Paula VS, Figueiredo LTM, Braga WSM, Luz SLB. Mayaro Virus Infection in Amazonia: A Multimodel Inference Approach to Risk Factor Assessment. Weaver SC, organizador. *PLoS Negl Trop Dis*. 2012;6(10):e1846.
13. Spink MJP. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cad Saúde Pública*. 1993;9(3):300–8.
14. Salaverry O. Interculturalidad en salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2010;27(1):80–93.

15. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & suddarth. tratado de enfermagem medico-cirurgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015. 2256 p.
16. Laplantine F. Antropologia da Doença. 1º ed. São Paulo: Martins Fontes; 2004. 274 p.
17. Maues RH, Maués MAM. O modelo da reima: representações alimentares de uma comida amazônica. Anu Antropol. 1978;2(1):120–47.
18. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciênc saúde coletiva. 2003;8(1):185–207.
19. Reiners AAO, Ricci HA, Azevedo RC de S. Uso de plantas medicinais para tratar a malária. Cogitare enferm. 2010;15(3):454–9.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão do fenômeno febre na comunidade de Rio Pardo mostrou-se um percurso desafiador para adentrar a uma diferente visão de mundo por parte de uma profissional de saúde cuja formação foi moldada pelo modelo biomédico.

A realização da pesquisa permitiu desvendar percepções e práticas de saúde que em muito superam a oferta de serviços oficiais de saúde na comunidade. Desvendou-se um contexto social pontilhado de desafios e de transformações que embora tenha se originado de uma política oficial de assentamento agrícola sua dinâmica atual com intensa ligação com os espaços urbanos exemplificam os novos modos de existir do rural amazônico, ainda insuficientemente conhecidos pelo cidadão comum.

A investigação também propiciou o entendimento do contexto social em que tais serviços estão instalados e onde vive a população atendida, cujas necessidades de saúde diferem expressivamente daquilo que os gestores de saúde deliberaram lhe oferecer. As percepções e cuidados de saúde por grupos subalternizados, como os que vivem em Rio pardo, estão diretamente ligados à suas condições de vida, se produzindo e reproduzindo mediante uma autonomia relativa da dos processos de gestão encabeçados pelos sistemas de saúde para a resolução dos problemas de saúde priorizados pelas políticas oficiais (ALVES; SOUZA, 1999).

Os achados em Rio Pardo evidenciam um corpus social amalgamado a partir de grupos com origens díspares, reunidos mais ou menos ao acaso por uma pouco ordenada política colonizatória que pouco mais fez além de assentar as famílias sem lhes garantir as condições mínimas de sobrevivência. Entregues a si próprias as famílias residentes vêm produzindo seu próprio sistema de autoatenção, no qual saberes biomédicos e populares se entrelaçam, na busca de produzir soluções interculturais para lidar com as doenças febris que despontam como problemas importantes de saúde naquela localidade (MENÉNDEZ, 2016).

Apesar dos cenários marcados pela precariedade nas condições materiais de vida e pelo limitado leque de serviços de saúde ofertados pelos agentes do poder público, a pluralidade de cuidados e de itinerários terapêuticos, as vivências da população no tocante às síndromes febris e a diversidade de explicações causais dos episódios febris exemplificam a vitalidade dos recursos comunais acionados para interpretar os eventos de doença e agir para curá-los ou ameniza-los, desnudando ao

mesmo tempo as insuficiências e as inadequações do Sistema Único de Saúde (SUS) na região amazônica.

