

DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E SEUS IMPACTOS NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS RIBEIRINHAS MARAJOARAS (PARÁ/AMAZÔNIA)

SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH AND THEIR IMPACTS ON THE TREATMENT OF MARAJOARAS RIVERSIDE CHILDREN

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y SUS IMPACTOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS DE LA RIBERA DE MARAJOARAS

DOI: 10.26512/ser_social.v27i57.46886

Letícia Costa de Carvalho

Orcid: orcid.org/0000-0003-1762-7101

Lattes: lattes.cnpq.br/5113606034782318

Email: carvalholeticia531@gmail.com

Mini currículo: Assistente Social, pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Saúde da Mulher e da Criança, pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) e Mestre em Serviço Social, pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Integra o Grupo de Estudos e Pesquisa Saúde, Diversidade com Equidade (GEPSADE/UFPA); o Núcleo de Etnopolítica e Territorialidade na Amazônia (NETTA/UNIFAP) e o Grupo de Estudos em Direitos Humanos, Infâncias e Diversidade na Amazônia (GEDHIDAM/UFPA).

Jacqueline Tatiane da Silva Guimarães

Orcid: orcid.org/0000-0001-5485-6611

Lattes: lattes.cnpq.br/0016401443592564

Email: profa.jacguimaraes.trabalhos@gmail.com

Mini currículo: Assistente Social, Mestre em Serviço Social e Doutora pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Professora Efetiva da Faculdade de Serviço Social do Campus Universitário do Marajó- Breves da UFPA e está realizando o Estágio Pós-Doutoral no

Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da UFPA. Coordenadora do Programa Direitos Humanos, Infâncias e Diversidade no Arquipélago do Marajó (DHIDAM).

RESUMO

O presente estudo apresenta reflexões sobre os Determinantes Sociais de Saúde e seus impactos no tratamento de crianças ribeirinhas do Marajó internadas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará- FSCMP. A presente pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética/Plataforma Brasil, sob o parecer 5.381.235, é de caráter exploratório, na qual realizamos pesquisa bibliográfica, documental e de campo. A partir deste estudo e pautados no que é preconizado pela lei 8.080/90 e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC, observamos que não é exatamente a existência dos determinantes sociais que dificulta o acesso à saúde dessas crianças, mas sim a não compreensão e inclusão destes no momento de se pensar e implementar políticas públicas próprias para atendimento das especificidades presentes na região do Marajó.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde; Saúde da Criança; Marajó; Determinantes Sociais de Saúde; Política de Saúde.

ABSTRACT

The present study introduces reflections on the Social Determinants of Health and their impacts on the treatment of children from the riverside of Marajó hospitalized at the Santa Casa de Misericórdia do Pará Foundation. This research, approved by the Ethics Committee/Plataforma Brasil, under opinion 5,381,235, is of a exploratory type, in which we carried out bibliographical, documental and field research. Based on this study and on what is recommended by federal law 8.080/90 and by the National Policy for Integral Attention to Children's Health- PNAISC, we observe that it is not exactly the existence of social determinants that hinders the access to health services for these children, but the failure to understand and include them, when thinking about and implementing differentiated public policies, that could embrace the specificities present in the Marajó region.

KEYWORDS

Health; Child health; Marajó; Social Determinants of Health; Health Policy.

RESUMEN

El presente estudio presenta reflexiones sobre los Determinantes Sociales de la Salud y sus impactos en el trato de los niños ribereños de Marajó hospitalizados en la Fundación Santa Casa de Misericordia do Pará- FSCMP. Esta investigación, aprobada por el Comité de Ética/Plataforma Brasil, bajo el dictamen n.º 5.381.235, es de carácter exploratorio, en la cual realizamos investigación bibliográfica, documental y de campo. Con base en este estudio y en base a lo recomendado por la ley 8.080/90 y por la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Niño- PNAISC, observamos que no es precisamente la existencia de determinantes sociales lo que dificulta el acceso a la salud de estos niños, pero la incompreensión e inclusión de estos al pensar e implementar políticas públicas para atender las especificidades presentes en la región de Marajó.

PALABRAS CLAVE

Salud; Salud infantil; Marajó; Los determinantes sociales de la salud; Política de Salud.

INTRODUÇÃO

O presente estudo apresenta reflexões sobre os Determinantes Sociais de Saúde – DSS e seus impactos no tratamento de crianças ribeirinhas do Marajó internadas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMP. Temos as seguintes questões norteadoras: Quais os impactos dos Determinantes Sociais de Saúde- DSS no tratamento de crianças ribeirinhas do Marajó que deixam seus territórios em busca de saúde? Em quais aspectos as diretrizes organizacionais e institucionais colaboram para promoção ou redução desta problemática?

Assim, buscando responder a estas questões, nos guiamos por três objetivos específicos, a saber: I-Identificar o quantitativo de crianças marajoaras atendidas pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará; II- Identificar quais determinantes sociais impactam diretamente no tratamento de crianças marajoaras internadas neste hospital e III – Refletir sobre a atuação institucional e governamental frente a esta problemática.

O interesse pela temática, bem como por seu recorte socioterritorial se constrói a partir de experiências de uma das autoras em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher e da Criança do estado do Pará, por meio do qual, foi possível acompanhar de perto a vivência de crianças marajoaras que precisam sair de seus territórios em busca de atendimentos clínicos específicos e que geralmente enfrentam diversas dificuldades para a continuidade do mesmo, dificuldades estas intrinsecamente relacionadas aos Determinantes Sociais de saúde- DSS da região e que se apresentavam de forma mais acentuada quando se tratava de usuários oriundos de comunidades ribeirinhas do Marajó.

O recorte temporal, além de figurar o período em que a autora atuou enquanto residente na referida instituição, também compreende aproximadamente três anos após a Organização Mundial de Saúde – OMS caracterizar as infecções de COVID-19 como uma pandemia. Cabe destacar que a Pandemia de COVID-19, iniciada em 2020, se apresenta atualmente como um marco na reorganização das relações da sociedade, especialmente quando nos voltamos para os serviços de saúde, que, antes mesmo dos períodos de *pico* da doença, já demonstravam sinais de colapso, desvelando neste período toda a sua fragilidade. No arquipélago do Marajó, não diferente do restante do mundo, a infecção pelo *novo Coronavírus* se desdobrou em níveis expressivos de internações e mortes, que na região foram intensificadas pela realidade existente.

Assim, a fragilidade de políticas públicas já experienciadas neste território, junto à elevação dos níveis de pobreza/desemprego derivados da pandemia e um crescente mo-

vimento organizado pela sociedade que reivindicava melhorias no sistema de saúde na região, levou os governantes e organizações a voltarem seus olhares para a real condição de saúde ofertada neste território. Assim, os dados aqui apresentados também foram impactados por esta reorganização e fortalecimento da estrutura de saúde no Marajó, que, a partir desse momento, passam a ser acrescidos de serviços que até então só podiam ser acessados em Belém, como é o caso do serviço de Hemodiálise, que foi implantado no Marajó em abril em 2021 a partir da reivindicação popular, como um desdobramento de necessidades derivadas da Pandemia.

Logo, apesar de não nos debruçarmos especificamente sobre a Pandemia no Marajó, no presente estudo, compreendemos seus reflexos, entendendo que o número de crianças marajoaras transferidas e atendidas pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará entre os anos de 2021 e 2022 possui forte influência dessa reorganização de saúde ocorrida a partir de 2020 na região e no estado como um todo, tendo em vista que muitas crianças que, antes da Pandemia, necessitavam ser transferidas a Belém para acessar determinados serviços, passam a poder acessá-lo em seu próprio território, aspecto que, apesar de positivo, não faz com que a demanda de transferências de crianças para a capital desapareça.

Neste sentido, a presente pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa- CEP da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, sob o parecer 5.381.235, é de caráter exploratório, no qual realizamos pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Os resultados apresentados foram obtidos a partir de observação participativa, diário de campo, pesquisa documental em prontuários e livros de triagem e entrevistas com 7 pais/responsáveis de crianças que estiveram internadas no referido hospital, no decorrer do ano de 2022.

