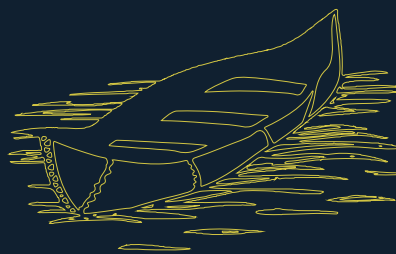


PRÁTICAS POPULARES E REPRESENTAÇÕES DE SAÚDE DE COMUNIDADES RIBEIRINHAS NO BAIXO MADEIRA

LUANA MICHELE DA SILVA VILAS BOAS
DENIZE CRISTINA DE OLIVEIRA
JOSÉ JULIANO CEDARO



Práticas populares e representações de saúde de comunidades ribeirinhas no Baixo Madeira

Luana Michele da Silva Vilas Bôas

Denize Cristina de Oliveira

José Juliano Cedaro



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA

Reitora **Marcele Regina Nogueira Pereira**
Vice-Reitor **José Juliano Cedaro**



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA

CONSELHO EDITORIAL

Presidente **Lou-Ann Kleppa**
Carlos Alexandre Barros Trubiliano
Cristiane Marina Teixeira Girard
Gean Carla Silva Sganderla
Geane Valesca da Cunha Klein
Heloisa Helena Siqueira Correia
Júlio César Schweickardt
Márcio Secco
Oswaldo Copertino Duarte
Pedro Ivo Silveira Andretta
Xênia de Castro Barbosa

Editora Filiada



Edufro - Editora da Universidade Federal de Rondônia
BR 364, Km 9,5
Campus Unir
76801-059 - Porto Velho - RO
Tel.: (69) 2182-2175
www.edufro.unir.br
edufro@unir.br

Práticas populares e representações de saúde de comunidades ribeirinhas no Baixo Madeira

Luana Michele da Silva Vilas Bôas

Denize Cristina de Oliveira

José Juliano Cedaro



Porto Velho - RO

© 2022 by Luana Michele da Silva Vilas Bôas, Denize Cristina de Oliveira e José Juliano Cedaro
Esta obra é publicada sob a Licença Creative Commons
Atribuição-Não Comercial 4.0 Internacional.



Capa:
Camila Vieira Vilarim de Sá

Revisão:
Alzimar Rodrigues Ramalho

Projeto gráfico:
Edufro - Editora da Universidade Federal de Rondônia

Diagramação:
Guilherme André de Campos

Impressão e acabamento:
Seike & Monteiro Editora

Aprovado no Edital 2019/EDUFRO

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Fundação Universidade Federal de Rondônia
Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UNIR

V697p Vilas Bôas, Luana Michele da Silva.

Práticas populares e representações de saúde de comunidades ribeirinhas no Baixo Madeira. / Luana Michele da Silva Vilas Bôas, Denize Cristina de Oliveira, José Juliano Cedaro. – Porto Velho, RO, Edufro, 2022.
228 p. : il.

ISBN: 978-65-87539-66-9 (digital)
ISBN: 978-65-87539-74-4 (físico)
DOI: 10.47209/978-65-87539-66-9

1. Práticas populares de saúde. 2. Representações sociais de saúde. 3. Comunidades ribeirinhas - Baixo Madeira - Porto Velho/RO. I. Vilas Bôas, Luana Michele da Silva. II. Título. II. Oliveira, Denize Cristina de. III. Cedaro, José Juliano. IV. Fundação Universidade Federal de Rondônia.

CDU 159.964.2(811.1)

DEDICATÓRIA

Este livro é dedicado aos povos da floresta, especialmente aos chamados povos ribeirinhos, moradores das comunidades fluviais do Baixo Madeira, que demonstram em sua essência o poder das relações interpessoais existentes no grupo, a humildade no modo de vida e a sabedoria popular que possuem. Foi a aproximação com essas singularidades, que tornou esta obra possível. Gratidão às Comunidades de São Carlos do Jamari, Calama e Demarcação, as quais me acolheram de modo prestativo, favorável à realização deste trabalho, oportunizando-me acessar, em cada contexto, os múltiplos saberes e significados existentes no contínuo saúde-doença-cuidado, confiando-me acessar a riqueza existente no senso comum, na sabedoria popular do grupo, para além do conhecimento reificado.

Dedico esta obra também aos professores da Universidade Pública, do ensino de qualidade, que resistem aos intempéries provocados ao sistema educacional no país, sobretudo, aos meus orientadores de pesquisas realizadas junto a essas populações, que fazem parte de minha trajetória desde a iniciação científica até a formação *stricto sensu*, em especial a Prof. Dra. Denize Cristina de Olivera, ao Prof. Dr. José Juliano Cedaro, ao Prof. Dr. Josué da Costa Silva e a Prof. Dra. Kátia Fernanda Alves Moreira, pelos quais tenho profunda admiração pelo trabalho realizado.

Todos aqui mencionados, possibilitaram o meu crescimento sob vários aspectos, tornando-se genuinamente merecedores de meu eterno reconhecimento, por incitarem minha capacidade de criação e aperfeiçoamento!

AGRADECIMENTOS

A minha filha Liz, fruto de amor e desejo, que nasceu no dia 23 de fevereiro de 2017, último ano de meu doutoramento e, tornou mais valiosa essa conquista. Chegou pelas mãos de seus papais, despreziosamente, em um parto domiciliar, tal como ainda ocorre em alguns lares ribeirinhos. Quando Liz chegou ao mundo, encontrou o mais puro amor! Esse fato marcou para sempre o meu existir. Por você todos os meus esforços fazem sentido, é um prazer indescritível ser sua mãe!

Àquele que está ao meu lado na jornada da vida, ao amor que sonhei um dia, Rafael!

Aos meus pais Vanderlúcia e Achiçá (*In memoriam*), que sonharam, projetaram e investiram energia, confiança e amor em minha caminhada. Por onde eu for, meu coração estará repleto de amor e gratidão por vocês.

Agradeço aos amig@s e todas as pessoas que me apoiaram e incentivaram, já que não é fácil desbravar o meio acadêmico, tão pouco galgar seus patamares como mulher, agora, conciliando a função de mãe. Esse livro é resultante da combinação, de minha perseverança, insistência, dedicação, além de uma “boa dose” de confiança no potencial humano,

Sigo em busca do crescimento pessoal, como uma das poucas certezas que temos na vida, a espera por cada um de nós...

APRESENTAÇÃO

Este livro começou a ganhar contornos e sua estrutura ser pensada antes mesmo de existir oficialmente, sua idealização teve início no período de minha graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Trata-se de um trabalho que tem como objeto as representações sociais de saúde e doença e sua relação com as práticas populares de saúde relacionadas ao sistema tradicional de saúde, realizadas pelos grupos sociais ribeirinhos em comunidades localizadas no Baixo Madeira, em Porto Velho, Rondônia. Portanto, a obra em tela é um convite a conhecer um pouco mais das comunidades do Baixo Madeira, através da lente da autora e dos coautores, por meio da frutífera experiência que a pesquisa de campo lhes oportunizou.

A escolha pela temática é consequência de minha aproximação e inserção no contexto das comunidades ribeirinhas, durante minha participação como aluna da iniciação científica e em pesquisas realizadas com essas populações. Por meio dessa aproximação, pude compartilhar as histórias, as experiências e os saberes dos moradores das comunidades, e perceber a força das tradições nos modos de vida e a utilização de estratégias para a manutenção e a recuperação da saúde do grupo.

De maneira mais específica, o interesse em compreender as representações sociais de saúde e doença e os significados das práticas populares de saúde dos ribeirinhos reflete minha participação em pesquisas de campo prévias, nas quais observei a relação de uso da terra, do cultivo das ervas, do benzimento, as crenças nas entidades míticas e nos especialistas de saber local para a cura dos mais diversos males, ou seja, a influência dos processos históricos, culturais e simbólicos na constituição do pensamento social do grupo. O despertar para essa proposta se deve, ainda, à minha origem rondoniense e às minhas raízes amazônidas, e especialmente, à minha participação em grupos de estudo e projetos de extensão naquela região, aspectos dos quais me orgulho. Em função disso, acumulei vivências que perpassam minha trajetória profissional e acadêmica e possibilitaram minha inserção

no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGPS/UERJ).

Por essas razões, faz-se importante contextualizar minha vinculação à área da Psicologia Social, à linha de pesquisa processos sociocognitivos e psicossociais, ao descrever sucintamente meu envolvimento com a temática escolhida. No período de 2004-2007 participei de atividades em projetos de pesquisa, por meio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq), sob a orientação do Dr. Josué da Costa Silva, o que possibilitou minha integração ao “Projeto Beradão”, desenvolvido pelo Grupo de Estudos e Pesquisas Modos de Vidas e Culturas Amazônicas (GEPCULTURA). Colaborei nos projetos de extensão “Trabalho, produção e sustentabilidade de populações ribeirinhas”, desenvolvido pelo Centro de Estudos Interdisciplinar em Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (CEDSA) e do projeto de extensão “Projeto Calama – ribeirinhos do Madeira”, realizado por intermédio do Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESCO/UNIR), sob a coordenação da professora Dra: Kátia Fernanda, no ano de 2007, por meio do qual tive o privilégio de ser orientada pelo Prof. Dr. José Juliano Cedaro.

A respeito dos frutos dessas participações, destaco minha contribuição nos seguintes estudos voltados para as populações ribeirinhas, localizadas realizados em comunidades rurais e fluviais do Baixo Madeira: “Representações culturais e desenvolvimento das sociedades amazônicas”; “Distúrbios e desvios sob a ótica das populações tradicionais ribeirinhas: doenças psicossomáticas no ambiente geográfico ribeirinho”; “Análise sociocultural das populações ribeirinhas residentes no entorno do rio Madeira”; “Cultura, saber e memória de populações tradicionais: um estudo para sustentabilidade da vida”; e “Parteiras ribeirinhas de Calama – Porto Velho/RO: um encontro de saberes”.

Em 2012 concluí o mestrado em Psicologia Social e desenvolvi um estudo, intitulado “Beleza e Cirurgia estética: Representações Sociais de estudantes universitário”, orientado pelo prof. Dr. Brígido Vizeu Camargo, a partir do referencial teórico da Teoria das Representações Sociais, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no Laboratório de Cog-

nição e Comunicação Social (LACCOS). Em 2013 fui agraciada pela aprovação no Programa de Pesquisa em Psicologia Social-PPGPS, pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ, e pude concretizar o sonho de voltar às minhas origens amazônidas, na condição de pesquisadora e realizar um estudo de quatro anos, junto aos povos da floresta e comunidades ribeirinhas. Tudo isso só foi possível por ter encontrado pessoas queridas, notórias referências nos estudos da Teoria em Representações Sociais no Brasil, como a Prof. Dra. Denize Cristina de Oliveira e o Prof. Dr. Celso Sá (*in memoriam*), que acreditaram na minha proposta de trabalho e dedicaram todo empenho, no repasse dos conhecimentos necessários, até a obtenção deste feito, chamado doutorado.

As vivências referidas contribuíram para o desenvolvimento de inquietações acerca das representações sociais dos povos da Amazônia, ao buscar apreender aspectos da cultura e do saber local relacionados ao conhecimento sobre os cuidados à saúde praticados por parteiras, rezadores, benzedeiros e curadores. As atividades serviram como contribuições importantes na construção do olhar, enquanto pesquisadora, acerca das populações ribeirinhas, e se deram por meio de diferentes encontros no cotidiano do grupo, com lideranças locais, com a formação de grupo focal com parteiras, dos registros das narrativas míticas e das manifestações simbólicas, a partir dos relatos dos moradores das comunidades ribeirinhas. Essas experiências possibilitaram compreender - um pouco mais - a organização do espaço social das comunidades, a formação cultural e étnica do grupo e as formas produtivas das populações ribeirinhas e, sobretudo, ampliar o entendimento do modo de vida ribeirinho; elas serviram de base para a investigação dos conhecimentos que envolviam o saber científico e o saber popular, e formaram uma “ponte” entre a universidade e as comunidades ribeirinhas, durante o intercâmbio desses saberes nas comunidades.

Sumário

5	DEDICATÓRIA
7	AGRADECIMENTOS
9	APRESENTAÇÃO
17	A AMAZÔNIA E AS ENCANTARIAS DE SEU MODO DE VIDA, UM PREFÁCIO GEOGRÁFICO E HUMANO DAS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS
21	INTRODUÇÃO
37	1. O CONTEXTO RIBEIRINHO E SEU MODO DE VIDA
38	Implicações dos determinantes sociais de saúde em populações ribeirinhas
43	Oferta, utilização dos serviços de saúde e o perfil epidemiológico de populações ribeirinhas
55	2. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA
55	Teoria das Representações Sociais: aspectos teóricos conceituais
62	Representações sociais e práticas sociais
63	Breves aspectos da trajetória teórico-metodológica
65	Cenário
66	Participantes
66	Coleta de dados
68	Análise dos dados
69	Observação participante
69	Questionário
70	Evocação Livre
71	Entrevista

73	3. AS COMUNIDADES DO BAIXO MADEIRA: DIALOGANDO COM OS RIBEIRINHOS SOBRE AS ESTRUTURAS DE SAÚDE
74	Conhecendo as comunidades do Baixo Madeira
80	Demarcação
99	Calama
109	São Carlos do Jamari
118	Aspectos de saúde comuns às comunidades
125	4. ASPECTOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES
139	5. AS RELAÇÕES ENTRE OS RIBEIRINHOS E A INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE E SEUS REPRESENTANTES
143	Recursos terapêuticos populares: preparo e indicação
147	6. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DA DOENÇA E PRÁTICAS DE SAÚDE DE MORADORES DE COMUNIDADES RIBEIRINHAS DO BAIXO MADEIRA
147	Análise Estrutural
147	Conteúdos, estrutura e elementos centrais da representação social da saúde
151	Conteúdos, estrutura e elementos centrais da representação social da doença
153	Leitura dimensional das representações sociais de saúde e doença
161	7. FALAS QUE REFLETEM O PENSAMENTO E DENUNCIAM A SITUAÇÃO DA SAÚDE E DOENÇA VIVENCIADA NAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS
163	Classe 1- Práticas Populares de Saúde
168	Classe 4 - Doença
169	Classe 2 - Serviços Oficiais de Saúde
171	Classe 3 - A Vida na Comunidade

173	8. CONTORNOS E TENSÕES ESTABELECIDAS ENTRE O SABER POPULAR E O SABER BIOMÉDICO NOS CUIDADOS DE SAÚDE DESENVOLVIDOS NO BAIXO MADEIRA
179	O cuidado praticado por especialistas locais enquanto terapêutica na resolução dos problemas de saúde
187	9. SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO: SABERES EM INTERRELAÇÃO NAS COMUNIDADES DO BAIXO MADEIRA
205	10. ENTRELAÇAMENTO DOS SABERES CONSENSUAL E REIFICADO NOS CUIDADOS DE SAÚDE RIBEIRINHO
215	Referências
227	Posfácio

A AMAZÔNIA E AS ENCANTARIAS DE SEU MODO DE VIDA, UM PREFÁCIO GEOGRÁFICO E HUMANO DAS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS

A vida em uma comunidade ribeirinha do rio madeira, tudo começa muito cedo. Lá pelas cinco horas da manhã já tem gente em movimento. Uns vão fazer o fogo, outros começam com uma volta no quintal preparando a alimentação da criação, outros começam a preparar o café da manhã, outros vão direto para a beira do rio para ver o que há de movimento nas águas, a passagem dos barcos, o nascer do sol... há sempre muito para se ver...

Começam a passar os bandos dos pássaros que se deslocam para seus locais de busca de alimentos garças, mergulhões voam rentes a lâmina das águas... bandos de maritacas ou curicas, em suas algazarras, chegam às árvores frutíferas que margeiam os barrancos dos rios... o friozinho e as grammas úmidas com muito orvalho faz o caboclo se encolher...

Nesse cenário, uma história está prestes a ser contada. A contadora da narrativa é uma mulher do local, o protagonista é seu filho. Sentados em um banco de madeira comprido, em baixo de uma mangueira frondosa, de frente para o rio, nossa narradora começa: “olhe para o rio...” me diz ela... Olhei, refletia os primeiros raios de sol da manhã, as águas do rio em sua aparente mansidão e o nevoeiro da evaporação noturna se dissipando... “calmo, bonito...” respondi. Então ela começou: “quando meu filho tinha quinze anos, ele era um menino alegre, comunicativo e todo mundo gostava dele. Menino forte, nunca adoeceu de nada. Nunca precisou tomar uma injeção. Era estudioso e gostava de pescar e nadar nesse rio, bem aí em frente onde você está vendo... Ele tinha uma namorada lá em Terra Caída (comunidade vizinha) e todo dia ia pros rumos de lá.

Pra você ver, um dia ele voltou às seis da tarde... justo às seis... ele vinha na sua bicicleta por esse caminho na beira do rio e chegando aqui ele olhou para um jirau que tinha lá em baixo porque era tempo da seca do rio e tinha um barranco enorme... tem tempo que o rio baixa muito...

meu filho viu que tinha um homem todo vestido ali em pé no jirau e ele achou estranho porque não conhecia aquele homem, não era hora de lavar roupa e de repente aquele homem lá em pé. Ele parou a bicicleta e chamou 'ei...' pois sabe que aquele homem ficou olhando para meu filho e não disse nada... só olhando... e foi caindo, caindo e mergulhou no rio e não voltou mais... meu filho ficou ali na beira do rio olhando esperando mas o homem não voltou... meu filho não teve nem reação ele só correu pra casa e ficou no canto dele quieto, sem falar com ninguém, e foi passando dia e ele ali daquele jeito sem querer conversar, trancado no quarto, as vezes dormia o dia todo... todo mundo estranhou mas ele não falava nada... numa manhã ele levantou catou um remo, corda e outras coisas e desceu o barranco, passava pelas pessoas que perguntavam se ele ia pescar e ele não dizia nada... pois ele foi lá pro jirau onde tinha as canoas amarradas e onde as mulheres iam lavar roupa... mas nessa hora não tinha ninguém... ele botou tudo que trouxe na canoa e parou ali no meio do rio amarrou a corda na cintura e na outra ponta amarrou um peso e se jogou na água... maninho que desespero! O pessoal que tava aqui na beira do barranco correu pra me chamar e eu vim desesperada, desci esse barranco e fiquei gritando por ele... de repente começou a aparecer boto... boto, boto, boto assim apinhado... pois num é que no meio daqueles votos surgiu meu filho? Ele aparecia e sumia... eu peguei uma canoa e remei pro meio dos botos... era boto batendo na canoa e eu afastando boto com o remo aí eu vi onde meu filho ia boiar de novo e remei pra lá e peguei meu filho e o arrastei para a canoa... limpei o rosto dele daquela gosma e fiz ele respirar de novo. Levei meu filho pra casa e ele estava doido, doido, doido... dizia que queria voltar pra cidade dos botos... prendemos ele no quarto e ele fugiu correndo em direção ao barranco. Foi preciso até amarrar.

Então me disseram que tinha que chamar a curadora pra tratar dele. A curadora veio e disse que ele estava com o encantamento dos botos e que era preciso tratar e logo senão ele podia cair no rio de novo. A curadora cuidou desse menino por sete dias com banhos e ervas e no final ela disse "esse menino não pode mais ficar aqui porque os botos vem buscar ele"... mandei meu filho pra cidade e essa é a história... fiquei pensativo olhando para

aquela mulher então ela me disse “olhe para o rio...” e então eu vi muitos botos, trinta? Cinquenta? Como saber? Eles faziam barulhos ao respirar e pulavam fazendo piruetas no ar foi quando uma imensa sensação de temor, medo apoderou-se de mim...

A Amazônia ribeirinha e cabocla é retratada com muita sensibilidade por Luana Michele da Silva Vilas Bôas nesta obra intitulada “Práticas Populares e Representações de Saúde de Comunidades do baixo Madeira” que adentra a um mundo das encantarias e práticas e saberes. Luana Vilas Bôas busca pela origem das comunidades ribeirinhas e trata do tempo dos seringais onde está gênese da origem, do aprendizado e encontro dos saberes que o nordestino, em seu novo espaço, passa a ter com os mistérios e encantarias das matas e das águas.

O modo de vida do homem ribeirinho é marcado por uma íntima relação de vivência, equilíbrio e aprendizado com a natureza. É também uma relação aprendizado, magia e encantarias que os seres encantados das matas e das águas precisam ensinar ao caboclo ribeirinho. Luana Vilas Bôas teve em sua formação acadêmica a especial oportunidade de vivenciar esses encantos e deixou-se encantar por esse viver caboclo amazônico. Um olhar generoso para a cultura e saberes. Um ouvir atento para as histórias e narrativas que um povo oferece quando percebe que seu interlocutor(a) tem a capacidade de ouvir e sentir. E foi assim que em sua formação inicial Luana Vilas Bôas teve a oportunidade de ouvir e imaginar as narrativas de um modo de vida diferente do seu e encantar-se. Sensibilizar-se com a relação com a natureza que esse povo lhe mostrava através de seus valores sociais, culturais e ambientais. Ouvir na mata os sons dos pássaros, do vento que brinca com as árvores, sentir a integração do pescador em pé na proa de uma canoa aparentemente frágil e esse pescador em hábil equilíbrio espera o peixe passar com a zagaia na mão... este pescador se funde ao movimento das águas, à sua canoa, ao vento que o envolve e ele se torna todos esses elementos juntos.

Nesta obra, Luana Vilas Bôas se aproxima e se integra a esse modo de vida procurando entender o que preocupa a esse povo do trato do equilíbrio/desequilíbrio de seu corpo e mente. O que é a saúde? O que é a doença?

Essas questões tomam um outro formato e se estruturam em outras formas de pensar. Como se trata de um encantamento de boto? como tratar de um encantamento provocado por uma flechada de cobra ou uma flechada de boto, ou um acometimento de um mau olhado? Ou uma criança que sofre com o quebranto? Nesse contexto qual é o diálogo possível que os saberes culturais podem travar com a medicina moderna? Qual o papel das parteiras?