O SUS tem se mostrado pródigo em instituir rotinas e práticas vinculadas aos saberes hegemônicos, mas demonstra particular limitação para compreender as condições de vida e as estratégias de produção e circulação de saberes da população que atende. Tal modo de atuar tem contribuído para a implantação de políticas e estratégias padronizadas de atendimento, pouco sensíveis e pouco permeáveis à diversidade sociocultural da população brasileira, restringindo o adequado o norteamento de suas estratégias de atuação em contextos singulares como o amazônico e retardando a produção de agendas políticas adequadas às minorias étnicas e outros grupo vulneráveis. Nesse contexto o escrutínio dos modos de vida e demandas sanitárias de populações específicas pode contribuir para a reformulação de políticas públicas buscando torna-las mais sensíveis e adaptadas às necessidades de grupos vulnerabilizados em nossa região.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABAD-FRANCH, F. *et al.* Mayaro virus infection in Amazonia: a multimodel inference approach to risk factor assessment. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, San Francisco v. 6, n. 10, e8146, set/out. 2012.
- ACIOLI, S. *et al.* F. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p.637-4. set/out. 2014.
- ALBUQUERQUE, M. I. N; CARVALHO, E. M. F; LIMA, L. P. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** vol.2 no.1 Recife Jan./Apr. 2002.
- ALENCAR, A. *et al.* **Desmatamento nos Assentamentos da Amazônia**: histórico, tendências e oportunidades. Brasília: IPAM, 2016. 144p.
- ALVES, P. C. Itinerários terapêuticos e os nexos de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais**, Fortaleza, n. 42, p. 29-43. jan/jun. 2015.
- ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Maria Cristina, _____, _____ (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 125-138.
- AMARO, F. *et al.* Phleboviruses laboratory diagnosis (*Toscana virus*). **Acta Medica Portuguesa**, Lisboa, v. 20, p 341- 6. jul/ago. 2007.
- ARAÚJO, A.J. *et al.* Exposição múltipla a agrotóxicos e efeitos à saúde: estudo transversal em amostra de 102 trabalhadores rurais. **Cienc Saude Coletiva**, Nova Friburgo-RJ, v.12, n.1, p.115-30. Mar. 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004. 280p.
- BEHEREGARAY, L. R; GERHARD, T. E. A Integralidade no Cuidado à Saúde Materno- infantil em um Contexto Rural: um relato de Experiência. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.1, p.201-212, 2010
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Ações de controle da malária: manual para profissionais de saúde na atenção básica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52p.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006
- _____. 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] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2012. 114p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2014. 52p.

_____. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 21 set. 2017. Seção 1, p. 68. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cobertura da atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BUCHILLET, D. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In _____. **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém: MPEG/CEJUP/UEP, 1991. p. 21-44.

CALANDINO, D; WEHRMANN, M.; KOBLITZ, R. Contribuição dos assentamentos rurais no desmatamento da Amazônia: um olhar sobre o Estado do Pará. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, Curitiba, v.26, p. 161-70, jul./dez. 2012.
COIMBRA, Carlos. Saúde Rural no Brasil: tema antigo mais que atual. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52 supl.1, 2s. 2018.

EIRÓ, F.; TRICAUD, S. Gestão ambiental de assentamentos na Amazônia: estudo de caso do Projeto de Assentamento Juruena. In: Encontro Nacional da ANPPAS, 5, 2010, Florianópolis, SC. **Anais...** Florianópolis: ANPPAS, 2010.

FAVARETO, A. ABRAMOVAY, R. **O surpreendente desempenho do Brasil rural nos anos 1990**. Santiago, CL: Rimisp – Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural, 2009. (Documento de Trabalho nº 32).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011

FERREIRA, Daniele Costa. **Tecnologias sociais, conhecimentos e práticas associadas ao uso da água em assentamento rural na Amazônia central**. 2015. 98f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2015.

GABBI JUNIOR, O. F. A CULTURA COMO SISTEMA SIMBÓLICO: UMA CONCEPÇÃO MATERIALISTA DA PSICANÁLISE. **Perspectivas**, São Paulo, 16: 89-97, 1993

GADELHA, C.A.G. *et.al.* **Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial**.

In: Viana ALA, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. Saúde, desenvolvimento e território. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 97-123.

GARNELO, L. **Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde.** Em: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. Saúde indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI; 2012.

GARNELO, L. *et.al.* Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva.** 2017, vol.22, n.4, pp.1225-1234.

GARNELO, Luiza; LIMA, J. G. ; Esron Soares Carvalho Rocha ; HERKRATH, F. J. . **Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil.** SAÚDE EM DEBATE, v. 42, p. 81-99, 2018.

GERHARDT, T. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p. 249-63, nov. 2006.

GOMES Ivair. O que é rural? contribuições ao debate. **Boletim de Geografia**, Maringá, v. 31, n. 3, p. 81-95, set/dez. 2013.

GUERIN, G.D ; ROSSONI, E; BUENO, D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.17, n.11, p. 3003-10, nov. 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo.** Rio de Janeiro: IBGE; 270 p, 2011.