A fim de alcançarmos nosso objetivo, inicialmente, caracterizamos a instituição em que ocorreu a pesquisa de campo, apresentamos a atuação estratégica das Santas Casas frente a atenção e assistência destinada à saúde do público infantil em sua historicidade.

Num segundo momento, recorrendo a dados organizados por instituições e organizações¹ como o Observatório do Marajó (2020), o Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas – OBTEIA (2015), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) e a Secretaria Estadual de Saúde do Pará – SESPA (s/a), tratamos sobre o Marajó e suas Comunidades Ribeirinhas, destacando seus aspectos históricos, econômicos, políticos, culturais e sociais, nos debruçando sobre os desdobramentos destes na saúde de comunidades localizadas às margens dos rios.

Por fim, utilizando como base para a discussão os estudos de Reis (2004) e Carmo (2021), apresentamos a pesquisa de campo, a partir da qual, através de levantamento documental e entrevistas semiestruturadas, refletimos sobre os impactos dos determinantes sociais de saúde- DSS no tratamento de crianças ribeirinhas do Marajó internadas em duas enfermarias pediátricas da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará- FSCMP.

No presente estudo, observamos que o tratamento das crianças alcançadas por esta pesquisa é constantemente acompanhado por Determinantes Sociais como **o meio ambiente, transporte, renda, moradia e o acesso a bens e serviços**, que, comuns à região de origem destas, as acompanham em todo o processo de acesso à saúde, seja no

1 Ressaltamos que os dados aqui utilizados já encontram-se atualizados pelas devidas instituições, contudo, dado nossos objetivos, optamos por utilizar os dados correspondentes ao recorte temporal do estudo e coleta de dados.

território ou fora dele, sendo apontado por pais e responsáveis como os maiores dificultadores quando se trata da garantia de saúde.

No entanto, partindo de uma compreensão mais ampla e pautados no que é preconizado pela lei 8.080/90 e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC, consideramos que não é exatamente a existência destes determinantes sociais que dificulta o acesso à saúde destas crianças, mas sim a não compreensão e inclusão destes no momento de se pensar e implementar políticas públicas próprias para atendimento das especificidades presente na região do Marajó.

A ATUAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA NA ASSISTÊNCIA E PROTEÇÃO DA INFÂNCIA

Pautada em sentimentos de fraternidade e Solidariedade, a primeira Santa Casa foi instituída em 15 de agosto de 1498, em Lisboa, pela rainha Leonor de Lencastre, esposa de Dom João II, e, através de práticas pautadas na caridade, se dirigia ao encontro dos enfermos, não precisando necessariamente de um espaço físico. Dirigida pela Irmandade da Misericórdia, a então instituição, além de atender enfermos, durante muitos anos também foi responsável por acolher e cuidar de crianças deixadas nas *rodas dos expostos*, figurando assim uma das mais importantes instituições de amparo a crianças (Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, 2020; Marcilio, 2016).

Muito próximo a esta estruturação, no século XVIII, se fortalecia na Europa uma política de organização das cidades baseada na higiene e em teorias da medicina que relacionavam o surgimento de doenças com o meio ambiente, sugerindo à sociedade, como forma de enfrentamento às epidemias que assolavam o continente, uma espécie de “medicalização das cidades”, a qual, dentre as ações, indicava normas de comportamento, modelos de construções de moradias e intervenção direta em ambientes considerados doentios (Costa, 2014).

Logo, é também neste período que, com influência do Iluminismo, a medicina se expande, desenvolvendo um importante papel na construção e disseminação das conhecidas “sociedades modernas”, que, ao adotarem o “movimento higienista” como modelo a ser seguido, o impunham à vida das pessoas, tornando a higiene a condição para se alcançar o poder, o progresso e a civilização (Rizzini, 2011). Cabe ressaltar que, ao estar relacionado a uma postura a ser implantada em locais estratégicos, os preceitos e políticas higienistas possuíam um caráter de atuação mais forte frente às camadas mais pobres, tendo em vista que os espaços urbanos ocupados por estes eram tidos como os mais insalubres e propagadores de doenças, postura que também passa a ser implementada nas colônias.

Silva (2011) sintetiza que, as Santas Casas são construídas no Brasil ainda no período Colonial, sob o modelo de Portugal, sendo dirigidas inicialmente pelos Jesuítas e forta-

lecidas no período de combate às epidemias que acometiam a população do país. Assim, de acordo com a CMB (2020), a atuação destas instituições no país pôde ser observada a partir de dois períodos: o primeiro, de natureza caritativa, percebido a partir do século XVIII até meados de 1837 e o segundo, com caráter filantrópico, notado entre os anos de 1838 a 1940, momento em que se fortalece a atuação institucionalizada e organizada frente às problemáticas da sociedade.

Cabe ressaltar que, sob forte influência da medicina higienista europeia e pautado em ações filantrópicas, no Brasil, o século XIX é marcado pela presença e expansão da medicina social, que, de acordo com muitos estudiosos da época se apresentava como o caminho a ser seguido pelas sociedades que almejavam a modernidade. Logo, neste momento, um forte aliado deste processo eram os hospitais e instituições que amparavam e propagavam as ações higienistas, sendo mais perceptíveis nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia (Rizzini, 2011; Guimarães, 2016). Ao se voltar para a Amazônia, Miranda et al. (2015), sintetiza que,

“Em fins do século XIX, a cidade de Belém cresceu como símbolo da Modernidade e do progresso na Amazônia: o auge da exploração gomífera conduziu ao incremento da infraestrutura urbana e ao seu embelezamento, aos moldes franceses, acompanhando processos de ordenamento do espaço urbano sob moldes burgueses, conforme ocorria em outras cidades do Brasil no mesmo período.” (Miranda et al., 2015, p.527)

No entanto, como consequência dessa expansão, observa-se neste período um crescimento populacional desenfreado, que resulta em uma população – especialmente a mais pobre – alocada em habitações precárias, assolada por insalubridade e vitimada pelo gigantesco número de epidemias que, na época, eram frequentes na região, devido à circulação de pessoas e mercadorias. Diante desta situação, os primeiros a se mostrarem interessados em reverter o quadro da cidade foram os médicos, que, prestando consultoria ao poder público, buscavam remodelar o espaço urbano da melhor forma possível (Miranda et al., 2015).

Desta maneira, assim como destacado por Guimarães (2016), o Pará não ficou atrás dos “avanços” pregados pelos higienistas e, apesar de não abrigar os principais centros de medicina higienista- que na época se localizavam em estados como Bahia e Rio de Janeiro –, frequentemente recebia a presença de médicos que, pertencentes às elites brasileiras, chegavam à região amazônica buscando organizar uma estrutura de saúde pública que viesse atuar frente às problemáticas do estado com a finalidade de erradicar as principais doenças que acometiam a população da região e, assim, pautado nos preceitos da higiene e da eugenia², agregar a Amazônia ao cenário de modernização.

2 Em seus estudos, Guimarães (2016), sintetiza que, ao associar as práticas do Higienismo ao Eugenismo, buscava-se no país realizar uma espécie de “melhoramento da raça”, e, enquanto o Higienismo buscava uma higienização e organização do espaço urbano, a prática eugênica, baseadas em teorias racistas, era compreendida como a higienização da raça.

Logo, a partir de orientações sanitárias, passa-se a perceber nesta região a implementação de políticas saneadoras que, sempre ligadas a um propósito de embelezamento das cidades, buscavam a limpeza das áreas centrais (Miranda et al., 2015). Ao analisar tal contexto, levantamos o seguinte questionamento: Como se estruturava e em quais ideologias se pautava uma política que buscava “embelezar uma cidade”?