A obra “Práticas Populares e Representações de Saúde de Comunidades do Baixo Madeira” colabora também no aspecto político e ambiental que vivenciamos neste ano de 2020 que enfrentamos muitos desafios. Por um lado, é o aprendizado de enfrentar uma pandemia como nos organizamos para sobreviver em tempos difíceis. Por outro, temos o avanço na sociedade das ações conservadoras e as múltiplas flexibilizações das proteções ambientais. E uma política consentida do poder público de ataque as reservas ecológicas, terras indígenas e populações tradicionais resultando em um sério agravamento a existência do modo de vida dessas organizações. Os saberes e o conhecimento popular sofrem o violento apagamento das condições de sua existência sem a possibilidade de transmitir para as gerações futuras como associar a manutenção da vida e da floresta em pé.

De fato, a obra “Práticas Populares e Representações de Saúde de Comunidades do baixo Madeira” de Luana Vilas Bôas chega em momento propício para pensarmos na necessária proteção aos modos de vidas tradicionais da Amazônia para que possamos fazer chegar às gerações futuras as riquezas ambientais e culturais, as belezas e as encantarias desse ecossistema tão singular e ao mesmo tempo tão cheio de pluralidades que é a Amazônia.

Sei que todos e todas estarão em ótima companhia na leitura desta obra.

Muito obrigado, Luana Michele da Silva Vilas Bôas...

Professor Dr. Josué da Costa Silva

Porto Velho, outubro de 2020.

<http://lattes.cnpq.br/8909795919185303>

INTRODUÇÃO

Diante das vivências adquiridas passamos a definição do problema da presente pesquisa, que ocorreu em torno das construções simbólicas acerca dos cuidados de saúde e a noção de saúde e doença, que são construídas pelos ribeirinhos do Baixo Madeira, considerando as relações estabelecidas entre pensamento e ação. A intencionalidade desta investigação está centrada em apreender as representações sociais de saúde e doença e sua relação com os cuidados populares de saúde praticados nas comunidades pelos ribeirinhos. Pretende-se ainda, que os resultados gerados por meio deste trabalho possam subsidiar um diálogo mais efetivo com os profissionais e os setores de saúde, a partir do entendimento das representações sociais. Cabe destacar que a produção desta obra, bem como a divulgação de seus resultados atendeu aos preceitos éticos estabelecidos nas pesquisas com seres humanos, no campo da saúde.

Trata-se de um campo de estudo formado por populações situadas às margens do rio Madeira, que pertence à bacia do rio Amazonas e banha os estados do Amazonas e Rondônia. O rio exerce grande influência, especialmente, na zona rural fluvial do município de Porto Velho, capital do estado de Rondônia. Seu curso é dividido em dois níveis: “Alto rio Madeira”, formado pelo trecho de cachoeiras e corredeiras, e “Baixo rio Madeira”, à jusante, formado pela região de planície florestal. Por esses motivos, as comunidades localizadas às margens desse perímetro hidrográfico são denominadas de comunidades ribeirinhas do Baixo Madeira, a saber: São José da Praia, Conceição do Galera, Curicacas, Terra Caída, Ilha Brasileira, Sobral, Bom Será, Itacoã, Papagaios, Nazaré, Demarcação, Calama, São Carlos, entre outras. As quatro últimas são distritos fluviais do Município de Porto Velho, consideradas áreas de referência frente às demais localidades – vilarejos próximos – por dispor de uma pequena infraestrutura urbana, com escolas e unidades básicas de saúde, e prestam serviços às demais comunidades do seu entorno, também chamadas de cercanias. Por essa razão, três desses distritos foram escolhidos como cenários pesquisados.

Os serviços de saúde prestados nas comunidades do Baixo Madeira são desenvolvidos por meio da atenção básica, que prevê um conjunto de ações que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a manutenção da saúde dos cidadãos. A atenção primária funciona como a porta de entrada para o sistema de saúde, a partir do qual as pessoas podem ser encaminhadas para os atendimentos de média ou alta complexidade (Brasil, 2015).

As comunidades estão localizadas ao norte do estado de Rondônia, em diferentes distâncias do município de Porto Velho, numa extensão de aproximadamente duzentos quilômetros, às margens do rio Madeira, tendo como principal acesso à via fluvial. Como forma de elucidar as distâncias, o percurso da viagem entre a capital Porto Velho até Demarcação, equivale aproximadamente a doze horas de barco, ao descer o rio e dezoito horas ao subi-lo, dependendo da potência do motor utilizado pela embarcação. A economia das comunidades é baseada, principalmente, na pequena agricultura e na pesca artesanal.

As comunidades são formadas por caboclos e migrantes remanescentes, sobretudo de nordestinos atraídos para trabalhar na Amazônia na extração do látex, no período entre 1872 e 1920, conhecido como 1° e 2° Ciclo da Borracha em RO. Os relatos apontam, que parte expressiva deles fugiam de uma forte seca que durou quase toda a década de 1870 e 1880, e encontraram oportunidades na grande necessidade de mão de obra para os seringais da Amazônia, devido à explosão de consumo de borracha no mundo; especialmente a partir da descoberta do processo de vulcanização da borracha (1839), houve o crescimento vertiginoso da matéria prima, “promovendo a força do capitalismo industrial e da tecnologia dos pneumático, fazendo com que o Governo brasileiro estimulasse a migração de trabalhadores do Nordeste para o Norte, quando aproximadamente quinhentos mil nordestinos povoaram os seringais” (Sevcenko, 2001, p. 435).

Em 1942, o Governo Vargas recrutou a tropa para uma operação de emergência que coletaria látex para os americanos, durante a Segunda Guerra Mundial, alistando para esse trabalho na região entre cinquenta e cinco e setenta mil nordestinos, segundo dados do Ministério

do Exército. É certo que vieram trinta mil homens do estado do Ceará, que fugiam da seca, do alistamento para a guerra na Europa e vinham em busca de riquezas na Amazônia e das promessas do Eldorado nesse período; os trabalhadores nordestinos foram chamados de soldados da borracha. A malária, erisipela, a febre amarela, a lepra e uma dezena de outras doenças compunham com onças, jacarés, cobras e mosquitos o “caldo letal” da floresta que ainda contava com a ameaça do Mapiunguari e da Mãe da Seringueira, em fúria pela apropriação gananciosa do espaço, e a vingança do Curupira. Ainda que a borracha representasse, até a primeira metade do século passado, a principal atividade comercial do Município de Porto Velho, atualmente a matéria prima e o seringal não exercem mais influência econômica ou social (Santos, 2002).

A região recebeu, posteriormente, migrantes do sul e sudeste, em virtude do incentivo das políticas de colonização do Governo Federal para a ocupação da região norte e do estado de Rondônia, ocorridas a partir da década de 1970, que visavam também estimular o crescimento econômico e populacional local. Nesse período, o estado era alvo de projetos de incentivo à ocupação, tais como projeto Integrado de Colonização (PIC), do Programa de Desenvolvimento Integrado do Noroeste do Brasil (POLONOROESTE), do Plano Agropecuário e Florestal de Rondônia (PLANAFLORO) e de projetos implantados pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), o que resultou em um crescimento acelerado e desordenado da população, reflexo do “surto” migratório ocorrido (Texeira; Fonseca, 2001).

A ocupação da Amazônia ocorreu ao longo de seus principais rios e, neste processo, se estabeleceram as comunidades rurais/ribeirinhas, parte dessas consideradas tradicionais, em decorrência do modo de vida sustentável que desenvolvem com a floresta (NASCIMENTO SILVA, 1996). Na Amazônia o conhecer, o saber, o viver e o fazer foram processos herdados predominantemente dos indígenas. A esses valores e crenças foram sendo incorporadas, por adaptação, assimilação, competição e difusão de conhecimentos e de novas instituições, técnicas e motivações transplantadas por

seus colonizadores e povoadores, além de valores aportados por imigrantes nordestinos e de outras regiões brasileiras (Mendonça et al., 2007).

A floresta amazônica é, sobretudo, diversidade de saberes, animais, plantas, tradições, cores dos rios, tipos de terras, entre outros. Assim, habitar essa localidade é um desafio por si só, configurando um dos saberes que as populações das florestas têm a oferecer e a dialogar com outras culturas e formas de conhecimentos. Os ribeirinhos, moradores das florestas e das margens dos rios, possuem um aperfeiçoado conhecimento do ambiente local e criam com ele uma grande diversidade de narrativas míticas voltadas principalmente à relação homem/natureza (Loureiro, 2001).

Desta forma, a construção do modo de vida e também o processo saúde e doença dos ribeirinhos são influenciados pela estreita relação com o ambiente natural, seus recursos e o conhecimento aprofundado de seus ciclos (Diegues, 2000). O rio constitui a base de sobrevivência dos ribeirinhos, serve como via de transporte, fonte de alimento e renda, graças, sobretudo às terras mais férteis de suas margens (Galvão, 1951).

É a partir deste referencial que os moradores das margens dos rios ganharam a denominação de ribeirinhos. Sobre isso, Silva e Souza Filho (2002, p. 27) apresentam como definição de ribeirinho:

(...) população constituinte que possui um modo de vida peculiar que a distingue das demais populações do meio rural ou urbano, pois possui sua cosmovisão marcada pela presença do rio. Para estas populações, o rio não é apenas um elemento do cenário ou paisagem, mas algo constitutivo do modo de ser e viver do homem.

Santos (2002) descreve um tipo humano remanescente do soldado da borracha, morador da região amazônica e da floresta localizada no interior de Rondônia, um sujeito que é detentor de uma sofisticada cultura desconhecida e de sabedoria. O autor apresenta uma sutil diferença e relação entre conhecer e saber, que também pode se aplicar ao contexto ribeirinho, na qual o conhecimento é algo racional, metodicamente construído, e integra um circuito cumulativo de conclusões montadas sobre outras pesquisas, que se aproxima do que chamamos de ciência e é o parecer da autoridade constituída; porém, sinaliza para o fato de que isto não

é tudo. Em contrapartida, a sabedoria é mais emocional derivada da experiência empírica e expressa na prática da vida posta à prova; muitas vezes se faz ilógica e abraça a lição colhida na vida materializada no convívio comunitário. De regra o conhecimento é “de fora” e a sabedoria “de dentro”.

Os povos que habitam a floresta possuem um saber sobre o manejo do ecossistema e da biodiversidade nele encontrada, repassado transgeracionalmente através da fala, do corpo, dos mitos, das práticas e dos símbolos. Por esse motivo, a restauração desse saber contribui para a socialização do saber regional, relacionando o valor cultural do uso dos recursos naturais ao grupo humano de onde ele provém, e significa um aspecto sociocultural relevante nas pesquisas com essa perspectiva (Souza, 1998).

De acordo com Amorozo (1996) toda sociedade humana, desde épocas remotas, acumula informações e experiências sobre o ambiente que a cerca, para com ele interagir e prover suas necessidades de sobrevivência. Dentre as práticas difundidas pela cultura popular, e como forma principal ou alternativa de tratamento, está o uso das plantas medicinais, rezas, chás, banhos, defumações e outros rituais de cura. O uso terapêutico das plantas medicinais, constitui-se como uma prática milenar, construída no senso comum, articulando cultura e saúde, uma vez que esses aspectos não ocorrem de maneira isolada, mas inseridos num determinado contexto social e histórico (Alvim et al., 2006).

Observa-se, no entanto, a existência de oposição entre as formas de conhecimento popular e científico, aspecto este que configura um problema enfrentado nas questões de saúde vivenciadas por populações do Baixo Madeira e que favorece o surgimento de tensões no diálogo entre ribeirinhos e os profissionais de saúde.

Nesse aspecto, as tecnologias de trabalho não médicas, sobretudo, as educativas, são largamente adotadas pelos profissionais e atreladas à própria constituição da saúde pública brasileira. A esse respeito Oliveira (2001, p. 21) destaca as bases históricas e filosóficas de constituição dos serviços de saúde pública no Brasil:

Desde os primórdios da constituição dos centros de saúde, a clientela privilegiada foi definida como a parcela excluída da sociedade, aqueles que

deveriam ser “educados” a partir de conteúdos racionalizadores centrados em hábitos de higiene pessoal e ambiental (sustentados pelo conhecimento científico da época) e também a partir de conceitos adotados como “corretos” pelas elites dominantes). Portanto, já definiam a sua orientação e seu papel social. Assim, as estratégias disciplinadoras, normalizadoras e uniformizadoras de atitudes impressas à saúde pública tem aí sua base histórica.

A argumentação da ciência a respeito da cultura popular é de que essa última identifica sintomas, mas não caracteriza ou entende as doenças como os estudiosos o fazem, e que tais informações populares não servem de base para ajudar a desenvolver, por exemplo, novos medicamentos. Entretanto, o que torna o conhecimento tradicional de interesse para a ciência é que se trata do relato verbal da observação sistemática de fenômenos biológicos, feito por pessoas que, muitas vezes, são iletradas, mas que seguramente são perspicazes na observação e no experimento, como são os cientistas (Elisabetsky, 2003). A ausência de instrução formal não é sinônimo de ausência de conhecimento. Moreira et al. (2009) amplia esse entendimento ao afirmar que o olhar que os ribeirinhos têm do mundo está tanto no saber construído pela ciência, como no saber disseminado pela vida cotidiana.

Os cuidados em saúde, praticados em comunidades ribeirinhas, estão orientados pelo saber popular que privilegia aspectos da religiosidade, territorialidade, alimentação, formas de relações interpessoais e da própria cultura. Entre as terapêuticas estão: os chás das ervas, emplastos, rezas e garrafadas, realizadas por especialistas do saber local como rezadores/benzedeiros, curandeiro/pajé e parteiras. Cunha e Sabóia (1981, p. 270) indicam que “a OMS, através de seu Comitê de Medicina Tradicional, tem incentivado e apoiado programas e profissionais com a finalidade de integrar os ervanários, na terapêutica cotidiana dos países em desenvolvimento”.

As políticas públicas de saúde buscam atender às especificidades e contextos das comunidades ribeirinhas. Entre os princípios que dão base ao Sistema Único de Saúde (SUS), surge a necessidade de se reduzir as disparidades sociais e regionais nas ações de saúde realizadas no país, a partir da melhoria das condições de saúde da população, na busca de maior equidade

(Brasil, 2000). A política adotada soma esforços para que essa diminuição possa causar um maior equilíbrio no uso dos serviços a partir do momento em que houver uma descentralização de práticas autoritárias das instituições e dos profissionais de saúde, que delegam à população um lugar não de diálogo, mas de ouvinte.

A legitimação e a institucionalização de abordagens de atenção à saúde, voltadas para a medicina tradicional no Brasil, teve início a partir da década de 1980, principalmente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente foi criada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, instituída pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 971, de 03 de maio de 2006, tendo como objetivo ampliar as opções terapêuticas aos usuários do SUS, dentre estas, as plantas medicinais, visando garantir à população brasileira o acesso aos fitoterápicos e a serviços relacionados à fitoterapia, de forma segura, eficaz e de qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde. (Brasil, 2006a, 2006b). Todavia, as ações incentivadoras oriundas de políticas públicas institucionais ainda não perpassam a realidade de saúde das comunidades ribeirinhas do Baixo Madeira, onde essas práticas são manifestadas de modo paralelo.

No cenário brasileiro das políticas públicas de saúde, o Ministério da Saúde (Brasil, 2012) e demais esferas da gestão do SUS vem implementando as políticas da promoção da equidade, com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, entre eles, a população do campo e da floresta, na qual se insere as comunidades ribeirinhas. Essa política está relacionada ao desenvolvimento humano e à qualidade de vida desses grupos. Uma de suas propostas é a valorização de práticas e conhecimentos tradicionais de saúde, com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social, na produção e reprodução de saberes das populações ribeirinhas.

O planejamento das políticas de saúde tem tomado como estratégia a elevação de todos a um patamar mínimo, a partir do qual seja possível caminhar com mais precisão segundo o princípio da integralidade, por meio do qual a atenção em saúde deve levar em consideração

as necessidades específicas de pessoas e grupos de pessoas, ainda que minoritários, em relação ao total da população, o que significa um desafio permanente e dinâmico do SUS (Brasil, 2000).

A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 com o objetivo de avançar no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para diferentes populações e realidades do Brasil, facilitou as condições para que sejam criadas opções de atendimento específicas e direcionadas para o atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal e do Pantanal Sul Mato-grossense (Brasil, 2012).

Considerando as especificidades locais de comunidades ribeirinhas, os municípios podem optar entre dois arranjos organizacionais para compor as equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do país: as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR), que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS), construídas/localizadas nas comunidades pertencentes a regiões à beira de rios e lagos, cujo acesso se dá por meio fluvial; e as equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF), que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), por meio de barco. A implantação dessas equipes de saúde segue os mesmos critérios das equipes e dos núcleos de apoio à saúde da família.

As equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais devem ser compostas, durante todo o período de atendimento à população, por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e da Comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um técnico ou auxiliar de enfermagem e seis a doze agentes comunitários de saúde (Brasil, 2012).

Para a análise das comunidades ribeirinhas deve-se considerar que a compreensão do processo saúde-doença está pautada, além do conhecimento científico e de especialistas tradicionais, também no conhecimento do senso comum, nas tradições populares, nas práticas e saberes dos curandeiros, benzedeiras e rezadores que constroem saberes e o disseminam em forma de ações de cuidado e cura aos moradores dessas comunidades, que

compartilham entre si esses conhecimentos. Esses sujeitos são portadores de representações, que ao longo do tempo foram sendo criadas, solidificadas e tidas como verdade. Produzem conceitos constituídos ao longo do tempo, de acordo com a história, crenças e cultura de cada sociedade, que foram se modificando e alterando os paradigmas científicos, pois o que era tido como certo no passado, hoje pode estar ou não completamente transformado, por conta de outras descobertas, estudos e até mesmo novas representações (Sevalho, 1993).

Parte-se do seguinte pressuposto: “o saber popular de saúde dos ribeirinhos privilegia elementos psicossociais, além dos biológicos, nas concepções de saúde, através da articulação de crenças, religiosidade, identidade, fatores socioeconômicos, relacionamento interpessoal e cultura”. Pensa-se que as formas representativas de saúde e doença que orientam as práticas populares de saúde vão além da relação profissional de saúde-paciente e estejam inscritas nas atividades cotidianas do povoado, em uma dinâmica que, segundo Moscovici (2011), envolve dois universos: o consensual e o reificado. O primeiro envolve as crenças, tradições, imagens e memórias comuns a todos; é o local de um hábito familiar que, de maneira geral, é partilhado cotidianamente por meio da conversação. O segundo apresenta-se como forma de saber e conhecimento estruturado e socialmente hierarquizado, também chamado de universo científico.

Adotou-se, portanto, como orientação uma perspectiva psicossocial, sob a ótica da Teoria das Representações Sociais (TRS), conforme constituída por Moscovici (1978). Essa abordagem pode contribuir para uma maior aproximação à realidade social, promovendo um diálogo entre os diferentes saberes reificados com o saber popular para os ribeirinhos, privilegiando o senso comum produzido no grupo e o conhecimento tácito da situação cotidiana de saúde. Moscovici (1978) considera que as pessoas, além de processarem informações, pensam, constroem conhecimento sobre a sua realidade cotidiana e criam soluções para seus problemas. Tais soluções, na maioria das vezes, baseiam-se no saber do senso comum articulado ao saber reificado da ciência.

De outra forma, a TRS coloca-se, neste contexto, como alternativa de apreensão do saber prático produzido pelos ribeirinhos, como uma

alternativa de estudo sobre a construção da realidade de saúde de comunidades afastadas dos grandes centros urbanos e dos seus valores. A TRS foi adotada a partir da sua abordagem processual, na qual a representação social é definida enquanto “uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborada e compartilhada, com um objetivo prático e contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Jodelet, 2001, p. 22). As representações são formas de conhecimento construídas e reconstruídas coletivamente, sustentadas pela comunicação, que convergem à prática, geram comportamentos, atitudes e imagens mais ou menos comuns entre os indivíduos (Jodelet, 2001).

As representações são caracterizadas por um olhar total e particular sobre o objeto e o indivíduo, possibilitando uma melhor compreensão da realidade (Oliveira, 2000). As representações guiam o modo de definir e nomear os diferentes aspectos da realidade e de interpretar esses aspectos, tomar decisões e se posicionar frente a eles. Assim, as representações servem como um guia para a ação ao orientar indivíduos e grupos em suas práticas, construindo uma visão consensual do real que favorece trocas e ações cotidianas (Abric, 2000).

Nesse sentido, os ribeirinhos edificam as representações de saúde e doença por meio de suas vivências na comunidade de pertença, nas interações sociais estabelecidas em seu interior, a partir de um sistema de interpretação da realidade que serve como guia para orientar as práticas de saúde do grupo, entendidas como práticas populares de saúde. Desse modo, interessa-se pelos conhecimentos acerca de saúde e doença e sua relação com as práticas populares de saúde, socialmente elaboradas e compartilhadas no grupo social ribeirinho. Enquanto formas de conhecimentos, constituem um sistema de informações que se diferencia do saber reificado; este último incide sobre o conhecimento produzido pelo senso comum, e estabelece com esse uma relação de poder, que os torna antagônicos. Apesar da sobreposição estabelecida entre os diferentes saberes, podem se complementar quando reelaborados e praticados pelos sujeitos, a partir de suas representações. A influência de valores culturais internos e externos ao grupo, as relações sociais diferenciadas da organização e cultura ribeirinha,

também atuam sobre esses sistemas e contribuem para permanência e/ou mudança dessas representações ao longo do tempo.

A compreensão das representações sociais da saúde-doença e do saber popular aplicado à saúde em comunidades do Baixo Madeira trata-se da questão central em discussão. Tal interesse tem relação com o próprio significado das representações, como forma de conhecimento, que contribui para o entendimento das práticas, das questões de identidade e das ações de saúde realizadas nas comunidades ribeirinhas. Há, portanto, uma diversidade de relações e suportes para as manifestações cotidianas das representações relevantes do ponto de vista da observação e da análise nessa pesquisa, especialmente, as relações existentes entre os ribeirinhos, os profissionais de saúde, por meio das práticas médicas - oficiais - e os especialistas locais, através das práticas tradicionais de origem nativa, consideradas de cunho mágico-religioso.