KASSOUF, A. L. **Acesso aos Serviços de Saúde nas Áreas Urbana e Rural do Brasil.** RER, Rio de Janeiro, vol. 43, no 01, p. 29-44, jan/mar 2005

LANGDON, E. J. **A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica.** Palestra oferecida na conferência 30 anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, 1995, São Paulo.

LANGDON, E. J.; WILK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 18, n.3, p.174-81, mai/jun. 2010.

LEITE, S. *et.al.* **Impactos dos assentamentos:** um estudo sobre o meio rural brasileiro. Brasília: Instituto Interamericano de Cooperação para Agricultura - IICA, Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural - NEAD, 2004. 392p.

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

LOIOLA, C.C.P; SILVA, M; TAUIL, P.L. Controle de malária no Brasil: 1965 a 2001.

Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v. 11, n. 4, p.235-43. 2002.

MAEDA, S. et al. Acesso das Mulheres do Movimento Sem Terra aos Cuidados do Pré Natal e da Prevenção de Câncer de Colo Uterino. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 433-8.

MANGIA, E.F; MURAMOTO, M.T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182. 2008.

MENDES, E.V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciênc. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENÉNDEZ, E.L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207. 2003.

_____. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. **Revista de Antropología Social**, v. 14, 2005.

_____. **Sujeitos, Saberes e Estruturas**: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2009. 442p.

_____. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.21, n.1, pp.109-118. 2016.

_____. Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 335-45, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 406p.

MOREIRA, Jessica Pronestino de Lima et al. **A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Ago 2015, vol.31, no.8, p.1698-1708.

PESSOA, V.M; ALMEIDA, M.M; CARNEIRO, F.F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas do Brasil? **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.spe1, p. 302-314, set. 2018.

RIBEIRO, R. A; STOCO, S; GIATTI, L. **Visão Pardo**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2016.

RUIZ, E. N. F; GERHARDT, T. E. Políticas públicas no meio rural: visibilidade e participação social como perspectivas de cidadania solidária e saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [3]: 1191-1209, 2012.

SANTOS, D., CELENTANO, D., GARCIA, J., ARANIBAR, A., & VERÍSSIMO, A. **Índice de Progresso Social na Amazônia Brasileira: IPS Amazônia 2014** (p. 102). Belém: Imazon e Social Progress Imperative, 2014.

SANTOS JCB, HENNINGTON EA. Aqui ninguém domina ninguém: sentidos do trabalho e produção de saúde para trabalhadores de assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(8):1595-1604, ago, 2013.

SAVASSI, L.C.M *et al.* **Saúde no caminho da roça**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. 163p.

SCOPEL, D. **Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios munduruku na terra indígena kwatá laranjal, borba, Amazonas: práticas de autoatenção, xamanismo e biomedicina**. 2013. 262f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2013.

SCOPINHO, Rosemeire A. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1575-1584, 2010.

SILVA. L.J. O controle das endemias no Brasil e sua história. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v.55, n.1, p.44-47, jan. 2003.

TEIXEIRA, L. A. As febres paulistas na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo: uma controvérsia entre porta-vozes de diferentes saberes. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, vol.11 suppl.1, Rio de Janeiro, 2004.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco Viacava. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10):2490-2502, out, 2007.

TOURNEAU, F. M. L; BURSZTYN, M. Assentamentos rurais na Amazônia: contradições entre a política agrária e a política ambiental. **Ambiente & Sociedade**, Campinas, SP, v. 13, n. 1, p.111-30, jan/jun. 2010.

VIANA, A. L. D. *et. al.* **Proteção Social em Saúde no Brasil: desafios de uma política para a Amazônia legal**. In: Viana ALA, Ibañez N, Elias PEM, organizadores. Saúde, Desenvolvimento e Território. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 193-267.

VILELA, D. R. **Análise socioambiental do Assentamento Rio Pardo, município de Presidente Figueiredo/AM**. 2003. 104f. Manaus: UFAM, 2003. Dissertação (Mestrado em Biologia tropical e recursos naturais) - INPA, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2003.

YIN, R.K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4.ed. Tradução Ana Thorell. São Paulo: Bookman, 2010.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Identificação

Qual sua idade?