De acordo com Miranda et al. (2015) pautadas na teoria de infecção, um ponto observado eram as inspeções sanitárias nas habitações e demais espaços em que, buscando evitar o contágio de doenças, eram aplicados cordões sanitários e quarentenas. Para além disto, também era possível observar a retirada do convívio social de sujeitos considerados desviantes dos preceitos de “civilização”, tais como enfermos, mendigos e qualquer outro sujeito que adotasse posturas que ferissem a moral da época e é neste momento que percebemos uma atuação direta da Santa de Misericórdia do Pará, que passa a administrar diversas instituições que, propositalmente construídas distantes do centro da cidade, buscavam “abrigar” e “conter” estes sujeitos, o que incluía crianças.

“A lepra, tida como um flagelo nacional e regional da infância, motivou mecanismos de exclusão social, criando espaços para o isolamento compulsório de crianças pobres que passaram a estar restritas a locais insalubres e abandonados pelas autoridades, onde a maioria era afastada de suas famílias.” (Guimarães, 2016, p.188)

Tal postura se apresenta como uma das características desta nova vertente da medicina, o *higienismo infantil*, que, apesar de adotar posturas atualmente criticadas e questionadas, já sinalizava uma preocupação com a infância, onde a criança também era alvo de ações estratégicas. No entanto, cabe destacar que, neste momento

“A criança não é vista como o sujeito em si, mas na perspectiva de concretude e perfeição para o futuro: o adulto do amanhã. Para a Ciência Médica fundamentada no Higienismo e Eugenismo, a criança emerge enquanto possibilidade (e certeza) de prevenir a sociedade de sujeitos com desvios. Enquanto um alvo constante da Ciência Médica, a criança sai da simples percepção de ser semelhante ao adulto, porém reduzido, para passar a ser vista enquanto um “ser” que possui particularidades tanto físicas quanto mentais e que devem ser asseguradas para o porvir da nação.” (Guimarães, 2016; p. 92)

Neste sentido, além das medidas de afastamento dos sujeitos considerados “desviantes” e a retirada do convívio social de crianças com diagnósticos de doenças que na época eram consideradas “sem cura”, a Santa Casa de Misericórdia do Pará também exerce um papel importante na assistência destinada à maternidade e ao desenvolvimento infantil, representando, dentro da história da pediatria no Pará, o primeiro hospital a registrar a criação de uma ala destinada especificamente a crianças, datada de 1889 (Guimarães, 2016).

De acordo com Guimarães (2016), essa iniciativa se fortalece a partir do século XX, através das ações realizadas pelo médico Ophir Loyola, que, após se formar pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e tendo atuado como estagiário no Instituto de Proteção e Assistência à Infância – IPAI do Rio de Janeiro, é transferido para Belém e passa a trabalhar como diretor clínico da Santa Casa do Pará, onde, ao implementar ações adquiridas em sua vivência anterior, começa a atuar com a assistência médica destinada às crianças pobres do Pará, ofertando um atendimento cada vez mais específico à infância do estado.

Neste sentido, a Santa Casa de Misericórdia que, em sua historicidade, já atuava frente às demandas da infância e exercia um papel importante no movimento higienista, ao voltar suas atenções também para esta demanda no estado do Pará, representa uma das mais importantes instituições no amadurecimento do cuidado e atenção a criança no estado.

No aparato estatal, os indícios do processo de valorização da medicina frente a crenças religiosas passaram a ganhar mais força no Brasil durante a elaboração da Constituição Federal de 1934, na qual, as preocupações com a situação social da criança e o papel da infância no país tornaram-se foco de amplos debates. Cabe destacar que grande parte destas análises e preocupações foram fundamentadas no saber médico da época e incorporadas em um discurso que projetava a criança como o futuro do país, acreditando-se que a infância e a futura Constituição seriam as formas legítimas de se alcançar o ideal de nação desejado (Moura, 2009).

Assim, Moura (2009) destaca que a Constituição Federal de 1934, ao tomar a criança como ser estratégico e se pautar na concepção protecionista, traz em sua composição artigos que já apontavam para a proteção e amparo da maternidade e da infância como um dever a ser cumprido pelo Estado. Avanços irão ganhar destaque e ampliação a partir da Constituição Federal (1988), que, popularmente conhecida como Constituição Cidadã, reconhece a criança enquanto um sujeito integral, detentora de direitos, e apresenta em sua formulação uma série de direitos sociais a serem efetivados por meio de Políticas Públicas.

Dentre estes, encontra-se a saúde, que, através do artigo 196 da CF de 1988, passa a ser tratada como um direito universal básico, devendo ser efetivada pelo Estado mediante estratégias específicas e de amplo acesso. Pautado nesta concepção se estrutura o Sistema Único de Saúde – SUS, que, enquanto um dos sistemas mais complexos de saúde do mundo, tem como princípios doutrinários a Universalidade, a Integralidade e a Equidade.

Em sua organização, o SUS é composto por uma rede de atenção estruturada que se desdobra tanto em ações quanto em serviços de saúde, implementadas por instituições públicas e privadas que compõem o referido sistema, sendo classificadas em unidades de baixa, média e alta complexidade (BRASIL, 1990). E, é justamente incluída neste movimento de estruturação da saúde, que a Santa Casa do Pará é absorvida pela ação estatal, incorporada ao SUS, e, enquanto um hospital público, atuando frente às demandas de crianças de todo o estado do Pará, busca guiar sua atuação por compreensões sinalizadas pelo SUS e demais organizações de saúde.

Neste sentido, cabe destacar que, em sua construção e execução, o SUS incorpora a concepção de saúde elaborada pela Organização Mundial de Saúde – OMS ainda em 1948, que, ampliando compreensão do que seria saúde, ultrapassa a vertente puramente biológica e engloba neste conceito desdobramentos acerca da maneira como a sociedade se organiza e determina o estilo de vida dos indivíduos (Buss e Pellegrini Filho, 2007). Tal compreensão é elencada na lei 8080, de 19 de setembro de 1990, que institui o Sistema Único de Saúde – SUS, definindo em seu artigo 3º que,

“Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.” (Brasil, 1990)

Assim, apesar de se manifestar através de sintomas físicos, a saúde se relaciona diretamente com os aspectos externos, inteiramente interligados com as condições de vida dos sujeitos, neste sentido, assim como sinalizado por Reis (2004, p. 23), “mais relevante do que conhecer do que morrem as pessoas, seria conhecer como vivem”, pois, isto sim nos dará bases para uma reflexão e atuação ampla frente às demandas apresentadas.

Sustentada por concepções como as acima mencionadas é que se estrutura a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC, que, ao se propor a promover e a proteger a saúde de crianças e o aleitamento materno, atuando com especial atenção às populações com maior índice de vulnerabilidade social, destaca que, no que diz respeito à saúde de crianças, não há como desconsiderar a realidade e os determinantes sociais que permeiam suas vidas.

Assim, ao nos debruçarmos sobre a forma como vem se organizando a saúde prestada por uma instituição de referência estadual a crianças de um determinado território, precisamos compreender os sujeitos, o território e os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença desta população. Logo, para o referido estudo, há necessidade de se conhecer aspectos relevantes ao Arquipélago do Marajó, a fim de compreender quais as influências destes no atendimento recebido por crianças na Fundação Santa Casa.

O ARQUIPÉLAGO DO MARAJÓ: APRESENTAÇÕES INICIAIS

Como parte da Amazônia Paraense, o Arquipélago do Marajó se configura como o maior arquipélago marítimo-fluvial do mundo, sendo atualmente composto por 17 municípios, a saber: São Sebastião da Boa Vista, Curralinho, Bagre, Portel, Melgaço, Breves, Anajás, Afuá, Gurupá, Chaves, Soure, Salvaterra, Cachoeira do Arari, Santa Cruz do Arari,

Muaná, Ponta de Pedras e Oeiras do Pará, que, recentemente, através do Decreto Nº 2.129, de 20 de janeiro de 2022, passou a integrar este território. (Ver Imagem I)

IMAGEM I - MAPA DO MARAJÓ



Fonte: Brasil (1990); IBGE (s/a). Mapa adaptado pelo Programa Direitos Humanos Infâncias e Diversidade do Arquipélago do Marajó – DHIDAM, 2022.