Quanto à análise das relações entre práticas profissionais de saúde e práticas populares, Quintana (1999) esclarece que se estabelece uma clivagem forçada: associada à medicina está o empírico, a farmacopeia, o racional e o orgânico; nas práticas populares, há o simbólico, o ritual, o irracional, o psicológico, o social e o cultural. Para Santos (1994) não existe prática puramente científica ou puramente mágico-religiosa, ambas são complementares; para a subjetividade pós-moderna não há uma única forma de conhecimento válida, mas muitas formas, amparadas nas práticas sociais que as geram e as sustentam, caracterizando-as como conhecimento prático e social.

Ao problematizar o saber em saúde, Oliveira (2000, 2011) aponta para a superação da dimensão clínico-biológica e normativa e a construção de uma dimensão interdisciplinar que dê conta dessa superação. Deve-se considerar que os processos de intervenção em saúde implicam na avaliação das necessidades de saúde, e se propõe que tais necessidades sejam acessadas através da exploração das dimensões objetivas e subjetivas presentes no processo saúde-doença tal como representadas pelos sujeitos, subjacentes às suas necessidades e demandas por ações e serviços de saúde. É por meio da proposta de descrição das dimensões objetivas e subjetivas da saúde,

representadas pelos sujeitos, que a articulação da Teoria das Representações Sociais com os paradigmas da saúde, encontra fundamento neste trabalho.

Almeja-se fazer parte das pesquisas de interface entre saúde e representações sociais. Para tanto, é importante ter acesso ao conhecimento social que orienta as práticas populares de saúde no grupo, por meio da noção de saúde e doença e o conhecimento que o grupo utiliza para interpretar e justificar suas práticas. Ao identificar-se as representações sociais da saúde-doença e as práticas populares de saúde em populações ribeirinhas, a partir dos processos que as constituem, têm-se como finalidades informar o planejamento em saúde local, oferecer subsídios e alternativas de atendimento à saúde mais compatíveis com as modalidades de pensamento do grupo social pesquisado, além de contribuir com a preservação da identidade social do grupo.

Adotou-se alguns pressupostos, embasados na literatura e na aproximação prévia da pesquisadora com as comunidades pesquisadas, a saber: há dificuldade no acesso aos serviços públicos essenciais de saúde e indícios de contradições entre o saber científico e o saber popular, que influenciam a constituição e a organização do cuidado de saúde, pois localmente são criadas e difundidas alternativas de tratamento para os problemas de saúde, consideradas compatíveis com as disponibilidades e anseios das populações ribeirinhas, enquanto forma de expressão de um traço cultural alternativo e complementar às práticas oficiais de saúde e ao modelo normatizador vigente. Diante das circunstâncias, os tratamentos convencionais ofertados pelas instituições de saúde corresponderiam parcialmente aos interesses e necessidades do grupo e seriam complementados por métodos e intervenções cuidativas realizadas pelos próprios atores sociais, conforme demonstram estudos previamente realizados nas comunidades ribeirinhas (Vilas Bôas; Silva; Oliveira & Cedaro, 2017; Vilas Bôas & Oliveira, 2016; Vilas Bôas, 2016).

De acordo com o modo de vida e as condições de saúde das populações ribeirinhas, é importante considerar as particularidades e os diferentes processos lógicos predominantes no contexto a ser pesquisado, relacionados às maneiras de pensar e de agir frente aos problemas de saúde e a forma

de interação entre os universos consensual e reificado nas práticas de saúde realizadas no grupo social ribeirinho. Deseja-se, portanto, acessar o conhecimento social que orienta as práticas populares de saúde, a partir da noção de saúde-doença e do conhecimento que o grupo utiliza para interpretar a realidade e justificar suas práticas, sob a ótica ribeirinha.

Com base no exposto, derivam as seguintes perguntas norteadoras da pesquisa: Quais as representações sociais de saúde e doença construídas pelas populações ribeirinhas do Baixo Madeira? Quais características particulares são assumidas nas práticas de saúde realizadas no grupo social ribeirinho? De que modo se estabelecem as relações entre os ribeirinhos e os profissionais de saúde na partilha do saber científico e do saber popular nas comunidades?

Problematiza-se a importância do reconhecimento e valorização da subjetividade dos sujeitos, enquanto políticos e ativos, individuais e coletivos, que expressam as necessidades do grupo social, na medida em que participam da construção de representações coletivamente determinadas. Considerando as possibilidades de análises psicossociais implicadas no objeto pesquisado e o alcance de seus objetivos, esta pesquisa se insere no campo de estudos da Teoria das Representações Sociais (TRS) em sua interface com a saúde.

Trabalhar com as representações sociais da saúde, especificamente, possibilita perceber que o sentido não está em educar necessariamente as pessoas, mas em tornar inteligível a relação entre pensamentos distintos. Esse campo de estudos abre perspectivas para a compreensão da relação entre ciência e senso comum, especialmente em comunidades ribeirinhas localizadas no Baixo Madeira, que ainda mantêm relativo distanciamento dos modos de produção modernos, por tratar-se de uma região em que a produção tecnológica e o seu consumo ainda não são evidentes. Pode contribuir também para o entendimento de técnicos e profissionais das equipes de saúde, que nem sempre estão preparados para trabalhar em situações adversas que envolvam grandes distâncias, desigualdades sociais e econômicas, além de crenças e valores arraigados às questões de saúde.

De acordo com Oliveira (2001) as mudanças nas práticas dos profissionais de saúde perpassam por uma reflexão sobre a experiência cotidiana, pelos avanços nas discussões nos campos social, político e econômico, pelos desafios profissionais em conceber uma teoria que dê suporte a uma prática profissional comprometida com a realidade, no papel da academia em pensar junto com a sociedade seu campo de atuação e as necessidades que emanam sobre os novos paradigmas do campo saúde. Nesse sentido, os trabalhos desenvolvidos a partir da teoria proposta por Moscovici (1961, 1976) contribuem para a compreensão das dimensões implicadas nas cognições sociais que emergem do contexto sócio-histórico do grupo, da influência que exercem os universos consensuais e reificados, envolvidos nas experiências e práticas cotidianas.

Conhecer a representação social acerca da saúde e doença de populações ribeirinhas permitirá captar os pensamentos que influenciam as práticas de cuidados com a saúde, tais como: 1) a compreensão de como a idade; 2) quais as decisões tomam perante situações de adoecimento; 3) como reconstroem a identidade em face das práticas realizadas no grupo; e 4) como estabelecem as relações entre os ribeirinhos e os profissionais de saúde.

Por esses motivos, objetiva-se analisar as representações sociais de saúde e doença e suas relações com as práticas populares de saúde, construídas e compartilhadas na dinâmica da vida social dos ribeirinhos, nas comunidades do Baixo Madeira, em Porto Velho/RO.

Com vistas ao alcance do objetivo geral propõe-se: 1) descrever as características sociodemográficas das populações ribeirinhas pesquisadas; 2) discutir o acesso e utilização dos serviços de saúde local; 3) identificar e descrever os conteúdos e as estruturas das representações sociais de saúde e doença; 4) investigar como se estabelecem as relações entre os ribeirinhos e a instituição de saúde; 5) investigar os contornos e as tensões estabelecidas entre o saber popular e o saber biomédico nos cuidados de saúde desenvolvidos e; 6) discutir o cuidado praticado por especialistas locais, enquanto terapêutica na resolução dos problemas de saúde.

Considerando que as representações sociais são saberes do senso comum, um conhecimento prático que orienta o sujeito a lidar com o

mundo no seu cotidiano (Jodelet, 2001), essa noção mostra-se apropriada para a compreensão psicossociológica do objeto pesquisado. Ocupar-se-á, entre outros aspectos, de uma modalidade de saber gerada por intermédio da comunicação no cotidiano dos ribeirinhos, com a finalidade prática de orientar os comportamentos em situações sociais concretas. Em outras palavras, significa que é importante acessar os saberes de saúde e doença relacionados às práticas mediante a interação social existente nas comunidades ribeirinhas e a influência diferencial dos membros sobre essas representações.

Desse modo, a pesquisa das representações sociais em interface com a saúde, a partir da apreensão do senso comum, desenvolvidas no contexto rural ribeirinho mostra-se relevante do ponto de vista social e científico, ao favorecer a noção sobre as condições de saúde dessas populações e subsidiar elementos para a análise do pensamento social do grupo acerca do processo saúde-doença. Sobretudo, auxiliam a compreensão das práticas populares de saúde realizadas em comunidades ribeirinhas do Baixo Madeira, contribuindo para o modelo assistencial de saúde aplicado às populações das florestas. Além disso, favorece com que os profissionais da saúde conheçam as singularidades que distinguem populações urbanas e rurais e o papel protagonista que as populações ribeirinhas assumem na trajetória de vida em prol da saúde (Brasil, 2007).

Espera-se que a produção e a divulgação deste livro contribuam com as ações de saúde mais aderentes à realidade das comunidades ribeirinhas, favoráveis à construção de atenção mais efetiva e resolutivas, de acordo com suas necessidades e demandas. É desejável também que possam colaborar com a construção de políticas públicas de saúde coerentes à identidade cultural das comunidades rurais/ribeirinhas, especialmente, as existentes no Baixo Madeira.

O presente livro está dividido em dez capítulos: o primeiro capítulo apresenta relevantes aspectos teóricos com base na abordagem socioantropológica. O terceiro capítulo apresenta a teoria das representações sociais, que fundamenta o estudo, por meio do instrumental teórico e metodológico. O quarto capítulo tratará do percurso metodológico, serão abordados o tipo de pesquisa, os cenários, sujeitos, as técnicas de coleta e de análise de dados,

bem como os aspectos éticos. O quinto ao sétimo capítulos serão dedicados aos resultados obtidos nas diferentes linhas de estudo, ou seja, as observações realizadas em campo, os estudos estatísticos, os significados, conteúdos e estruturas que expressam a organização e as dinâmicas das representações sociais de saúde e doença e sua relação com as práticas populares de saúde. Por fim, os capítulos oito, nove e dez apresentam uma síntese e articulação teórica dos resultados encontrados.

1. O CONTEXTO RIBEIRINHO E SEU MODO DE VIDA

Os estudos selecionados para compor este livro apresentam primeiro apresenta as condições de saúde no cenário ribeirinho, o segundo revela um panorama das condições de saúde no cenário ribeirinho e sugere um conjunto de informações importantes para a apreensão do processo saúde e doença em comunidades ribeirinhas da região norte brasileira. No recorte obtido, há o predomínio de estudos epidemiológicos do tipo observacional com delineamento descritivo, que evidenciam a influência dos determinantes sociais relacionados à ocorrência de problemas de saúde e aos fatores de risco nesse contexto. Entre a seleção obtida, estão temas de interesse que apresentam os casos novos (incidência) e os casos já existentes (prevalência) de doença e buscam examinar a condição de saúde dessas populações em função de variáveis sociodemográficas, por meio de estudos que abordam os principais agravos à saúde em comunidades ribeirinhas (Lima-Costa; Barreto, 2003).

Portanto, além dos agravos de saúde, o recorte contempla estudos que avaliam o ambiente de grupos em situação de vulnerabilidade em contexto ribeirinho, os recursos terapêuticos tradicionais utilizados no tratamento e cura das doenças e o modo pelo qual a escassez de serviços de saúde impacta os moradores e trabalhadores ribeirinhos. Seus achados enfatizam o caráter prioritário das ações de saúde para essas populações, conforme ver-se-á.

Pesquisas indicam que os fatores biopsicossociais incidentes nas questões de saúde das comunidades ribeirinhas apresentam similaridades nos desafios de saúde, impostos pelo isolamento territorial e pelo acesso limitado aos serviços de saúde, constituindo um grupo com demandas peculiares ao sistema oficial de saúde. Estudos epidemiológicos orientados para os problemas de saúde das populações contribuem sobremaneira para sua compreensão, construída a partir do papel significativo que ocupam os determinantes de saúde, nas questões de grande relevância e impacto

potencial para a melhoria das condições de saúde da população e dos serviços de saúde. A noção do papel dos determinantes nesse processo explicaria por que determinados grupos da população estão mais suscetíveis do que outros ao adoecimento (Almeida-Filho; Rouquayrol, 2003; Affonso; Barbosa; Novo, 2011).

Nesse sentido, os determinantes sociais de saúde destacam-se como um tema recorrente nos estudos epidemiológicos realizados em comunidades ribeirinhas, perpassando características individuais e coletivas e o estilo de vida de seus moradores. Tomando como base o levantamento bibliográfico realizado, pela síntese de dados pré-existentes, as pesquisas cujo foco de análise contempla a relação entre as variáveis socioeconômicas, políticas, socioculturais e socioambientais e o processo saúde e doença em populações ribeirinhas, reúnem evidências sobre a saúde praticada nas comunidades ribeirinhas localizadas na região norte brasileira. Com isso, pretende-se também subsidiar, ainda que de forma aproximada, a compreensão das implicações dos fatores biopsicossociais no cenário da saúde ribeirinho e elucidar as estratégias de enfrentamento internas e externas ao grupo nos cuidados de saúde.

Implicações dos determinantes sociais de saúde em populações ribeirinhas

A Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) aponta como fatores determinantes e condicionantes da saúde “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais”, entre outros (Brasil, 1990). De acordo com a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008), os indicadores sociais de saúde estão vinculados aos comportamentos individuais e as condições de vida e trabalho. São os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e os fatores de risco na população. Estão relacionados à forma como se organiza a vida

social, e servem de modelos explicativos para as situações desiguais e injustas, denominadas de iniquidades.

Foram avaliadas as mudanças na qualidade da água dos ribeirinhos que habitam as margens de uma planície de inundação, do lago Grande de Curuaí, Óbidos/PA, em função do pulso de inundação, durante o ano hidrológico de 2003 a 2004, tendo por base as classes de uso da água (de acordo com a Resolução nº 357/2005 da Agência Nacional de Águas). Constatou-se que a saúde dos ribeirinhos está ameaçada pela presença de algas potencialmente tóxicas. A planície de inundação do lago é um sistema *supereutrófico*, com níveis de oxigênio dissolvido e clorofila-*a* imprópria para o abastecimento humano durante o período de vazante do ciclo hidrológico. É necessário o monitoramento da qualidade da água em lagos da Amazônia, a fim de garantir a disponibilidade da água com qualidade para essas populações (Afonso; Barbosa; Novo, 2011).

Os autores esclarecem que a garantia da qualidade da água para consumo humano é essencial para as políticas de saúde pública. Na planície Amazônica a variação sazonal do nível de água provoca inundações periódicas das áreas marginais que são normalmente utilizadas para os assentamentos humanos, sobretudo com ações para a agricultura e para a pecuária. Nesse processo ocorre a troca de materiais entre os ecossistemas terrestres e aquáticos que afeta a proporção de componentes em suspensão dissolvidos na água, e suas características físico-químicas e, conseqüentemente, a qualidade desse recurso utilizado pela população ribeirinha local.

Conforme Giatti e Cutolo (2012), a região da Amazônia Legal no Brasil apresenta desafios quanto ao acesso à água para sua população, mesmo com grande abundância de recursos hídricos. Por esse motivo, foram explorados os condicionantes de acesso à água para consumo humano, considerando aspectos ambientais, socioculturais e de infraestrutura. Os achados revelam que percepções equivocadas sobre a qualidade de água, abundância de recursos hídricos, origem e veiculação de doenças podem ocorrer entre a população de um modo geral, mas também entre os gestores, a partir das mentalidades. Com efeito, ocasionalmente criam-se tabus quanto à utilização de água tratada de abastecimento público

entre algumas populações. Esse aspecto permite colocar a hipótese de que percepções errôneas podem estar prolongando uma situação de estagnação e poucos avanços na ampliação das redes de abastecimento de água e de captação e tratamento de esgotos na Amazônia.

Nesse sentido, a qualidade da água para consumo humano é considerada requisito básico e pode ser alcançada mediante viabilização de novas possibilidades tecnológicas voltadas à melhoria das condições de vida dos grupos mais vulneráveis da população. Como forma alternativa de enfrentamento das questões que envolvem a qualidade da água, comunidades rurais ou urbanas têm acesso às chamadas tecnologias sociais que vêm sendo largamente usadas em diferentes países, como alternativa financeiramente viável para que populações consideradas economicamente pobres tenham acesso às oportunidades de ocupação e renda e possam obter a partir de alternativas propostas, melhorias na qualidade de vida, especialmente, àquelas relacionadas ao saneamento básico. Como mostra uma avaliação custo-benefício do uso de uma tecnologia de baixo custo para abastecimento de água potável, o sistema SODIS, tecnologia empregada para desinfecção de água através da radiação solar, em moradias ribeirinhas de baixa renda (Lobo et al., 2013).

Ainda sobre a relação entre fatores socioambientais e o processo saúde e doença, avaliou-se a fonte e a provável via de exposição dos trabalhadores garimpeiros das casas de compra e venda de ouro ao arsênio e mercúrio. Constatou-se que as médias encontradas nos resultados dos exames dos trabalhadores pesquisados coincidem com médias de normalidade referidas na literatura, em populações não expostas ao arsênio e mercúrio, aspecto considerado positivo, mesmo diante às circunstâncias de exposição contínua as quais os trabalhadores estão submetidos (Santos et al., 2003).

Outro determinante social de relevante impacto à saúde dos ribeirinhos é o fator socioeconômico, especialmente quando se pensa na saúde infantil. Por esse motivo, investigou-se os determinantes do estado de saúde de crianças menores de dois anos de idade, de comunidade ribeirinhas do Estado do Pará. Contatou-se que 59,4% das crianças nessa faixa etária foram consideradas com saúde ruim. Ao contrário do que ocorre entre as

populações urbanas, nas quais ter casa própria significa melhor condição socioeconômica, em áreas ribeirinhas, ter casa própria e mais idade pode representar mais tempo de exposição ao risco de saúde ruim, devido às adversidades locais, como as precárias condições de moradia, saneamento, assistência à saúde e acesso a alimentos. Todavia, melhores condições de saúde nessa fase da vida demandam ações de prevenção de doenças e promoção de hábitos de vida saudáveis, que interligados, possibilitem o pleno crescimento e o desenvolvimento infantil (Silva; Moura, 2010).

A região amazônica, se comparada às demais regiões do país, apresenta graves problemas relacionados à prestação de serviços de saúde, pois somente 20% de seu território possui cobertura, aspecto que demonstra a iniquidade e a limitação na oferta de serviços de saúde para essas populações (Aguiar, 2006). Assim, parcela considerável das comunidades ribeirinhas localizadas no norte do Brasil encontra-se isolada dos grandes centros, especialmente no que se referem à oferta e utilização dos serviços de saúde, em função de ser uma região geográfica de grande dimensão, com população distribuída ao longo de centenas de rios, na maioria das vezes, sem acesso por estradas (Cohen-Carneiro et al., 2010).

Entre os registros epidemiológicos identificou-se temas voltados às doenças consideradas comuns à região, que demonstram, por exemplo, a prevalência das hepatites virais e a exposição às enfermidades infecto-parasitárias entre populações ribeirinhas fortemente associadas às condições socioeconômicas e socioambientais. Porém, as questões de intervenção nas condições de saúde são consideradas pouco exploradas junto às populações ribeirinhas e carecem de estudos naquele contexto. Contudo, as pesquisas obtidas demonstram a necessidade de trabalhos de promoção e educação em saúde, que oportunizem práticas preventivas junto às populações ribeirinhas e, fundamentalmente, contribuam para a melhoria na qualidade de vida em áreas ribeirinhas (Oliveira et al., 2011; Ferreira et al., 2010; Coutts, Coombes, 2012; Oliveira et al., 2013; Ruzany et al., 2014; Santos et al., 2010).

Percebe-se que o cenário ribeirinho pesquisado é atravessado por condições adversas que corroboram com a situação de iniquidade, refletida

na ausência quase total de serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade, além das questões socioeconômicas que atingem à saúde e qualidade de vida das pessoas, acrescidas do isolamento geográfico e da falta de profissionais para atuar nessas localidades. A soma desses fatores ocasiona o não cumprimento dos direitos à saúde, à equidade e à universalidade da assistência às populações ribeirinhas (Cohen-Carneiro et al., 2009; Cohen-Carneiro et al., 2010; Oliveira, Moreira, 2007; Laperrière, 2007).

Destaca-se, porém, entre os achados, o fato de que não apenas o setor oficial de saúde aparece como o único mediador ou responsável por criar estratégias de enfrentamento para a situação de saúde local, e suprir as demandas de saúde existentes nas populações ribeirinhas. Prova disso, são os diferentes recursos alternativos criados por agentes internos e externos ao grupo ribeirinho, que permitem a reintegração social de pessoas preteridas pelo isolamento geográfico, auxiliam na difusão da informação de saúde, proporcionam a capacitação dos moradores e oportunizam melhorias nas condições de saúde ribeirinha, por meio de ações que promovem a recuperação da saúde, com recursos próprios existentes no grupo e desenvolvem a corresponsabilidade da população ao promover melhorias na saúde de seus membros (Santos et al., 2003; Cohen-Carneiro et al., 2009; Miranda et al., 2012; Santos et al., 2012).

Embora se atenha a situações distintas, observa-se que a variedade de estudos põe em destaque fatores como o isolamento geográfico das comunidades ribeirinhas, o acesso limitado a cuidados de saúde e as necessidades de saúde parcialmente satisfeitas pela medicina proposta pelo setor oficial. Esse aspecto também contribui para a continuidade de praxis extraoficiais de cuidados de saúde, observadas nos rituais de cura e recursos utilizados por especialistas tradicionais, de saber local, que desenvolvem a medicina popular que age de forma complementar em comunidades da floresta amazônica. Esse recurso interno ao grupo demonstra o modo sustentável de saúde praticado pelos ribeirinhos, com base na sabedoria local, que pode inclusive contribuir ao modelo oficial de saúde, uma vez que seja considerada e reconhecida a sua importância (Santos et al., 2012).