Em que ramal mora?

Há quanto tempo mora no assentamento?

Com quantas pessoas você mora?

Você estudou até que série?

Qual sua ocupação?

Qual a ocupação das pessoas que moram na sua casa?

2. Representação das febres

Quais doenças você considera serem mais frequentes na comunidade?

O que as pessoas sentem quando estão com estas doenças?

Na sua opinião o que é febre?

Na sua opinião a febre é uma doença ou não? Se não, pode explicar o que é a febre para você?

Como você sabe que uma pessoa está com febre?

3. Transmissão

Por que uma pessoa adoece de febre? Como isso acontece?

Você acha que uma pessoa pode pegar febre de outra pessoa? Como isso acontece?

4. Diagnóstico e tratamento

Descreva os tipos de febre que você reconhece

Como você diferencia a febre da malária de outras febres?

Na sua opinião quais são as doenças que causam febre?

Quando tem alguém com febre na sua família quais são os primeiros cuidados tomados?

Se os primeiros cuidados não resolverem o problema o que você ou sua família fazem?

Descreva os principais tratamentos adotados por você ou sua família

Descreva os tratamentos que você recebe na unidade de saúde quando têm febre

5. Prevenção

Você faz alguma coisa para evitar a febre? Se sim, descreva o que você ou sua família fazem.

APÊNDICE 02 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a Sra. para participar da pesquisa intitulada: **Representações sociais sobre febres e suas práticas de cura e cuidado em comunidade rural amazônica**, sob a responsabilidade da mestranda Dammeree Costa de Oliveira, com a orientação do pesquisador Profº. Dr. Sergio Luiz Bessa Luz e coorientação da Profª Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira. Esta pesquisa pretende analisar os saberes sobre as febres e práticas de cura e cuidado, por meio da identificação das práticas de autoatenção e significados identificadas no contexto sociocultural, caracterização das febres de acordo com o conhecimento da população e descrição dos itinerários terapêuticos nas doenças febris.

Sua participação é voluntária e se dará por meio da observação e questionamentos a partir de uma abordagem individual ou grupal com perguntas baseadas nos objetivos citados acima. Nesse momento, será usado o gravador ou registrado em papel para posterior análise dos dados pela pesquisadora.

A Sra. Pode desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento em qualquer em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. A Sra. não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade permanecerá em sigilo, conforme exigência da Res. 510/16 que envolve seres humanos em pesquisas. Para qualquer outra informação, a Sra. poderá entrar em contato com a pesquisadora Dammeree Costa de Oliveira, no Instituto Leônidas & Maria Deane –ILMD/FIOCRUZ, localizada à Rua Teresina, 476 - Adrianópolis, Manaus - AM, 69057-070, pelo telefone (92) 992922984 e e-mail: dammereecosta@hotmail.com

Consentimento Pós–Informação

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____ fui informada dos objetivos do estudo “Representações sociais sobre febres e suas práticas de cura e cuidado em comunidade rural amazônica”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas

dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Data: ___/___/___



Assinatura do participante

Assinatura datiloscópica

Assinatura do pesquisador

Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa.

Nº ENTREVSTADO	IDENTIFICAÇÃO	IDADE	SEXO	TEMPO DE MORADIA NA COMUNIDADE	NATURALIDADE	PROFISSÃO
1	J.F.S	49	F	8	Manaus	Agricultora
2	I.S	46	M	8	Manaus	Agricultor
3	R.S.S	29	F	19	Manaus	Agricultora
4	A.M.S	23	M	13	Manaus	Agricultor
5	M.N.S.S	65	F	24	Coari	Agricultora
6	S.S.S	33	F	24	Manaus	Agricultora
7	J.M.S	65	M	25	Coari	Agricultor
8	R.S.S	30	F	15	Coari	Agricultora
9	A.T.R	71	M	20	Juruá	Agricultor
10	J.S.R	56	F	20	Juruá	Agricultora
11	O.G.A.S	27	F	4	Manaus	Vendedora
12	E.A.G	52	F	5	Benjamin Constant	Cozinheira
13	J.R.T	44	M	5	Manacapuru	Agricultor
14	M.D.R.M	57	F	16	Itacoatiara	Caseira
15	A.R.S.F	45	M	6	Itacoatiara	Caseiro
16	J.S.M.F	58	M	18	Coari	Agricultor
17	F.S.A	66	F	8	Codajás	Agricultor
18	R.N.V	60	F	8	Manacapuru	Agricultora
19	I.C.S	38	M	11	Coari	Agricultor
20	A.S.T	61	M	15	Manaus	Aposentado/ agricultor
21	K.N.S	19	F	5	Manaus	Dona de casa
22	S.C.S	62	F	20	Uarini	Agricultor
23	B.G.S	31	F	2	Benjamin Constant	Dona de casa
24	I.D.M	63	F	17	Manaus	Professora aposentada
25	J.J.S.L	45	M	10	Cruzeiro do Sul	Agricultor
26	M.O.P	76	F	18	Monte Alegre	Agricultor
27	N.R.A	43	F	10	Barcelos	Dona de casa
28	J.L.F	75	F	26	Itacoatiara	Aposentada