Com uma população estimada em 564.199 pessoas, em que 82,89% se autodeclararam negras, a maior parte da população marajoara afirmou residir em área rural: 64%, enquanto que apenas 36% residia em área urbana (IBGE, 2010; Observatório do Marajó, 2020).

No entanto, apesar de localizado em uma região cercada por água e com uma gigantesca pluralidade ambiental e cultural, o referido arquipélago ainda experiencia o recorrente esquecimento governamental, tendo seus municípios incluídos dentre os que possuem os mais baixos Índices de Desenvolvimento Humano do país, dados que só refletem a fragilidade de políticas públicas desta região.

De acordo com o documento “Cadernos do Marajó – Edição Especial 40 dias de Marajó com Coronavírus”, elaborado e publicado no ano de 2020 pelo Observatório do Marajó, em parceria com a ONG Lute Sem Fronteiras, 71,4% da população marajoara não possuía esgotamento sanitário, incluindo as fossas sépticas. No Marajó Oriental, essa problemática alcançava 75,50% da população, enquanto que no Marajó Ocidental a realidade se mostra ainda mais desafiadora, representando 94,87% dos habitantes.

Quando nos voltamos para o abastecimento de água, o documento sintetiza que, no Marajó Oriental, 39,60% da população não tinha acesso a serviço de abastecimento

de água por rede de distribuição e 54, 29% não possuía banheiro e água encanada, dados que se acentuam no Marajó Ocidental, conformando 77,58% e 81,56% dos moradores, respectivamente. (IBGE, 2009; Observatório do Marajó, 2020).

Ao realizarmos um levantamento inicial, observamos que, até o ano de 2020, apenas 77% da população marajoara era coberta pela atenção básica de saúde, com a proporção de 01 estabelecimento de saúde para cada 2.694 moradores, sendo que nenhum configurava apenas atendimentos pediátricos (IBGE, 2009; Observatório do Marajó, 2020).

Cabe aqui ressaltar que dentro da atual estrutura direcionada pelo SUS, o planejamento e assistência à saúde deve ser organizado a partir das regiões de saúde, caracterizada no Decreto nº 7.508 de 2011 como

“Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.” (Brasil, 2011)

Assim, o arquipélago do Marajó tem sua estrutura de saúde organizada a partir das 7ª e 8ª regiões de saúde do Estado do Pará, as quais, visando à descentralização dos serviços, buscam criar estratégias para a redução de barreiras no momento do atendimento. De acordo com a SESPA, fazem parte da 7ª Regional de Saúde os municípios de: Afuá, Chaves, Cachoeira do Arari, Muaná, Ponta de Pedras, Santa Cruz do Arari, Soure, Salvaterra e São Sebastião da Boa Vista; Já a 8ª Regional de Saúde compreende os municípios de Breves, Anajás, Bagre, Curralinho, Melgaço e Portel.³ (SESPA, s/a).

Incluído nas estratégias das regiões de saúde, encontra-se o Hospital Regional Público do Marajó – HRPM, que, inaugurado no ano de 2010 e localizado no município de Breves, presta assistência aos municípios que fazem parte da 8ª Regional de Saúde, realizando atendimentos de Urgência e Emergência, exames específicos e internações nas áreas de: clínica médica, cirurgia geral, obstetrícia de alto risco, pediatria, neonatologia, traumatologia e medicina intensiva (HRPM, s/a). No entanto, com um número de leitos e profissionais mínimos, a referida instituição ainda não consegue suprir a demanda apresentada.

Logo, quando se esgotam os meios de tratamentos disponibilizados até mesmo pelo Hospital Regional do Marajó, comumente os usuários são encaminhados a hospitais localizados na capital do Estado, a cidade de Belém, que, em termos de distância, a depender do município, pode representar viagens de até 36 horas de barco. Em contrapartida, os usuários moradores de municípios que compõem a 7ª região de saúde, ao não disporem de uma unidade com as mesmas características do Hospital Regional do Mara-

3 Até o momento do presente pesquisa, o município de Oeiras do Pará, que recentemente foi integrado a este território, ainda era indicado pela SESPA como parte da 13ª Regional de Saúde, junto aos demais municípios que compreendem a região do Baixo Tocantins.

jó, após terem seu tratamento esgotado na rede municipal, são encaminhados a hospitais localizados na capital.

Cabe ressaltar que, ao nos voltarmos para os municípios amazônicos que compõem um arquipélago, estamos tratando de cidades que têm seus “espaços urbanos” localizados em sua maioria à margem de rios e que, por este motivo, também possuem características e dinâmicas específicas. Denominadas por Saint-Clair (2013) como *“cidades ribeirinhas”*, estas localidades se materializam a partir da relação estabelecida entre a tríade rio – várzea e floresta, tendo seus espaços urbanos caracterizados por extensões de terra onde se estruturam as sedes dos municípios, possuindo um maior número de instituições e serviços públicos e privados disponíveis; e seus espaços rurais são observados a partir de pequenas comunidades alocadas às margens de rios, que comumente se localizam distantes umas das outras e guardam com a sede municipal uma relação de dependência quando se trata de acessar bens e serviços. A estas, conhecemos como Comunidades Ribeirinhas.

De acordo com Diegues (1999), as Comunidades Ribeirinhas, ao possuírem formas distintas de se relacionar, guardando uma estreita relação com o rio e a floresta, são consideradas comunidades tradicionais não-indígenas, em que, seus habitantes,

“Os caboclos/ribeirinhos vivem, principalmente, à beira dos igapós, igapós, lagos e várzeas (...) esses caboclos são extrativistas e agricultores, que produzem em regime familiar, vendendo o excedente e, frequentemente, em períodos de maior demanda de força de trabalho lançam mão da troca de dias entre vizinhos. Como os sítios ocupam a beira dos rios, os ribeirinhos podem tirar proveito das várzeas, colhendo produtos alimentícios, principalmente a mandioca, mas também frutas e ervas medicinais.” (Diegues, 1999, p. 48)

Apesar de consideradas como comunidades tradicionais e por este motivo serem tratadas no plano normativo como territórios prioritários quando se trata de implementar políticas públicas, as comunidades ribeirinhas marajoaras sentem de forma mais intensa os reflexos da não atuação estatal neste território, especialmente quando nos voltamos para as políticas de saúde. Neste sentido, por se tratarem de uma população com uma dinâmica de sociabilidade específica e ao estarem inseridas em uma região, que, como já dito anteriormente possui baixos índices de: acesso a água potável, saneamento básico e serviços públicos, os moradores de comunidades ribeirinhas tem seus direitos duplamente violados, configurando uma população que minimamente consegue acessar serviços de saúde básicos.

Tal realidade foi amplamente abordada pelo Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas – OBTEIA em 2015, quando, ao realizar atividades na Comunidade Ribeirinha João Paulo, município de Melgaço, recebeu diversos relatos da precarização de acesso a saúde nessas comunidades. Em dados organizado pelo citado observatório, destaca-se a **ausência de remédios, água**

potável, agentes comunitários de saúde e demais profissionais especializados, como médicos e enfermeiros. Também se destacam a **infraestrutura precária das poucas unidades de saúde existentes, ausência de transporte adequado para o transporte de paciente, ausência de aparelhos para exames e dificuldades relacionadas a energia elétrica e serviços de telefonia.** (Obteia, 2015; grifo meu)

Tal realidade reflete diretamente no processo saúde-doença dos moradores, que, ao não possuírem os dispositivos necessários em seu território, necessitam se deslocar a outros lugares para acessá-los, o que reflete muitas vezes em diagnósticos incompletos e tratamentos tardios. Tais problemáticas atingem diretamente a infância da região, colaborando para os altos índices de internações por diarreia que, aliados ao baixo quantitativo de unidades públicas de saúde, resultam em um índice significativo de mortalidade infantil que, de acordo com dados organizados pela FASEPA (2020), correspondia à taxa de 15,86, ultrapassando a média do Estado do Pará, de 15,14.