Pelas razões apontadas, a realização de estudos no contexto ribeirinho se mostra primordial às políticas públicas de saúde, uma vez que dão visibilidade à situação de saúde nessas comunidades, evidenciam a precariedade na oferta e utilização dos serviços e privilegiam a compreensão dos diferentes fatores determinantes e condicionantes da saúde que incidem em populações que possuem singularidades diferenciadas das existentes nos centros urbanos. Seus resultados podem oferecer subsídios para a análise do modelo assistencial de saúde vigente em populações rurais das florestas, sobretudo, para a implantação de medidas de prevenção e controle de problemas de saúde prevalentes no grupo, fundamentais para subsidiar as práticas de saúde que visem à melhoria na qualidade de vida entre os ribeirinhos, de maneira mais condizente ao seu perfil (Affonso et al., 2011; Aguiar, 2006).

Oferta, utilização dos serviços de saúde e o perfil epidemiológico de populações ribeirinhas

O cenário ribeirinho enfrenta dificuldades relacionadas à precariedade de ações das políticas públicas, incluindo a falta de acesso aos serviços públicos essenciais, como educação e saúde. Na Amazônia brasileira, a falta de equidade condiciona deficiências maiores na prestação de serviços, contribuindo para uma cobertura de saúde limitada, em torno de 20%, sendo, portanto, a mais baixa no país, quando comparada com outras regiões (Aguiar, 2006). Ainda segundo o autor as deficiências são generalizadas, distribuídas principalmente na malha hidrográfica do interior que continua a sofrer fortes restrições de desenvolvimento humano, afetando principalmente o homem da área rural. Um dos fatores seria reflexo da ineficácia das políticas sanitárias na região que conduz a uma maior prevalência de enfermidades.

Fatores socioeconômicos e geográficos têm marcada influência nas oportunidades de acesso aos serviços de saúde; em virtude disso, podem ser esperadas variações importantes nas características de utilização dos serviços entre populações rurais e urbanas. Além disto, especificidades regionais

importantes, como a diferenciação entre população rural de beira de estrada e rural ribeirinha, precisam ser consideradas para a caracterização da utilização e oferta de serviços de saúde em razão das distâncias e no acesso que cada uma apresenta.

Em razão das singularidades existentes no meio ribeirinho, Cohen-Carneiro et al., (2009) analisaram a oferta e utilização de serviços de saúde bucal em Coari/AM. Os resultados evidenciam o acesso precário dos ribeirinhos aos serviços de saúde bucal. Na realidade, há uma ausência de serviço odontológico permanente nessas comunidades, ocorrendo apenas ofertas esporádicas com os atendimentos feitos pelos chamados “barcos da saúde”, sobretudo quando se trata das comunidades mais distantes. O resultado é que tratamento odontológico resume-se ao controle da dor, e o procedimento quase sempre adotado é a extração dentária.

Ainda sob o enfoque das dificuldades no acesso aos serviços de saúde, foram analisados os impactos da saúde bucal em duas comunidades ribeirinhas e a oferta e utilização de serviços odontológicos, a partir das comparações entre comunidades de diferentes distâncias em relação ao centro urbano. Os dados revelam que a prevalência dos impactos foi alta, especialmente para os ribeirinhos que vivem mais distante dos centros urbanos (Cohen-Carneiro et al., 2010). A prevalência de cárie não tratada, dor bucal, edentulismo (ausência de dentes) e impactos negativos da saúde bucal foi alta entre os ribeirinhos, especialmente aqueles que vivem mais distante do centro urbano. Adicionalmente, o acesso precário dos ribeirinhos aos serviços de saúde bucal aponta para a necessidade eminente de implantação de medidas amplas de promoção de saúde, aliada à maior oferta de serviços nessas localidades.

Em uma perspectiva preventiva da saúde, analisou-se o comportamento de populações da zona rural/ribeirinha quanto à prática de atividades físicas do trabalho e do lazer, as dificuldades existentes para sua realização e o nível de conhecimento deles sobre o tema. Percebeu-se a necessidade de informações sobre as atividades físicas, recreativas e de lazer de forma a complementar o aspecto da vida cotidiana para além das obrigações com o trabalho e a sobrevivência (Miranda et al., 2012).

Diante à necessidade de melhor distribuição dos serviços de saúde e para levar o atendimento às populações consideradas menos favorecidas, utilizou-se como alternativa recursos tecnológicos como a telemedicina. Tal ação no contexto ribeirinho colaborou para diminuir a distância da população com os grandes centros e favoreceu o acesso aos serviços de saúde básicos (Machado et al., 2010).

Além de ações curativas de saúde, consideradas externas, destaque-se a realização de práticas internas ao grupo, voltadas aos cuidados de saúde do cotidiano, como forma de enfrentamento de doenças e transtornos diversos enfrentados pelas populações ribeirinhas. Nesse sentido, são desenvolvidos recursos de cuidados, considerados tradicionais, sobre os quais diferentes atores sociais protagonizam o cenário da oferta de serviços de saúde como curandeiro, a parteira e o “desmintidor”. Este último um especialista em técnicas de massagem para o tratamento de contraturas musculares e entorses articulares, que realizam cuidados não-oficiais por meio do uso de recursos terapêuticos locais, como plantas e produtos oriundo de animais (Santos et al., 2012).

A oferta de serviços de saúde, cabe destacar, é bastante comprometida devido ao problema da fixação de profissionais em áreas ribeirinhas, que inclui também outras áreas como a educação e a segurança, como mostram Prosenewicz e Lippi (2012) ao descreverem as percepções dos pescadores ribeirinhos de Ji-Paraná/RO quanto ao acesso aos serviços da rede pública local, as condições de saúde e a exposição aos fatores de risco dessa população. Identificaram que no trabalho dos pescadores, há risco de acidentes, afogamentos e outros perigos devido à inexistência ou precariedade quanto ao uso de equipamentos de proteção individual - EPI.

Os pescadores percebem-se expostos a diversos riscos e problemas de saúde, com maior frequência no período das enchentes. A maioria dos entrevistados relata problemas de saúde, como dores na coluna, nas pernas, musculares, câibras, problemas de visão, dor de cabeça, gripe e doenças de pele. Os trabalhadores identificam muitas dificuldades no acesso aos serviços de saúde da rede pública, sobretudo a falta de abrangência da ESF e a deficiência no saneamento básico na comunidade onde residem. Faz-se

necessária e urgente a formulação de políticas que viabilizem a melhoria da infraestrutura, a redução das desigualdades no atendimento à saúde e a ampliação da ESF (Prosenewicz; Lippi, 2012).

Com base na descrição feita da realidade social das comunidades pesquisadas, é possível que os reflexos vividos por essas populações estejam relacionados ao processo de exclusão, denominado por Farmer (2004) de violência estrutural, a qual atinge vários povos, um fenômeno de proporções em escala mundial. O autor define violência estrutural como aquela exercida de forma sistemática, ou seja, indiretamente por todos que pertencem a uma determinada ordem social, cujo contexto é sempre o das relações de poder. Nesse sentido, o sofrimento social resulta de uma violência cometida pela própria estrutura social e não por um indivíduo ou grupo que dela faz parte. O conceito de violência estrutural refere-se, aos efeitos nocivos das relações desiguais de poder que caracterizam a organização social. Alude, ao mesmo tempo, a uma série de problemas individuais, cuja origem e consequência têm suas raízes nas fraturas que as forças sociais podem exercitar sobre a experiência humana (Farmer, 2004, 2009).

O conceito de violência estrutural destina-se a informar o estudo dos mecanismos de opressão social, enquanto resultado de múltiplas condições, reflexo das dinâmicas sociais e dos interesses políticos e econômicos que o constroem, reconhecem e nomeiam as causas sociais e experiências individuais do sofrimento em diferentes contextos. Farmer (2004, 2009) propõe uma análise geograficamente global e historicamente profunda para a compreensão do sofrimento humano, especialmente a partir da antropologia, por meio da contribuição de pesquisas que possam dar conta de uma interpretação mais analítica, que ultrapasse a mera descrição e explicação do fenômeno, especialmente, quando o problema de base é a pobreza. Esta seria a causa primária de muitas doenças que vitimam, principalmente, os mais vulneráveis economicamente, que nessa condição, estão propensos a ter seu sofrimento silenciado devido à limitação da capacidade de ação desses sujeitos, diante do impacto da violência estrutural, que restringe a capacidade e a liberdade de escolha de certos indivíduos ou grupos no âmbito da experiência cotidiana, incluindo o direito à saúde.

Nesse sentido, em áreas ribeirinhas do município de Porto Velho/RO, foram analisados o contexto socioeconômico, a ação governamental e a racionalidade administrativa de uma Política Social, elegendo-se como campo de estudo o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família (PSF). Os resultados evidenciam a ausência de associações específicas direcionadas para exercer o controle social sobre a oferta de serviços de saúde na região - e tal tema não se encontra presente no rol das preocupações das associações existentes -, além de um déficit administrativo na execução do PSF nessas áreas. Verifica-se que grande parte dos traços de uma racionalidade administrativa, característica da máquina burocrática, encontra-se ausente. O que se discute a partir do estudo é a validade da natureza dos meios administrativos burocráticos tradicionais quando inseridos em determinados universos sociais, como o caso de comunidades ribeirinhas, que não são característicos das formas sociais em que operam tradicionalmente esses meios (Oliveira; Moreira, 2007).

Para a melhor compreensão dos grupos e coletividades marginalizadas em relação a serviços em saúde, Laperrière (2007) apresenta por meio de relatos as experiências pessoais baseadas na educação popular e na prática profissional em enfermagem desenvolvida em comunidades ribeirinhas economicamente pobres em áreas remotas da região Amazônica brasileira. Os relatos traduzem que o cuidado às pessoas com hanseníase e aos profissionais do sexo de comunidades ribeirinhas são realizados em condições de incerteza, insegurança, imprevisibilidade e violência institucional, tendo em vista as peculiaridades que cada grupo apresenta em relação às demandas de saúde nessas localidades e a forma como são abordadas as questões de saúde pelos profissionais, cuja a principal dificuldade está relacionada ao modelo biologizante, em detrimento ao biopsicossocial. Ainda segundo a autora, visualizar a saúde como um assunto individual relega as causas sociais e políticas à esfera das variáveis implícitas e decisivamente insignificantes, que podem causar a perda da saúde como referencial. Afirma que ver a saúde como uma obrigação social implica na necessidade de desenvolver o cuidado comunitário em enfermagem que contribua com a criação, manutenção e promoção de contextos ambientais, sociais e políticos saudáveis.

As ações de grupos informais de ajuda mútua são caminhos promissores para pesquisa e desenvolvimento do conhecimento em promoção à saúde, prevenção e cuidado à comunidade e uma contribuição necessária para os programas de saúde pública nacional (Laperrière, 2007).

Na tentativa de aproximação à realidade dos serviços de saúde ofertados e do perfil epidemiológico das populações ribeirinhas localizadas no Baixo Madeira, realizou-se um levantamento dos registros oficiais emitidos pela Divisão da Atenção Básica do município de Porto Velho (DAB/SEMUSA, 2014), tendo constatado que as equipes atuantes nessas comunidades somam 41 agentes comunitários de saúde que desenvolvem suas ações por meio da atenção básica; 12 desses atuam em Calama e em São Carlos do Jamari. Dentre as ações e serviços de saúde desenvolvidos na atenção básica estão consultas, serviços laboratoriais, execução de programas como saúde da mulher, da criança, do adolescente, do homem, do idoso, HiperDia, Tuberculose, Hanseníase; visita domiciliar; imunizações; saúde bucal; controle de endemias; serviços de triagem, educação e promoção da saúde; vigilância epidemiológica em saúde; procedimentos de enfermagem; exames laboratoriais; farmácia básica e consultas médicas (clínica geral), de enfermagem e odontologia (promoção em saúde por meio de palestras, escovação, obturação, extração e limpeza) (Porto Velho, 2014).

De acordo com informações, obtidas a partir dos relatórios trimestrais das UBS de São Carlos e Calama, referentes ao 1º trimestre de 2016, no sistema E-SUS, repassadas também pela Divisão da Atenção Básica do município (DAB/SEMUSA, 2016), as instituições de saúde localizadas nas comunidades de Calama e São Carlos, realizam atendimentos de saúde aos usuários moradores de distritos vizinhos, atendidos pela estrutura de saúde dessas comunidades.

Calama possui uma Unidade de Saúde da Família (USF) que oferece atendimento de saúde por meio da estratégia de saúde às famílias das comunidades de Papagaios, Nova Esperança, São José do Rio Preto e ao distrito de Demarcação; esta última, apesar de dispor de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) local, tem seu território adstrito coberto pela equipe de saúde da família de Calama, ou seja, uma UBS ligada,

subordinada à USF. Portanto, todos os registros de saúde são inseridos aos dados oficiais da USF de Calama. São Carlos possui uma USF que oferece atendimentos às famílias das comunidades de Terra Caída, Bom Serazinho e Comunidade Cavalcante.

De acordo com informações prestadas pelo DAB e pela Divisão de Saúde da Comunidade (DSC), da Secretaria de Saúde do Município de Porto Velho – SEMUSA, os distritos de Calama e São Carlos são individualmente assistidos por uma equipe da Estratégia Saúde da Família – ESF. Em Calama, além da equipe ESF, atua uma equipe do Programa de Agentes Comunitários (PACS).

Nessas comunidades os atendimentos de saúde são prestados de segunda a sexta-feira, por parte dos profissionais que compõem a equipe da ESF (enfermeiro, técnicos de enfermagem e agente comunitário de saúde – ACS e agente comunitário de endemias – ACE), e os demais membros (médico, odontólogo e bioquímico) deslocam-se de Porto Velho/RO às comunidades, nos fins de semana, ou quando o deslocamento é possível, para realizar os atendimentos nessas localidades (Moreira et al., 2009).

O Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB (Porto Velho, 2014), apresenta alguns dos principais indicadores de saúde das comunidades do Baixo Madeira, extraídos do relatório consolidado das famílias cadastradas no ano de 2013. A população do distrito de Calama tinha por volta de 2.200 habitantes, somando-se o contingente 1.700 pessoas residentes nas cercanias, totalizando aproximadamente 3.90 habitantes atendidos pela estrutura de saúde local. Possuía 922 famílias cadastradas na ESF, com 84 (2,16%) cobertos por plano saúde privado. Já o distrito de São Carlos e cercanias tinha 3.665 habitantes, com 926 famílias cadastradas na ESF e 258 (7,04%) pessoas cobertas também por plano saúde privado.

O número de pessoas alfabetizadas com 15 (quinze) anos ou mais, somavam um total de 2.450 (89,65%) em Calama e 2.186 (88,39%) em São Carlos. Sobre a situação da moradia e saneamento básico nas comunidades ribeirinhas pesquisadas, prevalecem os domicílios construídos de madeira, em 814 (88,29%) dos domicílios em Calama e 790 (85,31%) em São Carlos. Devido à insuficiente cobertura de serviços básicos nas

comunidades pesquisadas, o tratamento da água realizado nos domicílios é feito principalmente por meio da cloração, sendo 339 (36,77%) lares de Calama e 873 (94,28%) de São Carlos. Cabe ressaltar que a comunidade de Demarcação não dispõe da oferta de saneamento básico local.

O abastecimento de água tratada nos distritos de Calama e São Carlos é realizado principalmente pela rede pública, que atende 516 (55,97%) e 540 (58,32%) domicílios, respectivamente. Em Demarcação o abastecimento é feito, principalmente, por meio de poços residenciais, pelo rio ou nascente de Igarapés. O abastecimento de energia elétrica havia o em 704 (76,36%) residências de Calama e 813 (87,80%) de São Carlos.

Embora exista o serviço de coleta de lixo nas comunidades pesquisadas, o principal destino dado ao lixo é por meio da queima ou enterro e ocorre em 473 (51,30%) domicílios de Calama e 923 (99,68%) de São Carlos. Quanto ao despejo de esgoto sanitário era realizado, principalmente, por meio de fossa séptica/negra em 814 (88,29%) casas de Calama e 892 (96,33%) de São Carlos.

Sobre o total de casos de doenças e/ou condições de saúde referidas pelas famílias ribeirinhas, incluindo todas as faixas etárias (Porto Velho, 2014), os registros de notificação epidemiológica indicam que a população de Calama apresentou em 2013 as seguintes frequências: três (0,08%) casos de alcoolismo (ALC); 19 (0,49%) casos de deficiência (DEF); 32 (0,82%) casos de diabetes (DIA); quatro (0,10%) casos de epilepsia (EPI); 149 (3,82%) casos de hipertensão arterial (HA); 6 (0,15%) casos de hanseníase (HAN); 72 (1,85%) casos de malária (MAL) e três (0,20%) casos de gestações (GES). Em São Carlos foram contabilizados 22 (0,60%) casos de ALC; 28 (0,76%) casos de DEF; 52 (1,42%) casos de DIA; quatro (0,11%) casos de EPI; 266 (7,26%) casos de HA; um (0,03%) caso de HAN; cinco (0,14%) casos de MAL e 29 (2,04%) casos de GES.

Os casos de HA e DIA representam os agravos mais incidentes e prevalentes à saúde entre os ribeirinhos. Portanto, a situação de saúde das famílias da área rural ribeirinha, demonstrada pelos indicadores epidemiológicos, no período de janeiro a dezembro de 2013, evidencia a hipertensão arterial como o principal agravo à saúde dos ribeirinhos, seguido da diabetes

e malária. Em Calama, a média de registro no ano de 2014, indicou 144 pessoas hipertensas, dentre essas 141 (97,92%) realizaram acompanhamento de saúde pela ESF. Em São Carlos, no mesmo ano, foram cadastradas 161 pessoas hipertensas. Dessas, 158 (98,14%) realizavam acompanhamento (Porto Velho, 2014).

Em 2013 foram realizadas em Calama 40 (quarenta) atendimentos domiciliares, 30 (6,29%) encaminhamentos para internações hospitalares, 117 (24,53%) encaminhamentos para atendimento especializado, 52 (10,90%) encaminhamentos de urgência/emergência e o total de 477 consultas realizadas na área. Em São Carlos, nesse período houve apenas 1 (um) registro de internação domiciliar, 12 (0,62%) encaminhamentos para atendimento especializado, nenhum encaminhamento para internação hospitalar e 40 (2,07%) encaminhamentos para atendimento de urgência/emergência, com um o total geral de 1912 consultas realizadas no território de São Carlos.

A situação de saúde e a oferta dos serviços de saúde se agravaram, entre o período de novembro de 2013 a abril de 2014, no qual as populações ribeirinhas do Baixo Madeira foram severamente atingidas por uma enchente considerada histórica, cujo nível de água no rio Madeira, chegou aos 19,30 metros, acima do esperado, superando a média anual de 15,30 metros, conforme dados da Companhia de Pesquisa de Recursos Minerais/Serviço de Geologia do Brasil (CPRM/SGB, 2014). As comunidades alagadas foram interditadas pela defesa civil, e reconhecido o estado de calamidade pública pelo Governo Federal, da região do Baixo Madeira, localizada no município de Porto Velho/RO.

Os moradores do Baixo Madeira sofreram perdas materiais significativas (lavouras, animais, casas), além de outras imensuráveis (sonhos, histórias, esperança de continuidade de moradia no local). Sem moradia, foram encaminhados para abrigos na capital Porto Velho/RO, mas algumas famílias resistiram e permaneceram no local, morando em casas flutuantes improvisadas.

Com o período de vazante, que se inicia em abril, houve a diminuição gradativa do volume d'água. Os ribeirinhos retornaram então, para

suas casas na intenção de reconstruir suas vidas e a normalidade do cotidiano, porém, algumas comunidades ainda estavam cobertas de lama e sedimentos do rio, havendo o risco da proliferação de doenças em decorrência da enchente, aspecto que preocupava tanto a população, quanto autoridades de saúde, que estimavam o aumento no número de agravos de saúde. Os reflexos desse episódio de grandes proporções tiveram repercussão na mídia nacional, e suas consequências à saúde e cotidiano da população ribeirinha, é também evidenciado por meio do livro proposto, e estão presentes nas falas dos sujeitos participantes, no capítulo destinado aos resultados.

Os impactos socioambientais às comunidades localizadas às margens do rio Madeira, com a construção das usinas hidroelétricas na região, já eram estimados, segundo Oliveira et al. (2013); a construção das barragens de Santo Antônio e Jirau, sobre o estilo de vida dos ribeirinhos, poderiam ser suficientemente importantes a ponto de alterar a qualidade de vida e o perfil de morbimortalidade da população local. Uma preocupação dos estudiosos era a possibilidade de aumento da prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) na população residente em áreas de influência (direta e indireta) desses empreendimentos. Em decorrência dessa possibilidade, foi estimada previamente à operação das usinas, a prevalência de hipertensão arterial em adultos ribeirinhos de 15 comunidades do rio Madeira.

Constatou-se entre os ribeirinhos que 26% (IC 95%: 23%-29%) dos adultos apresentaram hipertensão, sendo 29% de prevalência entre os homens (IC 95%: 24%-33%) e 23% entre as mulheres (IC 95%: 19%-27%). Os fatores preditores para HAS foram distintos entre os sexos. Nos homens, os fatores associados à hipertensão foram idade, IMC, glicemia e local de residência próximo à construção das hidrelétricas. Entre as mulheres, os fatores preditivos foram idade, triglicérides e glicemia. Os resultados encontrados podem contribuir com a formulação de estratégias de monitoramento para prevenção de eventos cardiovasculares por parte dos órgãos de saúde estadual e municipal considerando as potenciais mudanças socioambientais que poderão ocorrer como consequência do impacto do desenvolvimento econômico da região (Oliveira et al., 2013).

O perfil apresentado por meio dos estudos epidemiológicos que abordam as populações ribeirinhas aponta para a importância da investigação de saúde e para a necessidade das ações de promoção e prevenção das doenças em áreas ribeirinhas, sobretudo se considerado o enfoque dos agravos de saúde mais prevalentes entre os ribeirinhos, através de ações que possam contribuir com a formulação de estratégias de monitoramento de eventos de risco à saúde, promovidas pelos órgãos institucionais de saúde, a partir dos próprios moradores. Nesse sentido, mostrou-se relevante a avaliação do conjunto dos estudos selecionados, que identificou os registros das principais doenças, como as hepatites virais e parasitoses, bem como analisou os determinantes ecológicos e sociais (isolamento, acesso limitado aos serviços de saúde, questões econômicas, ambientais entre outros), e traçou uma “fotografia” aproximada dos fatores de ordem biopsicossociais incidentes no cenário de saúde dos ribeirinhos pesquisados.