29	R.A.A	60	M	26	Maranhão	Agricultor
30	M.F.V.S	52	F	34	Manaus	Agricultor
31	J.O.L	62	M	18	Belém	Pedreiro
32	C.S.S	44	F	10	Maranhão	Caseira
33	F.B.S	59	F	20	Santarém	Agricultora
34	O.X.S	63	M	20	Alenquer	Agricultor
35	D.S.P	54	M	3	Óbidos	Dona de casa
36	F.L.X.L	60	F	32	Envira	Funcionário público
37	R.S.S	57	F	32	Coari	Agricultora
38	S.S.S	19	F	19	Presidente Figueiredo	Estudante
39	S.P.C	36	F	12	Presidente Figueiredo	Dona de casa
40	J.L.A	74	F	8	Marabá	Agricultor
41	R.J.T	56	M	6	Manaus	Agricultor
42	R.G.L	46	F	19	Tefé	Agricultora
43	E.C	31	F	10	Oriximiná	Agricultora
44	A.S.S	56	M	17	Manaus	Agricultor
45	A.A.S	32	M	16	Pará	Agricultor
46	I.P.S	32	M	5	Altamira	Eletrotécnico
47	R.P.S	53	M	15	Pernambuco	Agricultor
48	A.M.A	51	M	15	Autazes	Agricultor
49	M.A.A.S	58	F	15	Autazes	Agricultora
50	M.B.S	41	F	10	Goiás	Agricultora
51	G.S.C	19	F	3	Manaus	Agricultora
52	N.S.C	38	F	13	Manaus	Agricultora
53	P.C.C	65	F	20	Cuiabá	Agricultora
54	O.C.P	39	M	20	Manaus	Agricultor
55	A.C.C	60	M	20	Cuiabá	Agricultor
56	A.S.M	21	F	10	Manaus	Agricultora
57	T.S.S	29	F	8	Manaus	Agricultora
58	F.C.R	61	M	15	Vargem	Agricultor
59	D.S.S	21	F	16	Manaus	Dona de casa
60	D.S.S	19	M	16	Manaus	Estudante

61	L.M.M	32	M	12	Tefé	Agricultor
62	O.M.V	38	F	20	Presidente Figueiredo	Agricultora
63	J.E.S.O	55	M	15	Presidente Figueiredo	Agricultor
64	A.B.C		M	15	Presidente Figueiredo	Agricultor
65	R.B.A.C	40	F	6	Manaus	Agricultora
66	M.A.A	26	F	4	Manaus	Agricultora
67	J.R.R	76	M	15	Maranhão	Agricultor
68	A.S.S	48	M	15	Monte Alegre	Agricultor
67	J.R.S	61	M	17	Atalaia do Norte	Agricultor
70	F.E.F.S	70	M	14	Manaus	Agricultor
71	N.N.L.S	70	F	14	Manaus	Agricultora
72	AGRICULTOR .C	48	M	10	Codajá	Agricultor
73	J.A.F	37	F	8	Parintins	Dona de casa
74	M.D.A.F	60	F	16	Parintins	Agricultora
75	A.F.S	75	F	10	Cruzeiro do Sul	Agricultora
76	F.F.F	73	F	18	Cruzeiro do Sul	Aposentada/ agricultor
77	V.C.O	45	F	20	Manaus	Agricultora
78	N.P.C	47	F	16	Manaus	Agricultora
79	G.M.V.N	55	F	22	Presidente Figueiredo	Agricultora
80	R.N.F.F	67	M	14	Presidente Figueiredo	Agricultor
81	O.I.S	45	M	13	Presidente Figueiredo	Agricultor
82	R.F.A	48	F	9	Cruzeiro do Sul	Agricultora
83	J.A.P	36	M	10	Manaus	Agricultor
84	I.A.G.B	34	F	15	Manaus	Agricultora
85	M.J.L.P	55	F	15	Manaus	Agricultora
86	E.R.P	58	M	15	Manaus	Agricultor
87	J.A.R	34	F	4	Manaus	Vendedora
88	R.S	27	F	17	Manaus	Agricultora