Como já pontuado, a realidade apresentada é um desdobramento direto do baixo investimento em serviços e políticas públicas que venham a considerar as dinâmicas dos determinantes sociais da região, que, além de refletir em uma estrutura precária de saúde no território, se desdobra em um gigantesco número de usuários que precisam sair de suas localidades para ter acesso tal direito.

Neste sentido, compreendendo, que dentro desta dinâmica, as mais afetadas são crianças e que, ao deixar seus territórios, estas não abandonam suas realidades, no presente estudo, levantamos o seguinte questionamento: Quais os impactos dos Determinantes Sociais de Saúde DSS no tratamento de crianças ribeirinhas do Marajó que deixam seus territórios em busca de saúde?

OS IMPACTOS DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E O TRATAMENTO DE CRIANÇAS RIBEIRINHAS

Considerando a realidade descrita e buscando responder ao questionamento anterior, no presente tópico, apresentamos os dados da pesquisa de campo, que, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa- CEP da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, sob o parecer 5.381.235, considerou os princípios éticos preconizados na Declaração de Helsinque e Código de Nuremberg, respeitando também as resoluções relativas às Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, como as Resoluções 466/12 e 580/18, do Conselho Nacional de Saúde- CNS. Os dados apresentados foram previamente autorizados pela instituição envolvida através do Termo de Compromisso de Utilização de Dados - TCUD e pelos participantes da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Cabe destacar que a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMP se caracteriza como uma unidade de saúde pública referência em Saúde da Mulher e da

Criança na região Norte, responsável em sua maioria por atendimentos de média e alta complexidade. Logo, em suas alas pediátricas, a referida instituição recebe diariamente usuários oriundos dos 144 municípios do Pará, além de estados próximos, que realizam tratamentos específicos.

No período de maio a outubro de 2022, na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, foram realizadas observação participativa, levantamento documental em livros de triagem do Núcleo Interno de Regulação – NIR, análise em prontuários eletrônicos e entrevistas semiestruturadas com 07 pais e responsáveis de crianças marajoaras internadas em duas enfermarias pediátricas da instituição (São Francisco e Santa Ludovina). As referidas entrevistas foram direcionadas por um roteiro composto por 16 perguntas abertas e fechadas, divididas em três blocos: o primeiro voltava-se para a identificação da criança e seu responsável; o segundo buscava identificar o perfil socioeconômico da família e o terceiro trazia questionamentos acerca do tratamento e dificuldades para seu acesso e continuidade.

A coleta de dados se estruturou a partir de três vertentes. Inicialmente, através dos livros de triagem do Núcleo Interno de Regulação – NIR, foi mapeado o quantitativo de crianças marajoaras transferidas para a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMP, entre os anos de 2021 e 2022. Neste momento, tivemos acesso a 05 (cinco) livros de triagem, através dos quais, além de quantificar as crianças marajoaras transferidas à instituição, também foi possível identificar os municípios dos quais estas eram oriundas, o município responsável pela transferência e para quais setores do hospital as mesmas foram encaminhadas.

Paralelo a este levantamento e junto a uma observação participativa, em uma conversa individual, a pesquisa era apresentada aos pais e responsáveis de crianças que atendiam aos critérios de inclusão, na qual eram destacados os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios. Após a apresentação, caso o responsável concordasse em participar, era marcado um dia e horário para a entrevista, que, devido à internação da criança, muitas vezes ocorria no próprio hospital. Neste momento, a pesquisa foi apresentada a 11 (onze) pais e responsáveis, em que 03 (três) se recusaram a participar, 01 (um), devido à alta da criança, retornou para casa antes do dia marcado para a entrevista e 07 (sete) aceitaram e participaram da entrevista. Neste momento, tivemos como *lôcus* as enfermarias São Francisco e Santa Ludovina, previamente eleitas por se tratarem de enfermarias com perfil pediátrico e que em sua rotina comumente recebem crianças do Marajó.

Por fim, após as entrevistas com os pais ou responsáveis, foram realizadas consultas aos prontuários das 07 (sete) crianças participantes, através das quais buscava-se identificar demandas apresentadas à equipe de saúde que faziam referência a impasses para a continuidade do tratamento ocasionados por Determinantes Sociais de Saúde -DSS e outras informações relevantes a este estudo. Neste momento, as evoluções dos atendimentos realizadas pelo Serviço Social foram de extrema importância.

Cabe destacar que, apesar da a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC em seu art. 3º considerar como criança pessoas na faixa etária 0 (zero) a 9 (nove) anos de idade e destacar no parágrafo único do mesmo artigo que para fins de

atendimento pediátricos no âmbito do SUS a política contempla crianças e adolescentes de até 15 (quinze) anos, no presente estudo nos guiamos pela compreensão preconizada no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990) que considera como criança a pessoa de até 12 (doze) anos incompletos, logo, as entrevistas aqui apresentadas foram realizadas com pais e responsáveis de crianças nesta faixa etária. Assim, a fim de resguardar o sigilo de nossos participantes, apresentamos os dados coletados através de códigos alfanuméricos, em que “C+N” corresponde a Criança, seguido de ordem numérica (ex.: C1, C2, C3...) e “R+N” corresponde a Responsável, seguido de ordem numérica (R1, R3, R3...)

No período de maio de 2021 a outubro de 2022, a FSCMP recebeu via Central Regional de Regulação 102 solicitações de leitos para a transferências de crianças oriundas de municípios marajoaras. Dos leitos solicitados, 43 correspondiam a leitos Neonatais, 35 a Leitos de Enfermaria Pediátrica e 24 a leitos de UTI Pediátrica. No entanto, dado nosso recorte, para o presente estudo, nos detemos a detalhar os dados referentes a crianças destinadas aos leitos de enfermarias pediátricas. (Ver Quadro I).

QUADRO I – CRIANÇAS MARAJOARAS TRANSFERIDAS PARA A FUNDAÇÃO SANTA CASA DO PARÁ 2021/2022

Identificação Alfanumérica	Sexo	Mês/Ano da transferência	Município de moradia	Origem da transferência	Enfermaria	Observações
C1	Mas.	Junho/2021	Portel – Ri-beirinho	Não especificado	Sta. Ludovina	Criança veio só com o responsável legal, sem técnico de referência.
C2	Mas.	Junho/2021	Anajás	Anajás	Menino Jesus	-
C3	Fem.	Julho/2021	Oeiras	Oeiras	Sta. Ludovina COVID-19	-
C4	Mas	Mar./2021	Oeiras – ri-beirinho	Oeiras	Sta. Ludovina	-
C5	Mas.	Set./2021	Salvaterra	Salvaterra	Sta. Ludovina	-
C6	Fem.	Set./2021	Chaves – Ri-beirinha	Breves	Sta. Ludovina	-
C7	Fem.	Set./2021	Breves	Breves	Sta. Ludovina	-
C8	Fem.	Out./2021	S.S. da Boa Vista	Não especificado	São Francisco	Desistência de Leito autorizada pelos pais.
C9	Mas.	Out./2021	Soure	Soure	Menino Jesus	-
C10	Fem.	Nov./2021	Melgaço – Ribeirinha	Breves	Sta. Ludovina	-
C11	Fem.	Dez./2021	Não especificado	Oeiras	São Francisco	Solicitação cancelada por óbito