Embora a maioria dos dados até aqui descritos não se trate de um trabalho com componente empírica própria ou resultante do livro proposto, o trabalho de recolha e análise das publicações em reputadas bases de dados, caracteriza as condições de saúde das comunidades ribeirinhas da região norte brasileira e evidencia o alcance de estudos epidemiológicos, em regiões mais afastadas dos grandes centros.

As informações de saúde selecionadas nesse recorte bibliográfico e documental possibilitam maior proximidade ao objeto pesquisado e seu contexto, ao identificar os fatores determinantes e condicionantes de saúde e doença em populações geograficamente distantes, delimitadas em áreas rurais ribeirinhas. Os dados elencados servem como subsídio às hipóteses quantitativas do estudo, que avaliam o papel como determinadas variáveis sociodemográficas, a saber: sexo, escolaridade, religião, profissão e renda, exercem influência nos hábitos de vida, moradia e saúde nas comunidades pesquisadas e serão apresentados no capítulo que trata dos resultados desta pesquisa.

Enquanto fator limitante, destaca-se a escassez de trabalhos acerca dos impactos provocados em populações ribeirinhas, a partir de pesquisas epidemiológicas previamente realizadas, relacionadas as possíveis mudanças

obtidas, a partir dos indicadores de saúde adquiridos. Além disso, destaca-se a insuficiente articulação de áreas do conhecimento focadas em pesquisas junto às comunidades, em uma perspectiva inter e/ou transdisciplinar. Nesse ínterim, a lacuna indicada nos estudos pode servir como fonte para futuras investigações.

Uma alternativa para o cuidado de famílias rurais é o conhecimento de suas particularidades que compreendem desde a cultura, as crenças, valores aos hábitos de saúde. Entretanto, a escassez de registros e informações sobre a saúde de populações ribeirinhas apresenta-se, como um dos principais fatores para a realização de estudos aplicados ao contexto rural/ribeirinho. Ademais, percebe-se um déficit de estudos à luz do referencial teórico-metodológico das representações sociais, com filiação teórica à psicologia social, na compreensão do pensamento social do grupo ribeirão amazônico, referente ao contínuo saúde/doença, por meio de suas representações, evidenciando um déficit no conhecimento acerca das modalidades de pensamento relacionadas às estratégias de cuidado de saúde utilizadas cotidianamente. Essa carência pode contribuir para um distanciamento entre o modelo mais eficiente de ação dos serviços de saúde e as reais necessidades dos usuários nessas populações.

O desafio que se coloca, a partir do levantamento realizado é o de instaurar um diálogo interdisciplinar da Psicologia Social em interface com áreas do conhecimento humano, buscando um olhar transdisciplinar, que envolva a TRS, cultura e a saúde, para compreender o pensamento social e as práticas de saúde, no que se refere aos encontros e desencontros entre o dizer e o fazer em saúde. Com isso, será possível refletir sobre os espaços sociais, os agentes que intervêm no campo da saúde da população local pesquisada, e as representações construídas, projetadas e negociadas de forma a contribuir para melhorar o planejamento das políticas públicas de saúde em comunidades do Baixo Madeira.

2. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA

Teoria das Representações Sociais: aspectos teóricos conceituais

A obra de Serge Moscovici intitulada *La psychanalyse, son image et son public* (1961, 1976), inaugurou o campo de estudos psicossociológicos das representações sociais e contempla um conjunto de fenômenos, marcando uma renovação temática, teórica e metodológica da psicologia social principalmente de origem europeia.

Moscovici retomou criticamente o termo “representações coletivas” da sociologia durkheimiana, salientando a velocidade, a diversidade e a força dos fenômenos das sociedades da época. Atualizou o conceito de ideologia dominante, proposto por Durkheim, para o de uma sociedade pensante, insistindo na articulação entre o individual e o social e enfatizando a necessidade de se fazer da noção de representação uma “ponte” entre o mundo individual e o mundo social (Sá, 1993).

A Teoria de Representações Sociais (TRS) mostrou-se capaz de dar conta das relações informais cotidianas, da vida humana em um nível mais social e coletivo dos fatos e realidades sociais existentes. Elas têm por finalidade transformar o “não familiar” em “familiar”, localizando-o em um universo consensual do pensamento coletivo, tributário da memória, da tradição e das convenções, mais do que dos sistemas cognitivos e perceptivos.

As representações sociais passaram a ocupar um lugar entre as narrativas que buscam entender a coletividade, tendo na comunicação a centralização dos sentimentos, fazendo com que seja possível o movimento simultâneo entre o individual e o social, valorizando as interações formadoras, que tendem a ultrapassar o universo das tradições em direção ao das inovações (Moscovici, 2001).

Jodelet (2001, p. 17) afirma que as representações sociais “circulam nos discursos, e são trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagem e imagens midiáticas”. As comunicações sociais, ao se fazerem presentes

nas representações, contribuem nas associações de imagens e palavras, elementos fundamentais na constituição da realidade. Por isso que as representações são um produto da interação comunicativa e se tornam a qualquer momento uma configuração específica (Moscovici, 2011, p.21).

A respeito do papel da comunicação nas representações sociais, Jodellet (2001, p. 32) esclarece:

[...] primeiro, ela é o vetor de transmissão da linguagem, portadora em si mesma de representações; em seguida, ela incide sobre os aspectos estruturais e formais do pensamento social, à medida que engaja processos de interação social, influência, consenso, dissenso e polêmica; finalmente, ela contribui para forjar representações que, apoiadas numa emergência social, são pertinentes para vida prática e afetiva dos grupos.

Com isso, as representações não são ações isoladas ou limitadas. Pertencem à interação da comunicação humana e da ação social, não sendo fruto de uma atividade individual (Jovechelovitch, 2008). Portanto, a comunicação contribui de modo decisivo para a construção da TRS, possibilitando o estudo científico do senso comum, que varia conforme inserções específicas num contexto de relações sociais, lembrando que o senso comum capacita os membros de um grupo a terem uma visão consensual e ao mesmo tempo favorece a identidade social (Abric, 2000; Doise, 1985). Portanto, o saber é algo construído na relação com o mundo.

Buscando entender a representação social acerca da saúde e a da doença na relação com as práticas populares de saúde realizadas em comunidades do Baixo Madeira, por meio das condições sócio-histórico-culturais de produção e circulação dessas representações sociais, explorou-se os conteúdos de tais representações por meio da aplicação de conceitos que sustentam a TRS no seu sentido amplo.

O conceito de representações sociais (e a teoria de base) adotados na condução desse trabalho segue a proposição de Serge Moscovici sobre a TRS de que um conjunto de conceitos, proposições e explicações, oriundos das ações do dia a dia no decurso das comunicações interpessoais, funciona

como uma espécie de “teoria do senso comum” que como objetivo orientar comportamentos (Moscovici, 1978). Portanto, o foco será o conhecimento produzido por meio do senso comum no grupo.

Jodelet (2001) afirma que a construção das representações sociais decorre da necessidade de as pessoas saberem como se comportar, identificar, dominar o meio e resolver problemas. Por isso as representações sociais são importantes na vida cotidiana. As representações sociais são produtos e processos ativos de apropriação da realidade por meio de uma elaboração psicológica e social (Abric, 2000). Funcionam como uma tradução da realidade, uma ferramenta para acomodar a novidade no universo preexistente, tornando-a familiar. É essa realidade apropriada e reestruturada no sistema cognitivo, que constitui o dado real para o indivíduo e para o grupo (Abric, 1994).

A representação social é sempre de algum objeto e sustentada por alguém. Nela, características de ambos se manifestam. Corresponde a um ato de pensamento pelo qual um sujeito se reporta a um objeto real ou imaginário, sem o qual não pode haver representação (Jodelet, 2001; Moscovici, 1978).

Moscovici coloca a problemática de que a representação se inscreve na dialética indivíduo-objeto, na qual a separação entre o universo interno e externo não pode ser concebida. Não haveria dicotomia entre sujeito e objeto. Toda a realidade é reapropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada ao seu sistema de valores, sua história, contexto social e ideológico (Moscovici, 2011).

A TRS tem sido utilizada por profissionais de saúde em suas pesquisas, pois permite conhecer os significados criados pelo homem na sua interação com o mundo para explicar diversos fenômenos (Jovchelovitch, 2001). As representações sociais emergem da interação entre dois tipos de universo – o consensual e o reificado (Moscovici, 1981). No universo consensual o conhecimento é compartilhado livremente, e todos os membros possuem igual valor e partilham conhecimentos sobre assuntos dos quais não são especialistas. Isso ocorre por meio das interações sociais cotidianas e no decurso da conversação onde “cada indivíduo é livre para se comportar

como um ‘amador’, um observador curioso, que manifesta suas opiniões, apresenta suas teorias e tem resposta para todos os problemas. No universo reificado, o conhecimento é científico ou especializado, há um sistema de papéis e hierarquias e a participação é determinada pela qualificação do indivíduo em sociedade” (Sá, 1993).

As representações têm por finalidade transformar o “não familiar” em “familiar”, localizando-o em um universo consensual do pensamento coletivo, que por sua vez é tributário da memória, da tradição e das convenções. Logo, é algo para além dos sistemas cognitivos e perceptivos (Moscovici, 2011). Sobre os processos de formação e de funcionamento das representações sociais, Vala (2006) observa que são dois processos sociocognitivos interligados, embora não sejam sequenciais, formando as representações sociais: a objetivação e a ancoragem. São mecanismos que dizem respeito à memória coletiva, tanto no que se refere à classificação e nomeação de um objeto, quanto à sua reprodução no mundo externo.

A objetivação tende a concretizar as abstrações que se apresentam, dirigindo-as para o mundo físico, a fim de poder controlá-las, é uma forma de organização dos elementos da representação que adquirem materialidade por meio de três etapas: construção seletiva, esquematização ou nó figurativo e naturalização. Na construção seletiva, é feita uma seleção de informação das diversas informações sobre crenças e ideias acerca de um objeto, as quais dependem das normas e dos valores grupais, para poder explicá-lo. Na esquematização estruturante, verifica-se uma organização dos elementos da representação que estabeleceram entre si um padrão de relações estruturadas. Na naturalização - o abstrato torna-se concreto, ou seja, os conceitos adquirem materialidade (Vala, 2006).

Outro mecanismo que precede a transformação em direção ao “familiar” é a “ancoragem” que classifica e nomeia o novo, traduzindo-o em termos de um universo já conhecido. A ancoragem utiliza experiências e esquemas de pensamentos estabelecidos por meio dos mecanismos de classificação que categorizam o desconhecido por intermédio do conhecido, ou, por nomeação, quando o objeto da representação torna-se mais próximo, permitindo descrevê-lo, distingui-lo perante outros objetos e enquadrá-lo

próximo aos que lhe forem semelhantes (transformação do não-familiar em familiar) (Ordaz; Vala, 1998).

As representações sociais cumprem quatro funções essenciais nas relações e práticas sociais dos indivíduos. A função do saber permite compreender e explicar a realidade por meio de conhecimentos que são assimilados aos sistemas cognitivos e de valores. Facilitam sua comunicação social ao fornecer uma referência para a troca desses conhecimentos, ou saber do senso comum. A função identitária define uma identidade para os sujeitos se situem dentro de grupos sociais específicos.

As representações cumprem, ainda, a função de orientação para as condutas, prescrevem comportamentos e práticas sociais, ao oferecer ao sujeito uma definição da situação em que está inserido, das regras e estratégias esperadas em determinado contexto social. Por fim, as representações sociais cumprem a função justificadora, que permitem ao indivíduo explicar e justificar a posteriori suas ações no contexto e no interior das relações em que se situa (Abric, 2000, 2003).

Uma característica da teoria das representações sociais é permitir a pluralidade de métodos para que o objeto oriente, entre diferentes perspectivas, qual a melhor forma de compreendê-lo. Vale ressaltar que o estudo de uma representação social pressupõe sempre o estudo do conteúdo da representação - o que se pensa -, e do processo pelo qual se produz esta representação - como se pensa (Moscovici, 2011).

A abordagem dimensional originalmente desenvolvida por Moscovici (1978) indica que as representações sociais se organizam de acordo com as proposições, reações ou avaliações de cada classe, cultura ou grupo, por meio de três dimensões, a saber:

1. informação, que corresponde ao conjunto de conhecimentos relativos ao objeto;
2. atitude, que corresponde à orientação global dos indivíduos em relação ao objeto, podendo ser favorável ou desfavorável e prepara o sujeito para ação;
3. campo de representação, que corresponde à organização subjacente destes conhecimentos e atitudes sob a forma de teorias.

Moscovici (1978) atribui à dimensão da informação um papel fundamental na formação e na transformação das representações. Para ele haveria a necessidade de estarmos informados sobre o mundo à nossa volta. Para Jodelet (2001), além de nos ajustar ao mundo, precisamos saber como nos comportar, dominá-lo física ou intelectualmente, identificar e resolver os problemas que se apresentam: é por isso que criamos representações.

Jodelet propôs uma abordagem mais próxima à original de Moscovici, considerada culturalista ou processual, porque ressalta a importância de entender as representações sociais como processos que atuam na construção da realidade, no âmbito das dimensões sociais e culturais (Almeida, 2005; Sá, 1993, 1998).

A abordagem dinâmica ou processual busca explicar como as representações sociais interferem na vida cotidiana das pessoas por meio do estudo dos seus processos de construção. Nessa perspectiva, a realidade é reconstruída no sistema cognitivo, integrada ao sistema de valores, na história, no contexto social e ideológico, articulando elementos afetivos, mentais e sociais, integrando a cognição, linguagem e comunicação. É por meio da comunicação que as representações são construídas, visto que é nas trocas sociais que os sentidos são negociados e compartilhados. Assim, a comunicação não é apenas uma forma de reprodução das representações, mas também possibilita a emergência de fenômenos de construção coletiva, de interpretação da realidade, havendo também, nesses processos, intensa participação da ciência como produtora de fatos (Jodelet, 2001, 2005a).

A escola de Genebra, liderada por Doise, dedica-se ao estudo do processo de ancoragem, configurando a denominada Abordagem Societal. Em uma abordagem mais sociológica, Doise (2002, p. 30) entende as representações como “princípios geradores de tomadas de posição que organizam os processos simbólicos individuais e são regulados pelos metassistemas das relações sociais”. Propõe quatro níveis de análise das representações sociais: (1) interindividual analisa o modo de organização das experiências do indivíduo e seu meio; (2) interindividual e situacional busca explicação nos sistemas de interação das dinâmicas sociais; (3) posicional considera a

posição que o indivíduo ocupa nas relações sociais e como isso influencia os dois primeiros níveis; e, por fim, o (4) ideológico analisa as crenças, valores, representações que dão significados ao comportamento dos indivíduos (Doise, 1985, 2002).

O núcleo central de uma representação social constitui a base comum e consensual do pensamento, além de ser composto por elementos mais estáveis da representação; os componentes desse sistema geralmente são abstratos e tratam de aspectos normativos e valorativos da representação. Quando ocorre uma mudança no sistema central, ocorre também mudança de representação, pois são os elementos centrais que definem a representação. Assim, para que existam representações diferentes é necessário que possuam núcleos diferentes. Além de compartilhar o mesmo conteúdo, a homogeneidade de um grupo em relação a um objeto de representação, é definida quando seus membros têm em comum os valores centrais presentes no núcleo. O núcleo representaria então o fundamento social da representação (Abric, 2003).

A existência dos dois tipos de elementos confere ao núcleo um duplo papel, avaliativo e ao mesmo tempo pragmático. Todavia, os elementos do núcleo central revelam uma partilha social de valores e normas. A abordagem estrutural das representações sociais ressalta que o núcleo central possui um conteúdo estável, com circunscrito número de elementos que podem ter diferentes graus de utilização, podendo ser ativados conforme o contexto de enunciação dessas representações, finalidade da situação e distância do grupo em relação ao objeto (Abric, 2003).

A abordagem estrutural traz uma contribuição importante para a compreensão dos processos de mudança das representações, uma vez que permite um critério comparativo por meio do núcleo central, ou seja, duas representações serão diferentes apenas se seus núcleos também o forem (Abric, 2000, 2003). Assim, pretende-se explorar na sessão que se segue aspectos da teoria que versem sobre como as representações sociais se relacionam com os comportamentos, ou práticas sociais, servindo como um guia para a ação no cotidiano (Abric, 1994).

Representações sociais e práticas sociais

A noção sobre saúde e doença, assim como a sua incorporação enquanto objetos simbólicos atrelados às práticas populares cuidativa de saúde entre os ribeirinhos, orientadas por tais conhecimentos poderia implicar, por hipótese em uma maior produção de alternativas complementares de saúde aos sujeitos que vivem em comunidades ribeirinhas do Baixo Madeira. Portanto, considera-se aspecto importante as relações estabelecidas entre representações sociais e práticas, como fundamental para a aplicação da TRS ao objeto de estudo analisado, uma vez que é nessa interface que a pesquisa se desenvolve.

A psicologia social em particular, busca estudar as relações entre pensamento e ação, em função disso, a relação entre práticas e representação social é objeto de discussão entre diversos pesquisadores. Herzlich (1991, p. 25) afirma que “a representação social é um modo de pensamento sempre ligado à ação e à conduta individual e coletiva”.

Uma das grandes funções da representação social é de orientar e guiar os comportamentos e práticas sociais. Todavia, especifica serem necessárias condições para que a representação afete a ação: a primeira delas é denominada de prática significante, e requer que a situação (Abric, 1994).

Ao menos em algumas situações o indivíduo age em adequação com seus pensamentos. Essa convicção de forma alguma exclui a possibilidade de que em outras situações o pensamento se adeque à representação e não o oposto. Também a prática pode ser fator de mudança representacional; corresponde à ideia de que a prática pode alterar a relação entre a pessoa e o objeto de prática. Rouquette (2000) assume a posição de que a representação social exerce influência sobre os comportamentos e as práticas dos indivíduos no seu dia-a-dia a partir das suas vivências e dos seus conhecimentos sobre determinada realidade, enquanto as práticas atuam como “agentes de transformação” das representações.

Sobre a relação dialética entre representações e práticas sociais, Oliveira (1996a, p. 34) assinala que “a representação constituída pelos indivíduos ou grupos, que define sua visão de mundo ou da situação no

momento considerado, se enraíza no passado coletivo, onde as práticas antigas têm seu lugar, onde a experiência coletiva ou individual das relações sociais, seus cerceamentos e seus imperativos têm um papel social”. De tal modo, as condições de produção das representações largamente atribuídas às práticas sociais que o grupo desenvolveu ou com os quais ele foi confrontado.

Oliveira (1996b, p. 36) ressalta que o destaque na relação dialética não abre caminho para o conhecimento dos processos e das condições de efetivação que se estabelece entre práticas e representações sociais. Desse modo, esclarece alguns fatores específicos que merecem atenção e participam da trama nessa relação, por meio de aspectos coletivos e individuais, em especial a interdependência dos dois processos, são eles:

1. Atores culturais - ligados à história e a memória coletiva, no qual o efeito de uma prática ou comportamento construído só poderá ser compreendido em relação à dimensão sociocultural.
2. Atores ligados ao sistema de normas e valores - para que o indivíduo se aproprie de uma prática e a reconheça como sua é necessário que essa lhe pareça aceitável em relação ao seu sistema de valores e somente após o livre consentimento para tal.
3. Atores ligados à atividade do indivíduo - o processo de construção e reapropriação da realidade, ou seja, as atividades de pré-decodificação da situação, o sistema de expectativas e de antecipações gerados pela existência de uma representação, o sistema de categorização que lhe é associado, todos esses processos permitem ao indivíduo organizar suas experiências subjetivas, que estruturam e modelam a interação social, intervêm na determinação da prática.

Breves aspectos da trajetória teórico-metodológica

Este trabalho se define em torno da compreensão das representações sociais da saúde e da doença - e sua relação com as práticas de saúde realizadas por ribeirinhos de comunidades do Baixo Madeira, buscando reconstruir, num contexto psicossocial, experiências compartilhadas e

permeadas de subjetividades. Trata-se, portanto, de um saber que gera comportamentos, atitudes e imagens, mais ou menos comuns entre essas pessoas. Busca-se acessar como as pessoas pensam, produzem e comunicam suas representações. Como a realidade social é construída na prática do dia-a-dia pelos atores sociais em interação (Jodelet, 2001). Propõe-se uma análise psicossocial ao pensar a saúde e doença e entender as conexões e relações que se constroem nos espaços simbólicos e nas posições ocupadas pelos atores sociais envolvidos no “cenário” ribeirinho, por meio da compreensão do sentido de pertencimento às comunidades, nas quais se encontram os saberes, vivências e experiências do grupo.

As representações sociais são saberes do senso comum, um conhecimento prático que orienta o sujeito a lidar com o mundo no seu cotidiano (Jodelet, 2001). Portanto, propõe-se acessar os saberes e práticas dos ribeirinhos das comunidades do Baixo Madeira no que diz respeito à saúde, doença e dos cuidados de saúde realizados pelos ribeirinhos. A partir disso, pretende-se discutir o papel e as implicações da relação de cuidado ofertado pela instituição de saúde diante da ocorrência de práticas de cunho não oficial nesse contexto.

Com o objetivo de melhor compreender a realidade analisada a partir de um olhar psicossocial sobre a saúde, optamos por associar a etnografia, dando ênfase às observações nos modos de dizer e fazer das comunidades analisadas, ou seja, à compreensão das formas próprias de expressão dos cuidados de saúde. Em concomitância à escolha metodológica, a fim de compreender as questões subjetivas em relação à saúde/doença e suas conexões com as práticas intrínsecas ao grupo social pesquisado, adotou-se para a orientação a TRS, utilizando duas propostas complementares a esta teoria: a abordagem processual e a abordagem estrutural ou a Teoria do Núcleo Central.