89	M.D.R.L	25	M	5	Altamira	Agricultor
90	F.C.M	80	F	25	Presidente Figueiredo	Agricultora
91	M.S.M	73	M	9	Manaus	Agricultor
92	M.M.A.M	57	F	9	Manaus	Agricultor
93	M.J.S.N	66	F	14	Ceará	Agricultora
94	S.N.S	65	M	15	Manaus	Agricultor
95	S.S.S	34	M	15	Manaus	Agricultor
96	M.N.C	75	F	15	Cruzeiro do Sul	Agricultor
97	M.N.C	50	F	15	Cruzeiro do Sul	Agricultora
98	R.F.A	50	F	4	Acre	Agricultora
99	E.D.S	53	M	4	Manaus	Agricultor
100	F.F.A	52	M	28	Acre	Agricultor

ANEXO 1 – CARTA DE ANUÊNCIA

SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA- Gestor

À Vossa Senhoria: Sandra de Lima Braga
Secretária Municipal de Saúde de Presidente Figueiredo

Presidente Figueiredo, 27 de Novembro de 2018.

Senhora Secretária,

Eu, Dammere Costa de Oliveira, pesquisadora responsável pelo estudo intitulado "REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE FEBRES E SUAS PRÁTICAS DE CURA E CUIDADO EM COMUNIDADE RURAL AMAZÔNICA" orientada pelo Prof^o Dr. Sergio Luiz Bessa Luz e Coorientado pela Prof^a. Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira, venho solicitar à Vossa Senhoria ANUÊNCIA para executar a pesquisa junto aos estabelecimento da rede pública de saúde localizado no Assentamento Rural de Rio Pardo do município de Presidente Figueiredo, visando identificar vivências e cuidados da população frente aos quadros febris, conforme descrito no projeto.

Na expectativa de um pronunciamento favorável, antecipadamente agradeço.

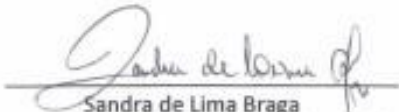
Atenciosamente,


Dammere Costa de Oliveira

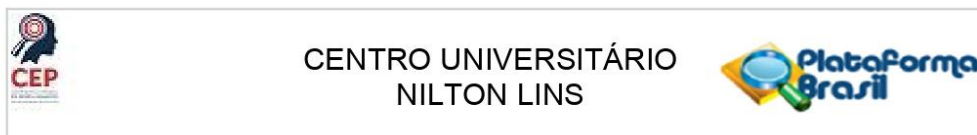
Termo de Anuência

Considerando que esta instituição possui condições de atender a solicitação da pesquisadora Dammere Costa de Oliveira, minha manifestação é pelo DEFERIMENTO, desde que se cumpram todos os requisitos éticos para a realização da pesquisa.

Presidente Figueiredo, 27 de Novembro de 2018.