C12	Fem.	Jan./2022	Anajás – Ribeirinha	Anajás	Sta. Ludovina	-
C13	Mas.	Fev./2022	Breves	Breves	São Francisco	-
C14	Mas.	Mar./2022	Gurupá – Ribeirinho	Sem identificação	São Francisco	-
C15	Fem.	Mar./2022	Chaves	Breves	Sta. Ludovina	-
C16	Mas.	Mar./2022	Curralinho	Curralinho	São Francisco	-
C17	Mas.	Mar./2022	Sem identificação	Melgaço	Sta. Ludovina	-
C18	Fem.	Abr./2022	S.S. da Boa Vista	S.S. da Boa Vista	São Francisco	-
C19	Fem.	Abr./2022	Limoeiro do Ajuru – Ribeirinha	S.S. da Boa Vista	Sta. Ludovina	-
C120	Fem.	Mai./2022	Curralinho	Curralinho	Sta. Ludovina	-
C21	Fem.	Mai./2022	Sem Informação	S.S. da Boa Vista	Sta. Ludovina	-
C22	Fem.	Mai./2022	Melgaço – Ribeirinha	Breves	Sta. Ludovina	-
C23	Mas.	Mai./2022	Breves	Breves	São Francisco	-
C24	Mas.	Mai./2022	Anajás – Ribeirinho	Anajás	Sta. Ludovina	-
C25	Fem.	Jul./2022	Breves	Breves	Menino Jesus	-
C26	Mas.	Jul./2022	Anajás	Anajás	Menino Jesus	-
C27	Mas.	Jul./2022	Sem Informação	Breves	São Roque	-
C28	Fem.	Ago./2022	Portel	Portel	Sta. Ludovina – Covid	-
C29	Mas.	Ago./2022	S.S. da Boa Vista	S.S. da Boa Vista	São Roque	-
C30	Mas.	Ago./2022	Curralinho	Curralinho	São Roque	-
C31	Fem.	Out./2022	Sem Informação	Breves	São Roque	-
C32	Mas.	Out./2022	Breves	Breves	São Roque	-
C33	Mas.	Out./2022	Breves	Breves	Sta. Ludovina	-
C34	Fem.	Out./2022	Breves – Ribeirinho	Breves	Isco	-
C35	Mas.	Out./2022	Bagre – Ribeirinho	Bagre	Sta. Ludovina	-

Fonte: Tabela construída pela autora a partir de dados da pesquisa de campo, 2022.

A partir do quadro anterior, podemos observar que, das 35 (trinta e cinco) crianças marajoaras com solicitação de transferência para a FSCMP, 17 (dezessete) eram meninas e 18 (dezoito) eram meninos. Dentre elas, observou-se que 04 (quatro) foram destinadas

à enfermaria Menino Jesus, 05 (cinco) à enfermaria São Roque, 08 (oito) à enfermaria São Francisco e 18 (dezoito) à enfermaria Santa Ludovina; destas, 02 (dois) tiveram suas transferências canceladas, 01 (um) por desistência autônoma dos pais via assinatura de termo de compromisso e 01 (um) devido a criança ter evoluído a óbito antes da liberação do leito.

Algo importante a se observar nos dados apresentados é que geralmente as solicitações de crianças oriundas dos municípios que compõem a 8ª Regional de Saúde são realizadas por Breves, mesmo quando a criança não é moradora deste município, o que se justifica pela existência do Hospital Regional do Marajó, que, ao dispor de atendimento de média complexidade, figura como uma das poucas instituições de saúde dentro do território marajoara que oferecem atendimentos específicos, recebendo assim usuários dos municípios de Anajás, Bagre, Curralinho, Gurupá, Melgaço e Portel. Neste sentido, quando nos voltamos para os municípios desta regional, a transferência de crianças marajoaras para um hospital com o perfil da FSCMP geralmente ocorre quando a necessidade de tratamento ultrapassa a disponibilizada até mesmo no Hospital Regional do Marajó.

A fim de compreender melhor esta dinâmica de transferência e busca de tratamento por crianças do Marajó, no período de maio a outubro de 2022, foram realizadas entrevistas com 07 (sete) pais e responsáveis de crianças internadas nas enfermarias Santa Ludovina e São Francisco da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. No entanto, para o presente estudo, tomando como norte nossos objetivos e o recorte deste trabalho, utilizaremos dados de apenas 05 (cinco) destas, que, dentro de nossas análises, conseguem indicar os aspectos necessários para a discussão. (Ver Quadro II)

QUADRO II – PERFIL DOS PAIS/RESPONSÁVEIS ENTREVISTADOS

Identificação Alfanumérica	Idade do Responsável	Sexo/Idade da Criança	Enfermaria	Parentesco com a Criança	Município de Origem	Autodeclaração
R1	22 anos	Menina/02 anos	São Francisco	Mãe	Curralinho – Rio Píria	Parda
R2	26 anos	Menino/09 anos	Sta. Ludovina	Mãe	Breves – Rio Mapuá	Preta
R3	28 anos	Menino/02 anos	São Francisco	Pai	Portel - Rio Anapu	Branco
R4	35 anos	Menina/01 ano	São Francisco	Mãe	Melgaço – Rio Taja-puru	Branca
R5	33 anos	Menina/11 anos e 8 meses	Sta. Ludovina	Mãe	Anajás – Rio Jarará	Parda

Fonte: Tabela construída a partir de Pesquisa de Campo, 2022.

Conforme o quadro acima, observamos que, dos entrevistados, todos são genitores das crianças, sendo que 04 (quatro) são mães e apenas 01 (um) é o pai. Destes, 02 (dois) se autodeclaram como brancos, 02 (dois) como pardos e 01 (uma) como preta. Nenhum dos entrevistados residia no mesmo município, o que, em nossas análises contribui para observarmos as semelhanças e diferenças da problemática estudada, de forma mais ampla. Dado o recorte deste estudo, as entrevistas selecionadas englobam moradores de

comunidades ribeirinhas e buscam compreender a dinâmica de acesso e continuidade no tratamento dessas crianças, destacando a sua relação com os Determinantes Sociais de Saúde-DSS da região, que, como observado neste estudo, começam muito antes da interação e até mesmo do diagnóstico. Sobre isto, Reis (2004, p. 37) assevera que,

“perceber o conjunto de questões que envolve o processo saúde/doença de uma criança mostra-se, portanto, elemento essencial para a condução da intervenção profissional, já que a chegada a instituição de uma criança doente constitui-se, muitas vezes, apenas como ‘a ponta de um iceberg’.” (Reis, 2004, p. 37)

Logo, ao tratarmos de crianças internadas, não há como considerar apenas sua trajetória dentro do hospital, mas se faz necessário conhecer e compreender sua trajetória anterior, que no presente estudo, compreende vivências que perpassam por diversos estágios, como observado neste relato:

“Bom (...) ela passava muito mal em casa, inchada, muito vômito. Tudo o que ela comia, ela vomitava (...) *ai* a gente começou a levar ela para Anajás, mas lá eles não quiseram dar encaminhamento pra gente. *Aí* a gente voltou para casa e ela só piorou. *Aí* foi que a minha mãe arrumou um dinheiro pra gente. A gente veio para Breves. *Aí* chegou em Breves, a gente fez os primeiros exames particular e deu tudo alterado. *Aí* ela internou em Breves, mês de março. *Aí*, quando foi mês de abril, transferiram ela pra cá, para Belém. *Aí* chegou aqui, foi que descobriram o lúpus.” (Entrevista-do R5, pesquisa de campo, 2022)

Assim como observado no relato acima, devido à fragilidade de políticas públicas e à precária estrutura de saúde existente na região do Marajó- algo que se assevera nas comunidades ribeirinhas –, quando há necessidade de atendimento de saúde, mesmo que este corresponda à atenção básica, os moradores precisam se deslocar para o município mais próximo, iniciando uma longa jornada em busca de “saúde”. Nesse contexto, de acordo com Carmo (2021, p. 198), muitas vezes, “seja pela dificuldade de transporte ou então pelo custo da gasolina e passagem”, muitos desses moradores ribeirinhos não conseguem nem iniciar o tratamento. Corroborando com isto, o Ministério da Saúde – MS destaca que,

“As desigualdades sociais e econômicas exercem influência direta nos processos de saúde e doença de povos e indivíduos, de modo que os determinantes sociais impactam nas condições de saúde, agravando a situação de vulnerabilidade nas quais algumas populações se encontram.” (Ministério da Saúde, 2021, p. 5)