Em função das características de apreensão do objeto, a proposta deste livro ocorre com o auxílio da abordagem processual, por meio da qual é possível conhecer a construção da realidade ribeirinha, influenciadas pelas condições físicas em que vivem, pelas dimensões psicológica, social e cultural que a atravessam, e a maneira como os elementos psicossociais contribuem

para as concepções de saúde e doença e para a realização de práticas populares de saúde, por meio de representações criadas e transmitidas na comunicação e interação social cotidiana do grupo. A abordagem estrutural da teoria das representações sociais justifica sua adequação, ao esclarecer o papel de conhecimento compartilhado acerca dos objetos sociais saúde e doença, a partir da influência que exercem sobre as práticas populares de saúde do grupo. Desse modo, a abordagem auxilia no reconhecimento da estruturação dos elementos que formam as representações sociais dos ribeirinhos.

Este trabalho apoiou-se na observação e descrição dos modos de pensar e fazer e nas maneiras como os atores sociais interpretam a realidade em que vivem e como produzem e tratam a informação que circula entre eles. Intencionou-se, além do ato de observação, uma relação de experiência com o outro, uma aproximação que pode ser entendida como modo de compartilhamento de “mundos”, oferecendo uma possibilidade de construção teórica, que envolve sujeitos e objeto de estudo em uma relação de intersubjetividade.

Cenário

Caracteriza-se como cenários deste estudo três comunidades - Demarcação, Calama e São Carlos do Jamari -, todas pertencentes à região denominada de Baixo Madeira, situadas na zona rural fluvial da capital do estado de Rondônia. São os locais onde ocorrem as interações, estratégias, negociações, diálogos e são construídas as representações dos interlocutores.

O tempo de permanência nas comunidades foi de 60 dias, que ocorreu em períodos alternados de 20 dias por comunidade. Vale ressaltar a aproximação prévia da pesquisadora junto às comunidades ribeirinhas pesquisadas por meio da participação em estudos exploratórios anteriores, conferindo proximidade e noção do *lôcus* de pesquisa.

Os sujeitos foram convidados pessoalmente a participarem da pesquisa, sempre feita em horário previamente agendado e a critério da disponibilidade deles quanto ao dia, horário e local. Na maior parte das vezes a aplicação dos instrumentos ocorria no domicílio do participante ou durante o seu horário de trabalho, sendo realizada individualmente.

Participantes

Para compor o quadro de análise, foram acessados os moradores das comunidades referidas que são os participantes do estudo que deram origem a este livro. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: sujeitos residentes há mais de 10 (dez) anos nas comunidades, maiores de dezoito anos de idade, de ambos os sexos. O primeiro critério adotado permite supor que os participantes são pessoas cujos conhecimentos acerca das condições de saúde-doença no *locus* estudado, das práticas institucionais/oficiais e populares de saúde estejam mais consolidados e apoiados nas suas experiências, valores e crenças, e por esse motivo, melhor descreveriam a realidade de saúde da comunidade onde residem.

O quantitativo de sujeitos foi definido em função das técnicas de coleta e análise de dados, especificadas no item seguinte. O livro contou com a participação de 120 moradores das comunidades, sendo 65 homens e 55 mulheres, distribuídos de forma não intencional. Somente na comunidade de Calama, houve a participação pareada entre os sexos (20 homens e 20 mulheres). Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico que continha tarefas de escolha de palavras evocadas, por meio das evocações livres aos termos indutores “Saúde” e “Doença”. Também se realizou entrevista semiestruturada, no período de julho a agosto de 2014.

Coleta de dados

A estratégia metodológica de coleta de dados combinou quatro técnicas para a identificação dos diferentes planos das representações (conteúdo, estrutura, objetivação e práticas sociais), sendo utilizadas: observação sistemática e não participante, questionário, técnica de associação livre e entrevista semiestruturada.

O emprego das técnicas foi dividido em quatro momentos distintos e subsequentes: a primeira técnica foi a observação participante, que ocorreu ao longo de todo o trabalho, e concomitante com as diferentes etapas. Sua utilização foi guiada por um roteiro cujo objetivo era observar o cotidiano

e identificar as práticas de saúde realizadas nas comunidades ribeirinhas. Dessa maneira, a coleta dos dados foi desde o início até o seu desfecho marcada pela observação participante, efetuada na vida real, como propõe o roteiro de observação.

De acordo com as modalidades de observação existentes, utilizou-se nesta investigação a observação não participante, sistemática ou estruturada, na qual o observador deve saber previamente o que procura e o que carece de importância em determinada situação; deve buscar ser objetivo, reconhecer possíveis erros e tentar reduzir sua influência sobre o que vê ou recolhe. A observação foi individual, feita apenas pela pesquisadora em campo. Por fim, as observações foram feitas no ambiente real, registrando-se os dados à medida que foram ocorrendo, espontaneamente (Marconi; Lakatos, 2003).

O emprego da técnica de observação não participante visa auxiliar na descrição da realidade ribeirinha no Baixo Rio Madeira e foi realizada para complementar os dados da entrevista por meio de registros de dados visíveis, não verbais e verbais de interesse da pesquisa, cujas anotações foram feitas por meio de registro cursivo contínuo em diário de campo. Cabe destacar que a utilização da observação participante nesta pesquisa assume o papel revelador e não somente complementar, que a técnica possui na apreensão de objetos, tal como o contínuo saúde/doença que pode omitir-se ao discurso direto entre autor e sujeito abordado, pois a utilização de técnicas padronizadas se torna-limitante ao informar aspectos que, apenas na ocorrência espontânea dos fatos, são passíveis de serem capturadas. No segundo momento para a produção do livro foi aplicado um questionário, de forma individual, contendo 39 questões abertas e fechadas, distribuído de modo equivalente nas três comunidades, 40 por comunidade, totalizando 120 aplicações. O preenchimento do questionário foi sempre acompanhado pela pesquisadora, a qual se mostrava disponível para prestar esclarecimentos sobre esse instrumento, bem como sobre a pesquisa (ao final do preenchimento). O questionário continha, além de perguntas fechadas e abertas, a técnica de evocações livres aos termos indutores “saúde” e “doença”.

As entrevistas ocorreram por meio dos depoimentos dos sujeitos, a produção de dados que revelam normas, valores, símbolos e condições

estruturais sobre o objeto que está sendo pesquisado. Além disso, contribuiu na investigação dos aspectos afetivos e valorativos dos informantes que determinam significados pessoais de suas atitudes e comportamentos.

Na abordagem qualitativa e dinâmica priorizou-se a experiência dos participantes, na compreensão de aspectos concretos e simbólicos envolvidos em sua vida cotidiana (JODELET, 2003). Para ordenar a coleta de dados, criou-se um roteiro alternativo de entrevista que envolve os seguintes itens de investigação:

1. O conceito de saúde e doença sob a ótica dos ribeirinhos e a utilização ou não das práticas populares de saúde entre os ribeirinhos;
2. A origem e o repasse do conhecimento popular em saúde (meios midiáticos, próprios, familiares, membros da comunidade, profissionais de saúde, entidades míticas);
3. Os recursos utilizados nas práticas populares de saúde (plantas, rezas, rituais de cura);
4. A forma de aquisição dos materiais empregados nas práticas (comprado, plantio próprio ou doação de outrem);
5. As principais demandas e necessidades de saúde sob o prisma dos ribeirinhos;
6. A periodicidade dos atendimentos ofertados pelas instituições oficiais de saúde nas comunidades, bem como àquelas realizadas pelos especialistas de saber local;
7. Os modos de interação e comunicação entre o usuário e os profissionais de saúde, do ponto de vista dos atores sociais ribeirinhos;
8. O nível de satisfação dos ribeirinhos diante os cuidados de saúde (oficial e não-oficial).

Análise dos dados

O uso complementar de diferentes estratégias metodológicas de coletas de dados visa auxiliar no melhor entendimento da realidade social estudada, avaliar as habilidades, os comportamentos e as relações entre

indivíduos e o contexto. Nesse sentido, a combinação dos métodos utilizados na coleta exigiu uma diversidade de técnicas de análise de dados.

Observação participante

Os registros produzidos a partir do diário de campo foram lidos e sintetizados naquilo que informa os principais aspectos que se destacaram no cenário ribeirinho, durante a pesquisa de campo, por meio da descrição do cenário, das principais atividades desenvolvidas pelos ribeirinhos nas comunidades e de histórias marcantes de seus moradores. As transcrições foram feitas em formato cursivo ou categorizadas na dependência da riqueza e variabilidades dessas observações. As riquezas das informações presentes no diário de campo foram, ainda, resgatadas para dar suporte contextual às demais análises realizadas. As observações auxiliaram, sobretudo, a análise das práticas de saúde oficiais e tradicionais realizadas nas comunidades e serviram de apoio ao material discursivo obtidos por meio das entrevistas e do questionário. Além disso, utilizou-se a fotografia como recurso visual, realizada pelo próprio observador, de modo registrar alguns detalhes que considerou mais marcante.

Questionário

Os dados referentes aos itens do questionário (perfil sociodemográfico dos participantes) foram analisados por meio de estatística descritiva (média, desvio padrão e distribuição de frequências) e estatística relacional, por meio do teste Qui-quadrado, com o auxílio do programa estatístico IBM® *Statistical Package for Social Sciences- SPSS®* (Statistic versão 20.0).

Buscou-se verificar a relação entre variáveis qualitativas do tipo categórico nominal, no que diz respeito ao perfil sociodemográfico e econômico dos ribeirinhos, a fim de saber se existe influência de determinada variável independente (sexo, renda familiar, escolaridade, profissão e religião) sobre variáveis dependentes eleitas, tais como o acesso às informações de saúde, a avaliação dos atendimentos prestados no sistema de saúde local, o conhecimento acerca dos profissionais de saúde que realizam

os atendimentos, a avaliação dos serviços oficiais de saúde utilizados, o uso da medicina popular, a indicação, o uso e o preparo do remédio caseiro e o uso de benzedor(a), segundo os respondentes.

Evocação Livre

Por tratar-se de um trabalho orientado pela TRS, cabe identificar o conhecimento compartilhado socialmente pelos indivíduos. A identificação da estrutura das representações sociais será feita por meio dos elementos centrais que organizam as representações e dão sentido aos elementos periféricos, por esse motivo serão realizadas análises lexicográficas por meio do *software* EVOC - *Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Évocations* (versão 2005). Os dados lexicais produzidos passaram por uma análise prototípica das evocações que possibilita efetuar a organização das palavras produzidas em função da hierarquia implícita à combinação da frequência com a ordem natural de evocação, e, posteriormente, as palavras evocadas serão distribuídas no quadro de quatro casas, considerando os critérios de maiores frequências e Ordens Médias de Evocação (Oliveira, 2005a).

Para a análise das evocações foi utilizado o quadro de quatro casas com o uso do *software* EVOC 2005, buscando identificar a estruturação dos conteúdos representacionais, a partir da formação de quatro conjuntos de cognições. Sobre a estruturação das cognições, no quadrante superior esquerdo concentram-se os elementos evocados mais importantes para os sujeitos pesquisados e o provável núcleo central das representações pesquisadas, já que nem todos os elementos contidos nesse quadrante são obrigatoriamente centrais (Abric, 2003; Sá, 2002).

O quadrante superior direito compõe a primeira periferia, nela estão localizados os elementos cognitivos que podem aproximar-se ou evoluir para o núcleo central (Sá, 2002). Concentram-se na zona periférica os elementos representacionais que podem ser associados ao contexto de vida e às práticas sociais, sendo, portanto, instáveis, permitindo a variabilidade interindividual da representação, conforme defendem Oliveira, Gomes, Marques (2005b).

No quadrante inferior esquerdo, também chamado de zona de contraste estão cognições que foram evocadas por um menor número de sujeitos, porém consideradas como muito importantes, evidenciando a existência de um subgrupo que possui uma representação divergente do restante do grupo (Sá, 1996; Abric, 2003).

O quadrante inferior direito compõe a segunda periferia, onde estão presentes os elementos pouco frequentes e definidos como menos importantes (Abric, 2003). Usou-se o referencial teórico proposto no sentido de obter dados que identificassem as representações sociais sobre a saúde e doença.

Pelas razões apontadas, a TRS contribui para uma maior aproximação à realidade social, promovendo um diálogo entre os diferentes saberes, o reificado e o saber popular, privilegiando o senso comum produzido no grupo e o conhecimento tácito da situação cotidiana de saúde. Trata-se de um conhecimento que converge à prática, sustentado pela comunicação, construído e reconstruído coletivamente, que gera comportamentos, atitudes e imagens, mais ou menos comuns entre os ribeirinhos. A abordagem estrutural esclarece duas características das representações sociais, a saber: “as representações sociais são ao mesmo tempo estáveis e móveis, rígidas e flexíveis” e “as representações sociais são ao mesmo tempo consensuais, mas também marcadas por fortes diferenças interindividuais” (Sá, 2002, p. 72).

Portanto, a abordagem estrutural da teoria das representações sociais auxilia no reconhecimento dos elementos que formam o núcleo central e periférico das representações de saúde e doença dos ribeirinhos e, justifica sua adequação, ao esclarecer o papel de conhecimento compartilhado acerca dos objetos sociais pesquisados, a partir da influência que exercem sobre as práticas de saúde do grupo.

Entrevista

A produção discursiva, depois de transcrita foi adequada no formato apropriado; desse modo, o material textual foi reunido por meio da construção dos *corpus* que foram submetidos a uma Classificação Hierárquica

Descendente (CHD) (Marchand; Ratinaud, 2012; Ratinaud; Marchand, 2012), realizadas com o auxílio do software IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) 0.7 alpha 2, desenvolvido por Pierre Ratinaud e permite fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras (Camargo; Justo, 2013).

Assim sendo, as entrevistas semiestruturadas realizadas foram processados pelo IRaMuTeQ que é um software desenvolvido sob a lógica do *open source* (licenciamento livre), tomando por base o ambiente estatístico do software R e a linguagem *python*. O programa viabiliza distintos tipos de análises textuais, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras) às análises multivariadas como é o caso da CHD e das análises de similitude.

Cabe ressaltar que o método CHD executado, é um programa desenvolvido por Max Reinert que conjuga uma série de procedimentos estatísticos aplicados a bancos de dados textuais, como os originados nas entrevistas. Esse recurso permite analisar dados textuais quantificando o texto para extrair estruturas mais significativas para que se acesse a informação essencial presente no texto.

3. AS COMUNIDADES DO BAIXO MADEIRA: DIALOGANDO COM OS RIBEIRINHOS SOBRE AS ESTRUTURAS DE SAÚDE

Neste capítulo serão apresentadas informações para compor a cartografia do espaço ribeirinho pesquisado, especialmente relacionadas ao cenário do Baixo Madeira em Porto Velho. Alguns desses elementos apresentam aspectos em comum do contexto das comunidades pesquisadas. Contudo, outras características se destacam por serem aspectos exclusivos, típicos de determinada comunidade suas idiossincrasias.

Nos tópicos seguintes serão sintetizados o conhecimento e a experiência obtida por meio do contato realizado no cotidiano das comunidades. Portanto, os depoimentos e relatos que se apresentam neste trabalho são fruto do trabalho de campo executado nos anos de 2014 e 2016, descritos de forma resumida, a partir da análise do programa informático. Salienta-se ainda que as informações referentes aos nomes dos sujeitos não serão revelados, sendo identificados por pseudônimo, como forma de homenagear a fauna local, cada um recebeu nome de peixes existentes nos rios da Amazônia. As imagens divulgadas foram autorizadas pelos participantes, via Termo de Consentimento Livre Esclarecido-TCLE.

Trata-se de encontros ocorridos em momentos e lugares distintos, por meio dos quais se pôde ouvir as histórias dos moradores que ocupam (ou ocuparam) posições de destaque nas comunidades onde residem, sendo personagens fundamentais para a continuidade do ciclo da vida e para a organização do cotidiano. Por meio dessa trajetória foi possível conhecer as estruturas e os serviços de saúde ofertados às populações ribeirinhas, além de ampliar as observações dos elementos psicossociais que dão forma às representações sociais de saúde e doença e alicerçam as práticas populares de saúde.

Conhecendo as comunidades do Baixo Madeira

Nosso percurso se inicia ainda em Porto Velho, no porto fluvial da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, também conhecido como Porto do Cai N'água, onde os moradores e visitantes de comunidades do Baixo-Madeira aguardam pelos barcos de linha, que fazem o percurso até as comunidades, normalmente com saída às segundas, quartas e sextas-feiras, nos horários das 10h, 12h e 18h. No porto, dezenas de barcos ficam à espera de seus passageiros para iniciar o percurso. Dependendo do destino, essas embarcações permanecem no porto durante a semana em dias alternados, sendo que alguns barcos têm como destino final lugares mais distantes, como Manicoré ou Manaus, no estado do Amazonas.

Figura 1 – Porto do Cai N'água, Porto Velho/RO; embarcações atracadas no porto.



Fonte: arquivo da autora, 2014.

As embarcações normalmente possuem dois andares/compartimentos e transportam cargas e passageiros. A capacidade de transporte de passageiros varia, dependendo do tamanho da embarcação, com limite médio para 80 pessoas, cujo valor da passagem custava em torno de R\$60,00. No primeiro compartimento, acima do motor do barco, os passageiros relatavam sentir todo o barulho e o vapor quente, já no segundo compartimento o barulho do motor é mais ameno. Em qualquer compartimento o passageiro tem direito a armar uma rede, o que não significa que se consiga

fazer isto. É necessário chegar mais cedo no barco e ficar até sua partida, impedindo que o lugar seja ocupado. Às vezes, ficam duas ou três camadas de redes sobrepostas, dependendo do número de ocupação de passageiros.

Os barcos contam com instalações de cozinha para a oferta de refeições durante a viagem, e normalmente com no mínimo dois banheiros, alguns dispõem até de dormitórios reservados, conhecidos por camarotes e um porão para guardar as cargas e os mantimentos dos viajantes, que geralmente são alimentos perecíveis (armazenados no freezer), e não perecíveis para a utilização própria ou para abastecer o comércio local das comunidades, porém o mais comum é o chamado rancho (itens alimentícios) ou compra do mês dos moradores. Antes de o barco zarpar, recebe algumas visitas de vendedores ambulantes que abastecem as demandas que, porventura, falem aos viajantes, com a oferta de fitoterápicos, roupas, roupas íntimas, redes de dormir e produtos falsificados diversos, como relógios, mídias musicais, entre outros artigos.

Em nossa experiência presenciamos que os barcos, além de passageiros, por vezes transportam itens alimentícios, motos, bicicletas, materiais de construção, eletrodomésticos, eletrônicos e animais domésticos. Ainda sobre o transporte dos itens, parece não haver um controle rigoroso sobre o limite máximo de carga estabelecido por passageiro, vale a ordem de chegada, de acomodação e a ocupação total do espaço destinado às cargas, todos esses itens somados, compõem o ambiente do barco no percurso de nossa viagem. Assim, o barco funciona temporariamente como uma espécie de casa flutuante, onde se alimenta, descansa e se distraí entre bate-papos, jogo de cartas e observação da natureza.

Antes de iniciar o percurso as pessoas se preparam para a partida, atando suas redes, enfileirando-as umas ao lado das outras e, dependendo da lotação, umas sobre as outras, tornando-se companheiros de viagem pela proximidade adquirida nesta ocupação, que invariavelmente permite alguma troca de experiência acerca do viver ribeirinho.

Figura 2 - Organização de passageiros nas embarcações no porto do Cai N'água, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

Quando o barco parte, nosso olhar de viajante observa lentamente a mudança no cenário, com prédios mais altos da cidade de Porto Velho ficando distantes e desaparecendo lentamente atrás das árvores, dando espaço às imagens naturais existentes às margens do rio Madeira. Assim, paulatinamente, passamos a visualizar o verde intenso da mata ciliar do rio, que faz parte da exuberante floresta amazônica e sua típica vegetação multifoliada - e do imenso rio que vai serpenteando através da mata e parece não ter fim.

Conferimos ao longo do percurso algumas moradias típicas ribeirinhas, espalhadas às margens do rio. Presenciamos a continuidade na exploração de recursos naturais, já que mesmo nos dias atuais, muitos ribeirinhos sobrevivem das riquezas provenientes do rio, com dezenas de dragas instaladas no Madeira, onde realizam a garimpagem ilegal de minérios.

Figura 3 - Draga de garimpagem em atividade no rio Madeira, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2016.

Para reforçar ainda mais a beleza do lugar e sua excentricidade, a embarcação em alguns momentos é acompanhada pela presença de botos, que costuma encantara todos, mesmo que os tenham visto por incontáveis vezes. Fazem nados sincronizados vários saltos com a graciosidades de bailarinos do rio.

A euforia provocada nos viajantes menos acostumados talvez seja consequência da novidade que a cena apresenta e, para os mais acostumados, seja consequência da representatividade e simbolismo do boto para os moradores, presente na memória, nas histórias e lendas da região do Baixo Madeira. Somado a isso, observamos a magnitude das águas e da força do rio, seus contornos e seus banzeiros.

A paisagem local, apesar da difícil reprodução daquilo que desperta nos sentidos de quem a contempla, nos permitiu chegar à conclusão de quão rara é a sua beleza, mesmo diante de inúmeras ameaças vividas em diferentes ciclos econômicos exploratórios realizados na região. De toda forma, resiste-se ao tempo e as leis, e o rio persiste em sua grandeza e nos faz crer em sua força.

À época em que se dava a coleta de dados, acontecia a copa mundial de futebol no Brasil. Todos no barco aguardavam ansiosos o jogo que ocorreria àquela tarde, cujo percurso nos levaria à comunidade de Demarcação. O jogo da seleção brasileira foi transmitido por um conectado a uma antena parabólica, instalados na área de lazer do barco, que normalmente possui um som e um freezer, numa área aberta, localizada no piso superior. Naquele dia, mesmo com algumas dificuldades na transmissão do sinal, o televisor foi sintonizado, após o início da partida trouxe ânimo aos torcedores que aguardavam ansiosos. A maioria trajava camisa verde e amarela e estavam munidos como foguetes e apitos.

Figura 4 - Tripulação e passageiros durante partida de futebol transmitida no percurso do barco, Porto Velho/RO



Fonte: Arquivo da autora, 2014.