Sandra de Lima Braga
Secretária Municipal de Saúde de Presidente Figueiredo

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE FEBRES E SUAS PRÁTICAS DE CURA E CUIDADO EM COMUNIDADE RURAL AMAZÔNICA

Pesquisador: Dammeree Costa de Oliveira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 01761218.4.0000.5015

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

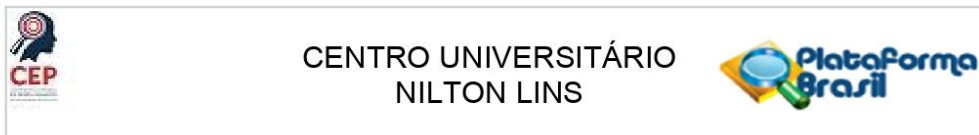
Número do Parecer: 3.240.439

Apresentação do Projeto:

As febres estão inseridas em um contexto cultural e possuem uma abordagem peculiar e interpretações de cada população em torno do corpo doente. A identificação das representações sociais e práticas podem contribuir para o entendimento das matrizes culturais sobre as quais erguem-se os significados, ações e características de diferentes grupos do assentamento rural de Rio Pardo, localizado no município de Presidente Figueiredo. Dessa forma, o estudo visa identificar as percepções e práticas de cuidado nos casos febris através da realização de grupos focais, entrevista semiestruturada e observação participante com homens e mulheres durante a imersão do pesquisador no campo.

A degradação socioecológica contribuiu para a disseminação de novos agentes etiológicos e mudanças no padrão epidemiológico, caracterizada por um processo de transformação social baseada em um modelo predatório que incluem mudanças na dinâmica populacional com uma expansão acelerada de novas situações de vida de populações em situação de vulnerabilidade (NAVARRO, 2002). Partindo do pressuposto de que a transformação antrópica dos ecossistemas acompanha a evolução das sociedades históricas e modela a expressão da saúde e da doença, pesquisadores do laboratório Ecologia de Doenças Transmissíveis na Amazônia (EDTA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD / FIOCRUZ) a partir de 2006 iniciaram pesquisas voltadas à saúde dos moradores do Assentamento Rio Pardo,

Endereço: Av. Profº Nilton Lins, 3259 - Bloco: UNICENTER --> Sala 147/CEP Conj. Parque das Laranjeiras
Bairro: Flores **CEP:** 69.058-040
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3643-2073 **Fax:** (92)3643-2170 **E-mail:** waltergarciaiparra@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.240.439

S.M.J. é o PARECER

Prof. Dr. Walter J. García-Parra
 Coordenador do CEP da Universidade Nilton Lins.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1242342.pdf	05/03/2019 18:39:01		Aceito
Outros	Carta_resposta2.pdf	05/03/2019 18:18:08	Dammeree Costa de Oliveira	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	05/03/2019 18:14:06	Dammeree Costa de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado.pdf	05/03/2019 18:12:43	Dammeree Costa de Oliveira	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	29/11/2018 16:07:19	Dammeree Costa de Oliveira	Aceito
Outros	Folha_Resposta.pdf	29/11/2018 14:45:47	Dammeree Costa de Oliveira	Aceito
Outros	Orientador.pdf	29/11/2018 14:45:09	Dammeree Costa de Oliveira	Aceito
Outros	Coorientadora.pdf	29/11/2018 14:44:05	Dammeree Costa de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	29/11/2018 14:42:53	Dammeree Costa de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	22/10/2018 18:35:07	Dammeree Costa de Oliveira	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	21/10/2018 21:23:23	Dammeree Costa de Oliveira	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	21/10/2018 21:20:57	Dammeree Costa de Oliveira	Aceito

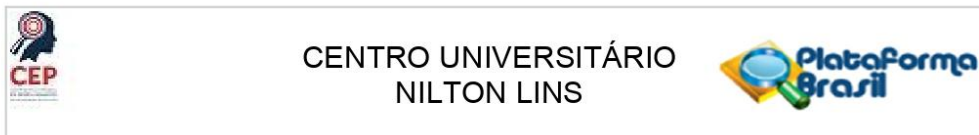
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Profº Nilton Lins, 3259 - Bloco: UNICENTER --> Sala 147/CEP Conj. Parque das Laranjeiras
Bairro: Flores **CEP:** 69.058-040
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3643-2073 **Fax:** (92)3643-2170 **E-mail:** waltergarcia-parra@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.240.439

MANAUS, 02 de Abril de 2019

Assinado por:
Walter de Jesús Garcia Parra
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Profº Nilton Lins, 3259 - Bloco: UNICENTER --> Sala 147/CEP Conj. Parque das Laranjeiras
Bairro: Flores **CEP:** 69.058-040
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3643-2073 **Fax:** (92)3643-2170 **E-mail:** waltergarciaparra@gmail.com