Logo, nos dados da pesquisa realizada, a distância, o deslocamento e a questão financeira apareceram como um dos pontos mais mencionados pelos participantes, sendo tomados por muitos como um dos maiores impasses quando se trata de dar continuidade ao tratamento dos filhos, tal como no relato apresentado por esta mãe, que, ao se referir

às dificuldades encontradas para estar presente nas consultas ambulatoriais da filha (o que geralmente ocorre a cada um ou dois meses), destaca:

“A dificuldade mesmo financeira, porque assim, a gente *num* tem uma renda fixa, como você sabe, aí é difícil vim de lá. Olha, porque, sorte, como eu *tô* te falando, *né*? A gente vem mais por ajuda mesmo aí sempre que às vezes, quando a gente não tem, é meu pai que ajuda, o meu sogro ... é assim... a gente... a dificuldade maior é a questão financeira, né? Essa é a dificuldade maior.” (Entrevistada R5, pesquisa de campo, 2022)

Cabe aqui ressaltar que a portaria Nº 55, de 24 de Fevereiro de 1999, ao dispor sobre a rotina do Tratamento Fora Domicílio – TFD, no âmbito do SUS, preconiza em seu primeiro artigo que, caso esgotadas as possibilidades de tratamento no município, o deslocamento de usuários a outros municípios deve ser garantido pelo poder público, sendo incluídas: despesas relativas a transporte, seja este aéreo, terrestre ou fluvial; diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante. No entanto, no Marajó, que se caracteriza por ser um território frequentemente negligenciado por parte do Estado, em que políticas públicas ocupam apenas o campo normativo, a realidade vivenciada por seus moradores é completamente diferente. Assim, quando nos voltamos para o Serviço de Tratamento Fora Domicílio – TFD, os usuários matriculados não conseguem utilizá-lo de forma integral.

“A gente tem TFD, só que assim o TFD lá da cidade não é aquele TFD de dizer “*UAU!*” (...) eu fiquei até abismada aqui, uma das meninas que estavam na primeira internação, falou que, assim, que eles recebiam é [...] como é que fala? É diária, *né*?! Eu falei não, a gente pega mal a passagem, isso ainda é uma luta.” (Entrevistada R5, pesquisa de campo, 2022)

Com acesso a uma política fragmentada e possuindo condições mínimas de subsistência, os moradores marajoaras necessitam buscar outras alternativas, como frisado pelo entrevistado R3, que, ao se voltar para as recorrentes consultas e internações do filho, afirma “para isso a gente tem que *dar os pulos, dá o batalho*, para conseguir chegar até aqui, para que o tratamento dele não pare, continue evoluindo, até ficar bom”. Este cenário nos leva a compreender que o “acessar a saúde” no Marajó não se limita a aguardar em filas, preencher cadastros e obter um diagnóstico, representando um processo de luta constante, mesmo quando já se sabe o caminho exato a se percorrer.

Carmo (2021) sintetiza que a realidade enfrentada por ribeirinhos do Marajó trata-se de uma intensificação de vulnerabilidades históricas que, dentro de um contexto macro, demonstram a realidade e a atenção destinadas a comunidades rurais da Amazônia, que, em nossas análises, mantêm as políticas públicas ofertadas à região no campo do paternalismo. Assim, durante os relatos dos entrevistados, comumente nos deparamos com falas como esta:

“Foi uma filha de Deus, uma colega que eu conheci em Breves. Na verdade, eu tenho sim parente, mas eles não conseguiram que nem ela [...] ela trabalha lá na casa de um do um vereador não é? Aí ela, ela conversou com ele, aí por muito mana pelejar, graças a Deus ela conseguiu um avião para nós chegar até aqui com meu filho.” (Entrevistada R2, pesquisa de campo, 2022)

Apesar de ter sua figura repetidas vezes mencionada em todas as entrevistas, o Vereador aqui não aparece como uma pessoa que exerce um mandato eleito pelo voto popular para representar os interesses coletivos da população na Câmara Municipal, mas sim, figura como alguém que, pelo cargo que ocupa, tem acessos com maior facilidade e celeridade. Aqui, o caracterizamos e o denominamos como um **Atravessador do SUS**.

Em regiões da Amazônia, especialmente em comunidades ribeirinhas, os **atravesadores** figuram como pessoas que guiam meios de transporte fluviais e atravessam terceiros de uma margem a outra do rio, podendo configurar um trabalho remunerado ou não. A palavra **atravessador** também é amplamente utilizada para caracterizar pessoas com conhecimentos jurídicos que cobram taxas em dinheiro para supostamente “facilitar” o acesso de civis aos serviços prestados pelo INSS, mesmo que, na maioria das vezes, essa atuação seja considerada pelo Ministério da Previdência Social como desnecessária.

No entanto, no âmbito da saúde pública, essa intermediação realizada por representantes do Estado não se materializa em troca de valores monetários, mas configura uma espécie de capitalização eleitoreira, que, partindo de intervenções individuais, cria uma relação de dependência e eterna gratidão entre o eleitorado e a figura do político, como a expressada nesta fala:

“Pois é ... eu falo que tem gente que fala mal dele lá e tal, mas eu acho que para mim ele foi uma boa pessoa (...) eu passei por uma dificuldade, ele me ajudou, ele e a família dele me ajudaram, querendo ou não, eles foram de grande importância para a vida dos meus filhos.” (Entrevistada R5, pesquisa de campo, 2022)

A partir desta fala, é possível observamos que, ao estarem em condições de profunda vulnerabilidade social e emocional, os usuários, ao serem ludibriados por essas ações, acabam desconsiderando que o serviço alcançado é um direito humano básico preconizado na Constituição Federal e em outras diversas legislações, postura que reflete um projeto intencional de descaracterização das políticas públicas ofertadas na região e consequente fortalecimento do que José Paulo Netto denomina de “refilantropização”, que, ao retirar a responsabilidade estatal na garantia de políticas públicas, é utilizada como uma forte aliada das grandes empresas que, com a finalidade de fortalecerem suas bases de exploração na região do Marajó, utilizam de ações pontuais de assistência à saúde para estreitar laços de confiança junto aos moradores da região.

Neste sentido, observamos que, no Marajó, tanto a garantia de direitos à saúde como a falta deles, acabam sendo utilizadas para fins de benefício próprio, descaracterizadas do sentido de cidadania. Assim, sem uma atuação estratégica na região, o acesso à

saúde, seja no território ou fora dele, acaba sendo enfraquecido, se desdobrando em um dos direitos humanos básicos da infância marajoara mais violados, que reflete em diversos outros aspectos da vida dessas crianças, como observado neste relato:

“Eu não sei explicar, mas eu sinto muita coisa assim que eu não consigo, nem ... eu não consigo entender o que eu penso, entendeu? Eu penso muita coisa assim de... Não sei, de eu poder não dar conta de cuidar dela, de ela... não sei, não... É muita coisa que eu penso... de voltar pra lá e de ver ela piorando. Como é que eu vou fazer para chegar até aqui? Pra casa mesmo, acho que ninguém vai voltar tão cedo, porque é bem mais longe... a gente vai ficar em Anajás, ver como é que vai ficar essa situação aí do benefício dela, que eu vou ter que dar entrada.” (Entrevistado R5, pesquisa de campo, 2022)

O relato acima foi obtido no dia da alta da criança, e o sentimento quase inexplicável citado pela mãe fazia referência ao medo de voltar para casa e não conseguir dar continuidade ao tratamento da filha, algo observado em todas as entrevistas. Assim, observamos que, apesar da alta hospitalar, a maioria das crianças e famílias alcançadas por esta pesquisa, especialmente as oriundas de comunidades ribeirinhas, necessitam dar continuidade ao tratamento de saúde. Porém, devido à fragilidade da rede de saúde e a dificuldade de acesso a bens e serviços em seus municípios de origem, dificilmente conseguem retornar ao seu local de moradia, o que impacta diretamente em aspectos econômicos, psicológicos e sociais de suas vivências.