Ainda durante a viagem, percebemos que o barco realiza algumas paradas no meio do rio para pegar ou deixar passageiros nas vilas ou comunidades ao longo do trajeto. Como ainda era dia, percebemos que para quem está às margens do rio, basta sinalizar com os braços à beira do barranco. Quando a voadeira chega com o passageiro, é feito a abordagem com o barco em movimento, ainda no meio do rio, aspecto que apresenta algum perigo.

Somos informados que se o chamado for à noite, as pessoas fazem um sinal com a lanterna e aguardam que a voadeira vá buscá-los na margem. Há barcos que obedecem aos chamados e outros não, porém não souberam nos esclarecer qual é a lógica utilizada para decidir se buscam ou não o passageiro na beira do barranco.

Figura 5 - Voadeiras atendendo os chamados dos moradores das comunidades para o embarque e desembarque de passageiros e cargas no barco, ao longo do percurso, Porto Velho/RO.



Fonte: Arquivo da autora, 2014

Quando se viaja nas áreas ribeirinhas, a primeira coisa que se vê, ao chegar a uma vila maior, melhor estruturada, é a torre de uma igreja. Nas comunidades de São Carlos e de Calama, percebemos o orgulho dos moradores ao anúncio da chegada, quando os barqueiros que avisam que se aproximam “... pois já dá para ver a torre da igreja”.

Nos três distritos em que desenvolvemos a pesquisa, era exatamente logo após a grande enchente de 2014. Por isso, não havia infraestrutura com relação aos serviços de hospedagem. Sabíamos que em São Carlos existia uma pousada com capacidade para 10 dez pessoas e em Calama duas pousadas. Já Demarcação oferecia uma casa, chamada de Pousada da Rosa, que albergava os hóspedes em um de seus quartos, sendo algo que foi sendo feito pela comunidade em decorrência da distância, implicando que

os visitantes, a trabalho ou a lazer, não têm como retornar para um lugar que tenha pousada..

Na viagem rumo ao distrito de Demarcação, um lugar formado a partir de um antigo seringal do nos anos de 1940, , habitada na época por aproximadamente 280 pessoas e localizado a 197 km de Porto Velho, cuja duração do percurso de barco a partir de Porto Velho pode durar em torno de 12 (doze) horas de barco “de linha” na ida, ou seja, acompanhando o fluxo do rio no sentido de sua correnteza. Já na volta (subindo contra a correnteza) pode levar mais de 15 (quinze) horas.

Demarcação

O acesso à comunidade se faz também, por meio da navegação em um dos rios afluentes do Madeira, que é o rio Machado. Nesse trecho não é possível navegar em época de seca do rio com o barco de linha, devido aos bancos de areias que impedem a passagem de embarcações maiores. . Sobre o acesso à Demarcação, o senhor Pirarucu (35 anos), em conversa nos contou: *“Olha moça, aqui de agosto a janeiro, esquece, porque é época de seca e no rio Machado não entra embarcação grande, falta total de acesso...”*.

Já beirava a meia noite quando chegamos a Demarcação e devido ao avançar da hora trouxe inconveniências, pois como já foi dito, há apenas uma pousada, com um único quarto. Contudo, como o barco fica atracada naquele local por dois dias, até a chegada de outra embarcação, a solução foi pernoitar no veículo, ao raiar do dia, fomos recepcionados por Dona Jatuarana, em sua casa. Naquela noite nos adaptamos a dormir na rede e suportando nuvens de mosquitos, sobretudo do carapanã (pernilongos sovelas).

Figura 6 - Cenas cotidianas: registro de uma ação cuidativa de saúde que envolvia o uso da medicina alopática e a combinação do remédio caseiro em Demarcação, Porto Velho/RO.

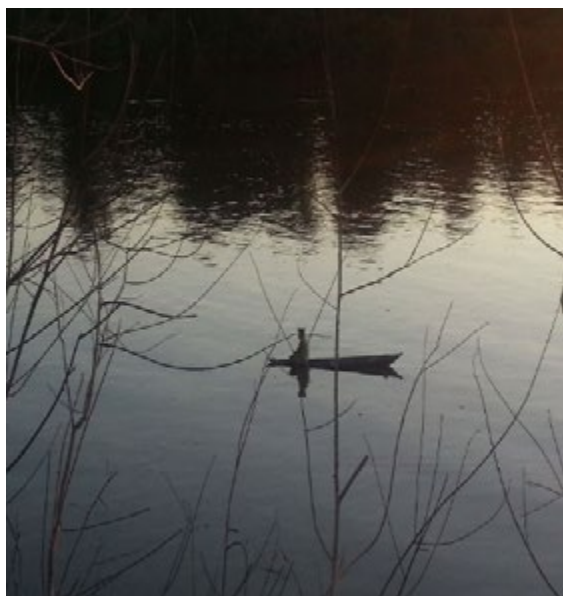


Fonte: arquivo da autora r, 2014

Quando navegamos pelo rio Machado encontramos um cenário que, de qualquer ângulo, nos lembrava da pintura de um quadro, o qual retrata a bela paisagem amazônica, com vários tons de verde, que mais parecia uma explosão comparada a uma queima de fogos de artifício, com as mais diversas nuances que se pode reproduzir, somado a um céu de tom azul claro com os raios de sol, que de tão vibrantes, tornavam o belo cenário incomparável e radiante. A paisagem de um belo dia de sol nos dava a impressão de que ali ele é mais forte do que em outros lugares, e de tão intenso nos faz crer na nossa limitação em reproduzir o sublime por meio de palavras.

O rio que se estende por essa tela forma um grande espelho d'água, refletindo tudo que existe a sua margem, como o nosso barco ou um panapanã de borboletas de vários tons, que observamos repousando à sombra de um barranco e tudo o mais que por ele passa. Se essa tela emitisse som, reproduziria o canto incessante dos pássaros amazônicos, e diante tanta diversidade, nos sentíamos confuso ao tentar identificar as espécies cantantes. É para nós verdade que esse rio parecia duplicar aquilo que como único, já se fazia belo em meio àquela natureza e, que de modo duplicado, nos faz confundir realidade ao onírico.

Figura 7 – Paisagem do rio Machado, na comunidade de Demarcação, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivo da autora r, 2014.

Gradualmente fomos constatando que o rio representa muito para as pessoas moradoras de áreas ribeirinhas, não só como beleza cênica, pelo contato profundo com a natureza, mas como fonte de manutenção da vida comunitária, por meio do abastecimento d'água que dele provém, como fonte de alimento, por meio dos peixes e da agricultura, que depende de seus níveis para que possa dar certo e, principalmente, como fonte de acesso para os que moram às suas margens, pois é em função dele que todos vivem ali. Seja através da pesca, da agricultura, do transporte, do comércio e outros, tudo gira em torno do rio. Atualmente, o rio, ou o nível de suas águas, também é fonte geradora de medo, pois obriga os moradores a pensarem em mudanças estratégicas, ao afastarem seus domicílios da beira do rio, para o que chamam de terra alta, evitando com isso, uma possível inundação em área de várzea.

Logo após nossa chegada, buscamos saber sobre a origem da comunidade a partir de um dos moradores mais antigos de Demarcação, seu Jaú, o benzedor, 69 anos, ele nos conta: *“Demarcação já existia quando*

eu cheguei aqui no Rio Machado, depois que eu cheguei aqui nessa vila, dos antigos habitantes só tem três pessoas ainda, uma delas é a Dona Jatuarana”. Eu aqui, nesse ponto do rio, já vivo há 8 anos, eu e minha família, e vamos completar o próximo aniversário aqui. Nasci e me criei no seringal, e o meu pai foi soldado da borracha, e eu nasci em 1945. Nessa época aqui na Amazônia era tudo seringal. Cortei seringa, por 47 anos. Agora, um fazendeiro da região, amigo meu, que trabalhei por muitos anos de roçar a mata dele, me deu a casa onde moro. Já tenho a minha terra e já estou com as madeiras para fazer a minha casa, mas com essa enchente, eu fico com medo de levantar a minha casa, porque não sei se vai inundar tudo de novo”.

Dona Jatuarana é madrastra de nossa informante nas comunidades do Baixo Madeira. Ela nasceu e se criou no território, e foi ela quem nos ofereceu estadia e comida em sua casa. Ao longo de nossa permanência, percebemos que o barco de linha é muito esperado pelos moradores, as chegadas e partidas funcionam como uma atração e divertem aqueles que observam atentos com suas famílias o ir e vir da embarcação pelo rio.

Figura 8 – Moradores de Demarcação em momento de lazer, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivo da autora, 2014.

É comum vermos as pessoas, sob a sombra de uma árvore, as margens do barranco, sentados ou de pé, outros nas escadarias dos barrancos, que interligam as residências ao rio, contemplando a chegada ou partida da embarcação ou de alguém, como um evento que se apresenta como novidade, trazida àquela comunidade, pois dependendo da época do ano, especialmente no período de seca, a navegação do barco de linha fica comprometida e pode ocorrer somente, uma vez por mês.

Figura 9 – Embarcações mais comuns que navegam pelo rio Machado em Demarcação, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014

É comum nas localidades ou vilarejos próximos, integradas ao distrito, a presença de algumas famílias que residem mais afastadas, em áreas isoladas, cujo percurso para acessar a sede do distrito é feito a pé, isso quando a moradia fica do mesmo lado do rio. Geralmente o trajeto pode ter duração de duas ou mais horas de caminhada, como ocorre com a família de seu Matrinxã, que reside no vilarejo de Machadinho, na margem esquerda do rio Machado e busca os principais recursos, em Demarcação, que dispõe de duas mercearias, com produtos alimentícios, secos e molhado, alguns medicamentos, gás e combustível. Porém, esse trajeto também pode ser feito em pequenas embarcações com motor de popa, como as voadeiras ou canoas com rabetas (com motor e hélice traseira, não muito profunda,

ideal para rios), pilotadas pelos barqueiros moradores locais. Ou ainda, por canoa, com uso de remos.

Normalmente, quem não dispõe de embarcação própria, realiza esse deslocamento pagando uma quantia em dinheiro ou com produtos da roça, aos donos das embarcações. Desse modo, uma viagem de Demarcação à Calama pode custar até 50 reais o trecho. Portanto, quando se pretende visitar uma comunidade como essa ou um de seus vilarejos próximos, é recomendável que se leve combustível e alimentação, como garantia, pois dependendo da distância entre as localidades, não é fácil encontrá-los à venda e, os valores dos produtos são muito elevados, se comparados aos comercializados na capital.

As casas são feitas normalmente de madeira, algumas são mistas (parte feita de madeira e de alvenaria), pois ao invés de assoalho de madeira, comumente utilizado nos domicílios ribeirinhos, utilizam o piso de alvenaria, sendo a base da casa feita de tijolos e os quintais sempre muito espaçosos. A fossa negra é a mais utilizada pelos moradores. Alguns domicílios também possuem em seus quintais animais para o abate, os porcos e as galinhas são os mais comuns. Outro costume é o de tomar banho de rio, com cacimba ou cuia.

Figura 10 – Domicílio ribeirinho localizado na comunidade de Demarcação, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

Em Demarcação existe um grande espaço comum gramado, que forma um pátio e separa as casas do rio, ele funciona como uma espécie de local público, comparativamente a uma rua principal, à beira rio. Lá os moradores transitam e as crianças se encontram, diariamente, no trajeto para a escola. As casas, assim como a pequena rua, seguem a mesma disposição espacial, margeando o rio.

Figura 11 – Área central, que funciona como rua principal em Demarcação, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

A estrutura comunitária é composta de uma escola que oferece o ensino fundamental, de modo incompleto, já que a educação básica atual possui nove anos de formação, entretanto, a comunidade disponibiliza apenas da alfabetização até o 5º ano do ensino fundamental, na escola municipal João de Barros Gouveia. Há um posto de saúde construído em alvenaria (a época do estudo ele ainda seria inaugurado); um posto de apoio da polícia civil, um centro comunitário; uma igreja católica e duas igrejas evangélicas; uma estação geradora de energia; uma cooperativa de farinha; um campo de futebol de várzea; um cemitério; dois pequenos comércios, entre esses, um que funciona também como bar.

Figura 12 - Posto de saúde em Demarcação, Porto Velho/RO; Escola municipal João de Barros Gouveia.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

Figura 13 – Igreja evangélica; posto auxiliar da Polícia Civil em Demarcação, Porto Velho/RO



Fonte: arquivos da autora, 2014.

Na ocasião da nossa permanência, as ações preventivas e curativas eram precárias e se resumiam às visitas da equipe de saúde de Calama, de 15 em 15 dias, quando realizadas, já que Demarcação dispõe de unidade

básica de saúde. Assim, como em outras comunidades do Baixo Madeira, os profissionais de ensino superior que compõem a equipe multiprofissional da ESF permanecem por um dia ou no máximo dois na comunidade, para atender aos usuários, com exceção do médico, que após a implantação do programa Mais Médicos, fixaram permanência na comunidade de São Carlos e Calama. O médico que atuava em Calama é o mesmo que realiza visitas quinzenais ao distrito de Demarcação. Como alternativa de cuidado, os próprios profissionais de saúde de Demarcação cultivam uma horta com plantas medicinais, no espaço da unidade de saúde e mencionam que na ausência de um médico recomendam e ensinam aos usuários, receitas de remédios caseiros.

Figura 14 – Canteiro de plantas medicinais e hortaliças em Demarcação, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

Os moradores se queixam do esquecimento da comunidade pelas autoridades de saúde; muitos são os relatos daqueles que afirmam estar decepcionados com os serviços de saúde prestados, pois na experiência de adoecimento, sentem-se negligenciados pelos profissionais da localidade. Ademais, mencionam que para manter a comunidade unida, preferem evitar queixas e o confronto direto com o profissional da saúde, pois na maior

parte dos casos, esse profissional é ao mesmo tempo seu vizinho, porém se queixam indiretamente aos familiares e parentes próximos.

A principal queixa dos usuários é o fato de que somente os médicos podem receitar os medicamentos, mas como na comunidade não há médico permanente, precisam pensar em outras alternativas curativas, que em alguns casos pode se apresentar como a única solução, para um problema urgente, como mostra ser, a dor aguda de dente. Todavia, os usuários consideram justo que um profissional da unidade de saúde, possa lhe ajudar, ao doar algum tipo de medicamento, disponível, segundo os moradores, em abundância na farmácia da unidade de saúde, sobretudo quando buscam a unidade diante os casos de fortes dores ou febre alta. Essa revolta pode tornar-se ainda maior, principalmente se os sintomas apresentados forem em consequência de algum mal que tenha relação com a situação de trabalho, e que para ribeirinho necessita ser sanado com urgência, para a continuidade das atividades, pois envolve o próprio sustento. Quando isso não acontece, a decepção e descrédito com os serviços de saúde são inevitáveis.

Figura 15 – Cartaz produzido pela direção da unidade, direcionado aos moradores; medicação disponível na farmácia da unidade de saúde, Demarcação, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

O relato emocionado de seu Pacu, 34 anos evidencia essa dificuldade na relação entre profissionais e usuários: *Certa vez eu fui na unidade, com dor, morrendo de dor de dente, mas a fulana lá, diretora, não quis me dá nenhum remédio, disse que eu precisava ter receita, e fazer uma consulta com o médico,*

daí eu disse: que receita de médico? Quando? E a minha dor? Falei para mim mesmo que nunca mais eu piso os pés ali. Outra moradora, Dona Mandi, 75 anos nos conta: só ganha remédio mesmo quem é amigo próximo ou parente do pessoal do posto, porque eu mesma, já vi com os meus olhos, um monte de remédio ser queimado atrás do posto, às escondidas para ninguém ver a judiaria que é, o pessoal aqui prefere queimar do que dá pra pessoa que precisa...

Figura 16 – Encontro com moradora ribeirinha em seus domicílio, Demarcação, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

Entre os diferentes relatos de pessoas que haviam se decepcionado com os atendimentos de saúde prestados na comunidade, alguns alegavam, que o motivo principal para a falta de atendimento se devia a falta de amizade ou parentesco entre o usuário e a diretora da unidade de saúde. A mesma lógica operava em relação aos demais profissionais de saúde local (agente comunitário e o profissional responsável pelo exame de lâmina, microscopista). Aquele que não mantinha um vínculo de proximidade sentia-se excluído do sistema de saúde.

Apesar do medo e da dificuldade em dialogar com os profissionais de saúde sobre as condições e oferta de serviços, em conversas informais com os profissionais da equipe local, percebemos que eles próprios, também se queixam das condições estruturais da unidade em que trabalham e, apon-

tam para o esquecimento e precariedade no repasse dos insumos por parte da gestão de saúde. Apesar do medo de coerção e represália por parte dos profissionais, que dava o tom de informalidade às conversas, havia também nas falas o temor pela propagação dos rumores de insatisfação com as condições de saúde local, e caso alguém da gestão soubesse o que pensa quem trabalha na unidade de Demarcação, essa pessoa sofreria com a destituição do cargo de confiança ou com a exoneração do cargo, outrora dado.

Nas conversas informais, era possível revelar que os gestores, seus superiores, lidam de forma negligente com as unidades de saúde do Baixo Madeira, deixando a cargo dos profissionais fazer o que podem com os recursos e insumos disponíveis, porém, ao mesmo tempo, em que atribuem a causa das dificuldades vivenciadas na saúde aos gestores, culpabilizam também os moradores de serem exigentes demais e estarem sempre insatisfeitos, por fim, criticam os usuários de não compreenderem as razões de agir dos funcionários, que apenas cumprem ordem.

Figura 17 – Registro das instalações da unidade de saúde, que realiza os atendimentos na comunidade, Demarcação, Porto Velho/RO



Fonte: arquivos da autora, 2014.

Registramos o desabafo do seu Jaú, o benzedor, transformado em texto a expressão de muitos sujeitos: “*Minha filha, quando a gente vai no posto precisando, não recebe atendimento, não tem remédio e quando tem eles não dão de ruim, porque alegam que falta a receita médica. A única pessoa que atende*

bem a gente, sem ignorância é a agente comunitária de saúde Pirarara, moradora daqui. Ela é boa pessoa”.

Quanto à equipe de saúde do PSF, dificilmente oferece outra ação que não sejam as consultas e os exames, pois o tempo de permanência na comunidade se dá a cada quinzena ou mês, num período do dia, na sede do distrito, e não há tempo suficiente para visitar outras localidades e vilarejos vizinhos. Vimos também que há uma procura pelos serviços alternativos de saúde, entre os quais estão as parteiras, os curandeiros(as) e o benzedor(as), assim como as pessoas mais experientes e idosas da comunidade, que assumem um papel importante na oferta de atendimento de saúde. Aqueles que não acreditam nos especialistas de saber mágico religioso, recorrem às entidades divinas Deus, Jesus, Espírito Santo e aos Santos padroeiros.

Percebemos que o assunto que envolve o tratamento e cura feita pelos especialistas é visto por muitos, como algo associado ao diabo, seja por pessoas católicas praticantes e, principalmente, por pessoas evangélicas da comunidade, que evitam comentar sobre o assunto, sob a ameaça de punição em forma de algum tipo de castigo, em consequência do desvio da fé. Entretanto, presenciamos o ritual velado de cura de uma moradora evangélica da comunidade, uma benzedeira, de forma “clandestina”, às escondidas, Dona Tucunará (56 anos), que reza somente nas crianças de sua família, que tenham sido acometidas por quebranto e nas costas das pessoas próximas com rasgadura. Ela também faz uso de chás como o de Maracanaúba, em caso de diarreia e vômito, associados a algum mal-estar físico de origem espiritual, como o mau-olhado. Ela é irmã paterna de nossa informante local, e esse aspecto de cura que ainda mantém restrito à família, é guardado em segredo e só pôde ser presenciado, em função da proximidade que adquirimos junto a um de seus familiares, no período de nossa permanência, porém não fora registrado. Dona Tucunará, afirma que por cada cura ou reza, paga um preço muito alto, pois se aproxima de entidades espíritas, cuja noção e função sua igreja condena.

O padroeiro da comunidade é São Sebastião, e o festejo comemorado no dia 20 de janeiro, com a organização feita pelos moradores católicos,

mas que se apresenta como um espaço de confraternização entre as pessoas de outras comunidades e de outras religiões. Sobre os serviços essenciais e o lazer da comunidade, seu Jaú, um benzedor, complementa: *“a energia da comunidade é abastecida por uma usina, com geradores. Por aqui a gente não tem como se divertir muito, a gente sai pela casa dos colegas, para conversar, bater um papo e quando a igreja está funcionando a gente vai para lá rezar, só isso. Quando os meninos jogam a gente vai assistir.”*

Desse modo, quem mora ali, aprova a rotina vivida por todos em meio a tranquilidade da floresta amazônica. Como mostra o senhor Poraquê (65 anos), morador antigo da comunidade: *“aqui é um lugar tranquilo de se viver, fica perto da mata e não tem aquela coisa que a gente vê na cidade, aquela coisa assim que toma conta, assim tudo avançado... é isso, que motiva a vinda desse pessoal novo para cá, é por conta de tranquilidade que tem, porque era um lugar que de primeiro, não existia droga, aí o pessoal foi colocando a escola, a casa de farinha equipada, com todos os maquinários para se trabalhar, aí devagarinho o pessoal vieram vindo para cá e trouxeram o que tem...”*

O relato feito pelo administrador local, o senhor Piramboia (52 anos): *“aqui nós vive quase no paraíso, porque aqui você ainda pode dormir de porta e janela aberta e a gente não tem aquela perturbação que nem na cidade, né?! Na cidade você não pode dormir de janela ou porta aberta, porque os bandidos estão entrando, né?! Eu mesmo tenho casa na cidade, mas a mulher não gosta de ir para lá não, porque ela tem medo de ser atacada, já fomos atacados lá, para mim lá é que é a selva dos bichos... (risos)”*

O administrador nos relata que a principal matéria prima para os produtores rurais da região é a mandioca, porque a maioria da comunidade vive principalmente da agricultura e da produção de farinha. Assim fez Jacundá (34 anos), produtor rural que sempre trabalhou na produção de farinha e encontrou em Demarcação, o local apropriado e campo fértil para a produção de qualidade e venda da farinha que produz: *“a profissão que eu tenho é só essa mesmo, trabalhar com farinha, fazendo roça e fazendo farinha... hoje aqui na minha casa de farinha, a gente da nossa família, produz mais de quatrocentos quilos de farinha por dia, sendo que a maior parte dessa farinha a*

gente vende aqui mesmo em Demarcação e a outra a gente vende para os comerciantes que vem e comprar aqui e vem buscar para vender lá na cidade”.