Neste sentido, quando nos referimos ao tratamento de crianças oriundas de municípios marajoaras, observamos que este, apesar de muitas vezes ser estabelecido na capital, é diretamente impactado pela fragilização e fragmentação das políticas públicas presentes nos municípios de origem. Logo, ao se pensar no processo saúde/doença destas crianças, os profissionais necessitam compreender o cenário para o qual as mesmas irão retornar, pensando uma logística de atendimento que englobe o antes, o durante e o depois, exigindo de todos os profissionais envolvidos uma compreensão do contexto atual da oferta de saúde na região amazônica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao nos voltarmos para a história da infância, percebemos que esta possui uma intrínseca relação com o amadurecimento da medicina e do conhecimento científico como um todo, pois foi através destes processos que a sociedade e seus representantes passaram a observar a particularidade presente em crianças e a necessidade da criação de instituições que viessem prestar assistência e cuidado a estas, processo amadurecido e atualmente direcionado por políticas que buscam a universalidade, integralidade e equidade.

No entanto, em regiões como a do Marajó, que possui altos índices de pobreza e uma fragilidade de políticas públicas acentuada, figurando como uma região que concen-

tra os mais baixos Índices de Desenvolvimento Humano – IDH do país, a saúde ofertada se materializa em ações fragmentadas, especialmente as voltadas para crianças. Assim, com uma carência de unidades de saúde e o baixo quantitativo de profissionais especialistas, comumente estas são encaminhadas à capital do estado em busca de tratamento.

Neste sentido, no presente estudo, ao nos voltarmos para crianças ribeirinhas marajoaras internadas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMP, observamos que o tratamento destas crianças é constantemente acompanhado por Determinantes Sociais como **o meio ambiente, transporte, renda, moradia e o acesso a bens e serviços sociais**, que, comuns à região de origem destas, as acompanham em todo o processo de acesso à saúde, seja no território ou fora dele, sendo apontado por pais e responsáveis como os maiores dificultadores quando se trata da garantia de saúde.

No entanto, partindo de uma compreensão mais ampla e pautados no que é preconizado pela lei 8.080/90 e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC, consideramos que não é exatamente a existência destes determinantes sociais que dificulta o acesso à saúde destas crianças, mas sim a não compreensão e inclusão destas no momento de se pensar e implementar políticas públicas próprias para atendimento das especificidades presentes na região do Marajó. Tais políticas, ao serem pensadas de forma hierarquizada, seguem implantando na região modelos de saúde centrados apenas no aspecto biológico, que, ao desconsiderarem a pluralidade e especificidades desse território, se tornam ineficientes.

Neste sentido, no presente estudo, ao realizarmos reflexões sobre os Determinantes Sociais de Saúde- DSS e seus impactos no tratamento de crianças ribeirinhas do Marajó internadas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, compreendemos a urgência de incluir dentro deste debate reflexões de como estes determinantes estão sendo considerados dentro das políticas públicas ofertadas na região, pois, apesar de alguns tratamentos serem ofertados somente na capital, estes não podem ser observados de forma isolada ou desvinculada de aspectos relevantes ao território de origem destas crianças. Logo, não pretendemos aqui esgotar este debates, mas buscamos colaborar para a construção de novas bases e questionamentos acerca desta problemática na região.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, df. Senado Federal, 2016.

BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 28 de junho de 2011.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Institui o Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 de novembro de 1990.

BRASIL. Portaria Nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde- SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 24 de fevereiro de 1999.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Vol. 17, p. 77 – 93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2021.

CARMO, Eunápio Dutra do. COVID 19 NA AMAZÔNIA MARAJOARA: complementaridades e entrelaçamentos da região com maior vulnerabilidade social do Brasil e o aprofundamento da crise sanitária. **Revista ESPIRALES**, Edição Especial: Dossiê Covid-19 na América do Sul, 2021. Disponível em <https://revistas.unila.edu.br/espirales/article/view/2778>. Acesso em: 01 set. 2022.

COSTA, Maria Clélia Lustosa. **O discurso higienista e a ordem urbana**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2014.

DIEGUES, Antônio Carlos (*orgs*). **Os Saberes Tradicionais e a Biodiversidade no Brasil** São Paulo: NUPAUB, 2000.

Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisa- FASEPA. **Radar de Indicadores das Regiões de Integração – 2020**. Pará, 2020. Disponível em: <https://www.fapespa.pa.gov.br/sistemas/radar2020/tabelas/8-marajo/tabela-13-taxas-de-mort-infantil-mort-em-menores-que-05-anos-e-mort-materna-2019-ri-marajo.htm>. Acesso em: 12 nov. 2021.

GUIMARÃES, Jacqueline Tatiane da Silva. **Os discursos dos médicos do estado do Pará nas “teses de doutoramento ou inaugurais” (1929-1954): saúde, assistência e educação da infância pobre**. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do

Pará, Instituto de Ciências da Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Belém, 2016.

GUIMARÃES, Jacqueline Tatiane da Silva; CARVALHO, Letícia Costa de. OS DIREITOS DA INFÂNCIA E A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA: os desafios da Amazônia Marajoara. **PRACS – Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, Macapá, v.13, n. 3, p. 249 – 271, jul./dez., 2020. Disponível em <https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/view/6630/leticia13n3.pdf>. Acesso em: 17 set. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em: 12 out. 2022.

MARCÍLIO, Maria Luiza. A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil: 1726 – 1950. *In*: FREITAS, Marcos Cezar de. (org.). **História Social da Infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ações de Assistência em Saúde aos Povos e Comunidades Tradicionais no Contexto da Pandemia**. Portaria GM/MS Nº 894, de 11 de maio de 2021. Brasília – DF, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC**. Brasília, 2018.

MIRANDA, Cybelle Salvador. et al. Santa Casa de Misericórdia e as políticas higienistas em Belém do Pará no final do século XIX. **Revista Histórias, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p. 525-539, abr.-jun., 2015.

MOURA, Esmeralda Blanco B. de. O FIM, O MEIO E A FORMA: o Brasil desejado, a Infância e a Lei na Assembleia Nacional Constituinte de 1934. *In*: MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima (orgs). **INFÂNCIA & SAÚDE: perspectivas históricas**. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2009. p. 21-27.

Observatório de Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas – OBTEIA. **Relatório da Agenda do OBTEIA - Melgaço / PA**. Comunidade João Paulo II- Vila do Tonhão. 2015. Disponível em https://saudecampofloresta.unb.br/wp-content/uploads/2015/07/melgaço_to_relatorio_parcial.pdf. Acesso em : 20 set. 2022.

OBSERVATÓRIO DO MARAJÓ/LUTE SEM FRONTEIRAS. **40 dias de Marajó com Coronavírus**. Cadernos do Marajó – Edição Especial, publicado no dia 01/06/2020. Disponível em www.observatoriodomarajo.org. Acesso em : 20 set. 2021.

REIS, Regina Sá dos. A influência dos determinantes sociais na saúde da criança. **LIBERTAS**, Juiz de Fora, Vol. 4 e 5, n. especial, p. 17 – 42, 2004. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18131>. Acesso em: 22 set. 2021.

RIZZINI, Irene. **O Século Perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SAINT-CLAIR, Cordeiro da Trindade Júnior. DAS “CIDADES NA FLORESTA” ÀS “CIDADES DA FLORESTA”: ESPAÇO, AMBIENTE E URBANODIVERSIDADE NA AMAZÔNIA BRASILEIRA. **Paper's do NAEA 321**. Belém, Dezembro de 2013. Disponível em www.observatoriodomarajo.org. Disponível em <https://periodicos.ufpa.br/index.php/pnaea/article/view/11281>. Acesso em : 05 out. 2022.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA – SESPA. **Regionais de Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/a-secretaria/regionais-de-saude/>. Acesso em: 10 set. 2022.

SILVA, Maria Regina Guimarães. A História da Fundação da Irmandade de Misericórdia de Guaxupé-MG. *In*: Simpósio Nacional de História – ANPUH, XXVI, 2011, São Paulo. **Anais**. São Paulo, 2011. P. 1-14