Mas não é só na cultura da produção de farinha que a comunidade de Demarcação se destaca, é também pela cultura das lendas e dos mitos repassados entre as gerações, partilhadas em conversas entre os mais antigos e os mais novos, normalmente no fim de tarde, como a que presenciamos entre um grupo de homens do campo daquela comunidade: seu Candiru (75 anos), aposentado, deitado numa rede; seu Tambaqui (68 anos), encostado num tronco de uma árvore, seu Pacu (59 anos), sentado sobre um banco e; na mesma cena haviam duas crianças de olhos e ouvidos atentos aos que os mais velhos diziam. E, assim se reúnem homens novos e mais velhos, para contar histórias em Demarcação, entre elas, a mais famosa é aparição do Mapinguari, tida como verdade, às vezes questionada por eles próprios, mas não comparada ao folclore.

Seu Candiru, ainda na rede, nos conta a história na qual retrata a luta corporal traçada por quatro horas, entre um agricultor local e o Mapinguari. Ele nos diz: *“se transformou-se em quatro bichos, primeiramente em um gavião real, e do gavião ele se transformou-se em um macaco, e do macaco se transformou num homem, e o homem foi crescendo... que daqui a um pouco estava da altura das palmeiras no alto, e o agricultor brigando com o bicho, só que salvação dele era que tinha um punhal de prata, que o pai dele deu pra ele de herança e que cruzava cinco moedas, aí ele vai e pega esse punhal e aponta para ameaçar o bicho, foi quando o bicho disse, a tua valência é que esse punhal é benzido e abençoado do teu pai. Nessa hora o bicho saiu pela mata quebrando as palhas de palmeiras, era um tal de mapinguari. Agora eu não sei se existe, tem?!”.*

Os mais novos descendentes de Demarcação demonstram contentamento ao ouvir esse tipo de narrativa, ao se apropriar dela e colocar em prática a cultura local e as raízes ribeirinhas. O aspecto da manutenção das histórias e cultura local é incentivado pela secretaria estadual de educação, que estabelece um calendário anual de ensino, diferenciado para as comunidades do Baixo Madeira, que reduz o tempo em sala de aula e amplia para o convívio comunitário, no qual os alunos podem exercer atividades prati-

cadras na própria comunidade, junto aos seus familiares, por um período do semestre letivo.

Figura 18 – Roda de conversa dos moradores, Demarcação, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

A cultura local ainda tem um forte apelo, especialmente entre os mais novos, como nos conta o professor Piranha (48 anos), que há pouco tempo é morador da comunidade: *“o aprendizado daqui é bom, porque a gente sempre trabalha com a cultura da própria comunidade, quando fazemos alguns trabalhos em sala de aula, a primeira coisa que eles demonstram interesse são por temas como o peixe, a caça, a roça e a fruta, ou seja, eu percebo que a cultura deles é muito voltada para os vários tipos de peixe, a farinha e a plantação. É o que mais eles falam na região, né?”*.

Figura 19 – Plantação de mandioca para a produção da farinha, preparada artesanalmente por moradores local, Demarcação, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

Ainda durante o período na comunidade, entre tantos fatos, um que nos pareceu atípico chamou a nossa atenção, acompanhamos a notícia sobre o desaparecimento no rio Machado, de um pescador e agricultor local, seu Peixe boi (47 anos), casado com uma agente comunitária de saúde e pai de uma filha adolescente. A população local estava sem respostas às perguntas que eles próprios faziam e evitavam comentar sobre o desaparecimento do pescador, com pessoas que não fossem da família. A própria comunidade, não sabia se foi um crime ou um acidente. Porém, não se falava de outra coisa entre as famílias de modo isolado, no interior dos quintais e das casas. Sabia-se apenas que na noite em que o morador havia saído para caçar e pescar, estava na companhia de outros membros da localidade e um deles, menor de idade, com o qual dividia a canoa.

Os demais companheiros dispersaram-se pela mata e pelo rio, durante aquela noite. Para os investigadores que visitavam o local, todos se tornaram-se suspeitos pelo desaparecimento, porém o menor que o acompanhava naquela noite, seria a única testemunha do desaparecimento de Peixe boi, pois o jovem tinha como tarefa organizar o pescado, a caça e

ajudá-lo no que fosse preciso no barco, especialmente na retirada de água da canoa, que como tantas outras, normalmente vai sendo pouco a pouco inundada, por suas brechas e fendas. Segundo relatos de amigos e familiares do adolescente, naquela noite a pescaria e a caça havia sido tão farta, que o barco de madeira não foi capaz de suportar o peso da carga de peixes e, com o acúmulo d'água começou a afundar. Apesar dos gritos e pedidos de ajuda, os colegas pescadores que estavam em outras embarcações, mais afastadas do local onde ocorreu o acidente, não conseguiram ouvir o pedido de ajuda de Peixe boi e do adolescente. O pescador por não saber nadar e vestir botas e roupas pesadas contra os perigos da mata, acabou morrendo afogado.

Parte dos moradores, especialmente aqueles mais próximos à família do agricultor desaparecido diziam que, dias antes do ocorrido, o pescador havia negado o pedido feito pelo adolescente, para que pudesse namorar com sua filha. Especulava-se que o desaparecimento seria por motivo de vingança, mas as opiniões dos moradores estavam divididas; percebemos que naquele instante, havia uma cisão entre as famílias da comunidade, sendo que aqueles mais próximos dos familiares do adolescente discordavam da possibilidade de envolvimento do jovem e as pessoas mais ligadas aos familiares do desaparecido, mostravam-se favoráveis a ideia de um culpado; essa divisão parecia também envolver as escolhas religiosas, pois de um lado estavam os católicos e do outro os evangélicos. Em razão dessa história, o adolescente foi considerado o principal suspeito acerca do desaparecimento.

Apesar de haver um posto de polícia local, ele estava fechado durante todo o período em que lá estivemos. O corpo do pescador ainda não havia sido encontrado, apenas sua canoa, sem o motor de rabeta, deixando ainda mais obscuro o desaparecimento do agricultor. Passados sete dias do ocorrido, os agentes de polícia de Calama foram acionados na delegacia mais próxima (Calama), que possui maior infraestrutura, e foi iniciada a investigação do caso. Devido ao tempo previsto de nossa permanência em Demarcação, não acompanhamos o seu desfecho e a espera pelo aparecimento do corpo.

Contudo, presenciemos uma comunidade dividida, a respeito do episódio ocorrido, de um lado estavam as pessoas católicas mais próxima à

família do agricultor e, de outro, as pessoas evangélicas ligadas à família do adolescente. Essa cisão fazia parte do rol de assuntos/temas cotidianos de grande relevância entre os ribeirinhos de Demarcação. Vimos nesse episódio, além de uma história trágica, relacionada aos perigos da mata e do rio, os litígios existentes nas relações de uma pequena comunidade. Soubemos tempos depois, que a cooperativa COOMADE, agroindústria de farinha recebeu o nome do agricultor e pescador local, Peixe boi, como forma de homenageá-lo. Os seus colegas e amigos da comunidade, lamentam a perda, mas evitam comentar sobre o assunto e, afirmam que o seu trabalho na produção da farinha continua.

Figura 20 – Cooperativa de farinha e produção da farinha, Demarcação, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

Um fato polêmico ocorrido nos indica as divergências existentes na comunidade, acerca de assuntos que implicam na dinâmica relacional entre os membros de Demarcação e, evidencia a discordância do grupo, sobre vários assuntos, incluindo os de saúde, o que nos pareceu até certo ponto natural, apesar de tratar-se de um pequeno grupo. Além disso, percebemos que o fato do desaparecimento sem repostas, não era o único assunto a dividir posicionamentos e a ter reflexos negativos na dinâmica do grupo; acompanhamos outros, como o fato de pertencer a determinada orientação religiosa, ser católico ou evangélico e recorrer ao especialista de saber popular, ser amigo ou não dos profissionais da equipe de saúde, aspectos

que influenciavam na proximidade ou no afastamento entre as pessoas e tornavam-se motivo de debate e rupturas entre os sujeitos do grupo.

Calama

O distrito de Calama localiza-se à margem esquerda do Rio Madeira, a 178 km de Porto Velho, considerando o trajeto ao longo do Rio Madeira. Encontra-se praticamente na divisa com o estado do Amazonas e sua infraestrutura abrange atualmente 14 localidades de seu entorno, com 1.483 (2.600) habitantes, se contarmos as comunidades vizinhas que buscam a estrutura de serviços públicos de Calama, esse número aumenta para quase 4.000 habitantes.

Calama no passado constituía-se em posto de abastecimento de madeira para os navios a vapor, e dos seringais, ponto de concentração da produção de borracha da bacia do rio Machado, que deságua no Madeira, próximo a Vila de Calama. Dessa época registram-se apenas um casarão de antigos seringalistas e a igreja que foi construída na década de 1930. As demais construções históricas foram levadas pelo rio, no processo de desbarrancamento, que persiste até os dias atuais. O distrito participou da principal atividade econômica que formou o atual estado de Rondônia.

Figura 21 – Barracão de aluviões, construção local realizada na época do ciclo da borracha, Calama, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

Calama é uma vila que procura cotidianamente afastar-se de suas origens caboclas, “beradeiras” e ser identificada como um núcleo urbano, a exemplo de Humaitá-AM e Porto Velho-RO. O resultado dessa postura é a adoção de hábitos que causam conflitos no local, pois há uma perda gradual na preservação de valores que foram repassados ao longo do tempo, pela tradição oral. São incorporados aspectos externos, como possível forma de se diferenciar das demais comunidades ribeirinhas. Há também a aparente descrença no conjunto das representações simbólicas e o abandono gradual de características culturais próprias das áreas ribeirinhas, apresentando uma “formatação” da vila deslocada de sua realidade. Como consequência sua paisagem destoa da realidade ribeirinha, tradicional, cabocla. Em alguns aspectos chega a ser caricatura do viver urbano.

Figura 22 – Vista da entrada principal da comunidade, a longa calçada e seus domicílios, Calama, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

Em Calama não há ruas e não existem carros. Há motocicletas e bicicletas, pois as distâncias são maiores, quando comparada as demais comunidades. A vila anseia pela construção de uma estrada ligando ao município de Cujubim em Rondônia, mas não se sabe quando será feita. Relata-se que em 2010 iniciou-se a abertura da rodovia, mas sua conclusão até os dias atuais não foi efetivada. O acesso a comunidade por meio de

estrada significa um avanço para a população, que teria maior facilidade na venda da produção local e melhorias nas condições de vida. Boa parte da subsistência do grupo vem do funcionalismo público.

O cotidiano da comunidade de Calama segue um ritmo pacato, tranquilo, com uma população em busca de preservar a cultura ribeirinha, local de orgulho para os moradores, que não desejam trocá-la por outro lugar para viver. Nas palavras de seu Pintado: *“nunca... nem no tempo de solteiro eu gostei da cidade, eu vivo aqui é devido a tranquilidade, e graças a Deus, nós tem já essas possibilidade, nós já tem luz 24 horas, tem água direto é isso que me traz a tranquilidade de morar em Calama”*.

Figura 23 – Moradores em situação cotidiana, Calama, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

Ou na fala de Dona Surubim: *“morar aqui é bem tranquilo, nós não temos carros, nem o bandido. Então é mais aqueles casinhos mais pequenos de briga. Então, é bem mais tranquilo do que morar na cidade”*.

Por vezes, presenciamos fatos interessantes; vimos uma pescadora solitária em sua canoa retirando sua rede repleta de peixes, na imensidão do rio Madeira, como é o caso de Dona Rosa, que pesca até por lazer. Não raro são os casos de mulheres que saem à caça de animais para prover parte

da alimentação diária da família; conhecemos uma que inclusive caça e faz o abate dos animais silvestres, além de pescar.

A fartura e diversidade de peixes é algo que nos chama a atenção na comunidade. Porém, os hábitos alimentares oferecem opções reduzidas e pratos de sabor quase invariável, porém apetitosos. Durante o tempo de permanência, nos hospedamos na pousada da Morena, pois o distrito oferece duas pousadas aos visitantes, comemos basicamente peixe em caldeirada ou frito com farinha, arroz e feijão. Seu Curimatã descreve o alimento de sua preferência e como o adquire: *Eu gosto mais é de peixe mesmo, quando eu não vou pescar, eu vou na casa dos filhos e pego, meto farinha, feijão, arroz e como. Ainda mais agora que tá no bambu de tempo bom de peixe né?! eu faço o peixe na lenha mesmo...rapaz é gostoso...*

Figura 24 – Caça nativa da floresta amazônica, após o abate, Calama, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

A pesca em algumas comunidades tornou-se menos acessível devido à influência no nível e fluxo do rio, em função da construção e do funcionamento da Usina Hidrelétrica de Santo Antônio ou, pela introdução de novos hábitos alimentares.

Figura 25 – Peixes nativos do rio Madeira e seus afluentes, Calama, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

As demais carnes (aves, jacarés ou de outros animais de caça) levam o mesmo tempero. As frutas, folhas, raízes, que não sejam a mandioca e, os brotos dificilmente fazem parte da refeição diária dos ribeirinhos.

Nesse sentido, eles se conservam mais próximos dos hábitos alimentares das populações urbanas do Norte, especialmente de Porto Velho, pelo acesso aos produtos industrializados, onde a refeição básica tradicional e composta de peixe, carne de caça, arroz ou enlatados, feijão e farinha d'água. As observações no campo revelaram uma alimentação cotidiana pobre demonstrando monotonia alimentar, ou seja, no geral comem um prato sem variedade e com um paladar homogêneo. Enquanto hábitos arraigados, a alimentação reveste-se de dificuldade para a sua mudança, primeiramente porque implica em condições econômicas, e em seguida pela concorrência do mercado de produtos industrializados, cujos valores e sabores são atrativos.

O cafézinho preto acompanhado normalmente de um bodó (bolinho de chuva doce ou salgado) ou de um bolo, introduz normalmente as conversas na maioria dos domicílios e representa uma forma carinhosa de receber o visitante. Essa recepção nos lares ribeirinhos nos fazia sentir, além de bem tratados, como se estivéssemos em casa.

Figura 26 – Encontro com os moradores em seus domicílios, Calama, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

Em Calama, presenciamos um fluxo maior de pessoas, barcos e voadeiras navegando o rio chegando ou saindo da comunidade, como as que transportam crianças de localidades próximas para estudar em Calama. Presenciamos uma voadeira chegando à comunidade, pela manhã com onze estudantes. Uma canoa com motor rabeta transportando cinco pessoas na embarcação, o que parecia ser uma família com uma criança de colo, todos sem coletes salva-vidas, aspecto que percebemos ser comum na região. Para nós Calama revela-se a maior comunidade, não somente pela dimensão ou número de moradores, mas principalmente pelo fluxo de pessoas que atraí de outras comunidades que buscam sua infraestrutura de serviços.

Observamos também, que em Calama, tem-se agravado o desmoronamento de sua encosta e, há muito tempo os moradores tem convivido com o aumento da cratera que se forma no barranco localizado na principal entrada da comunidade, é comum os relatos de medo dos moradores de que um dia a comunidade seja tomada pelo desmoronamento de sua encosta pela força do rio; sobretudo na atualidade, depois da construção da usina de Santo Antônio, consideram que a velocidade das águas aumentou e com

isso a queda do barranco. O pescador Piau, 63 anos, nos conta: “(...) já em 82, foi começando a cair barranco e foi desaparecendo a rampa e escada que tinha na frente e, assim a frente da comunidade foi desaparecendo...”.

Confirmamos no momento da pesquisa de campo que esse problema representava na atualidade, o mais grave enfrentado entre os moradores, já que outros, sobretudo os relacionados à saúde haviam sido temporariamente sanados. Como compartilhado pela administradora da comunidade, que comenta a esse respeito e se queixa dos inúmeros pedidos feitos oficialmente às autoridades: *depois de tanto pedir, em 2014 vai ser feito uma contenção do barranco, junto com o Ministério da Integração e a previsão para o início da obra é para o verão desse ano.*

Outra dificuldade apresentada pela administradora e confirmada nas falas de moradores estava relacionada à falta de atendimento médico permanente na comunidade, já que antes do programa Mais Médicos, a comunidade recebia atendimento médico e odontológico, somente nos finais de semana, refletindo a dificuldade de acesso aos serviços de saúde regular, para os quais buscavam atendimento em um hospital de emergências em Humaitá, no município vizinho, pertencente ao estado do Amazonas, localizado no limite da fronteira entre os estados de Rondônia e do Amazonas, após 3 horas de embarcação.

A propósito, as mulheres da localidade chamam a atenção por serem muito participativas e atuantes, sobretudo nos cuidados de saúde de si, de seus familiares e amigos, nos cuidados das crianças e pessoas portadoras de necessidades, esse aspecto é comum nas comunidades do Baixo Madeira; na maioria das vezes, elas são responsáveis pelo domínio das práticas populares e rituais de saúde, ensinam e preparam os remédios caseiros. Algumas delas dividiram comigo os conhecimentos acerca das ervas e plantas utilizadas para cuidar da saúde.

Figura 27 – Encontro com as mulheres de Calama que dominam o conhecimento das práticas populares de saúde, Calama, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

Sobre a assistência médica complementar: *nós ganhamos agora o médico permanente do Programa Mais Médicos, então nós temos um médico agora que já está aqui no nosso distrito, por pelo menos três anos, que vai ajudar bastante, porque aqui nós somos o último distrito de Porto Velho, e já estamos na divisa dos estados, então o deslocamento é de pelo menos quatro horas subindo para Porto Velho de voadeira, que é o transporte mais rápido e, de uma hora e meia para Humaitá. Então o socorro é muito difícil, então tendo médico aqui já ajuda bastante.*

Em relação à educação e à segurança pública, o distrito possui Escola Estadual com formação de nível médio e outra do município com formação das primeiras séries até do quinto ano do ensino fundamental. Há uma subdelegacia de polícia, com agentes de segurança pública permanentes, que atendem a maioria das ocorrências também das comunidades vizinhas.

Quanto aos serviços de saúde, Calama possui um posto de saúde que os moradores chamam de hospital, com uma equipe composta por um médico e dois enfermeiros, um técnico de enfermagem e auxiliares de serviços de saúde, permanentemente. A comunidade recebe a visita de 15 em 15 dias da equipe da Estratégia de Saúde da Família do município de Porto Velho, com especialistas da saúde de odontologia e bioquímico. A unidade de saúde fica localizada em frente ao campo de

futebol, no centro da comunidade, espaço que possui uma academia popular para a prática de exercícios ao ar livre, que à época do trabalho de campo ainda não havia sido totalmente instalada. Na mesma quadra, e ao lado da unidade, encontra-se um posto dos correios.

Figura 28 – Registro da USF Calama, Porto Velho/RO



Fonte: arquivos da autora, 2014.

Em relação à estrutura física da Unidade de Saúde da Família, Bejamim Silva, fomos informados que ela passou por reforma e foi reinaugurada no dia 30 de agosto de 2013. Suas instalações, portanto, estavam novas e bem conservadas. Além disso, notamos um aspecto diferencial, o local possui uma sala para receber os usuários que participam dos grupos de educação em saúde. O gestor nos disse que sentia muito prazer em trabalhar ali, pois era onde nascera. Contudo, temia o esquecimento da gestão municipal para a manutenção na estrutura da unidade e seu funcionamento de forma regular, que sofre com a necessidade constante de insumos de saúde, principalmente a reposição de medicação, com atrasos no repasse feito pela Secretaria Municipal de Saúde. O profissional informou sobre as insistentes cobranças de sua parte à gestão municipal.

Figura 29 – Instalações da unidade de saúde, Calama, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

No distrito de Calama o padroeiro é São João Batista, cujo festejo em sua homenagem é comemorado no dia 24 de junho e o evento geralmente dura de dois a três dias, sendo a cerimônia mais aguardada pela comunidade, que atrai fiéis católicos de outras localidades para a celebração na igreja que leva igual nome. No total Calama possui duas igrejas católicas e três evangélicas, um campo de futebol, com gramado e estrutura de arquibancada, onde os moradores se reúnem para prestigiar os campeonatos de futebol e o festejo do padroeiro.

Figura 30 – Igreja católica, Calama, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

São Carlos do Jamari

Nossa última parada foi na comunidade de São Carlos do Jamari, localizada a 75 quilômetros da capital, a margem direita do rio Madeira. Sua infraestrutura de serviços institucionais, sobretudo os de saúde, atende as demandas das seguintes localidades: Praia do Tamanduá, Cujubim Grande, Aliança, Itocoã, Bom Cearazinho, Vale do Jamari e Terra Caída. O distrito de São Carlos do Jamari data da primeira metade do século XIX e possui uma população estável que sobrevive basicamente do funcionalismo público, da pesca e do extrativismo vegetal. Essa localidade possui água proveniente do sistema de abastecimento público, porém, assim como as demais comunidades, não possui rede de esgotos.

Figura 31 – Vista da entrada da comunidade de São Carlos do Jamari, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

Há uma rede de telefonia, com uma antena local, que permite que os moradores possuam telefone fixo e internet discada, além do serviço de telefone público para atender as necessidades da população. Assim como as demais comunidades, não há trânsito de veículos, nem ruas e avenidas, apenas calçadas ou trilhas onde transitam bicicletas e algumas motos, trazidas da cidade e atravessadas no por pequenas balsas.

Antes de o barco ancorar, presenciamos a cena de jovens saltando de um barranco, mais precisamente de cima de uma ribanceira do rio, realizando alguns saltos ornamentais, que pareciam arriscados, porém para os jovens não representava nenhum problema, possivelmente pela confiança, típica da idade ou pela falta de noção do perigo que os saltos oferecem. De toda forma, era inegável o profundo conhecimento daqueles jovens acerca do rio e do lugar, pois deixavam claro que naquela brincadeira estava contido o modo de ser da juventude local, amazônida.

Ao aportarmos no pequeno porto, ou entrada principal da comunidade, fomos recebidos pelo administrador do distrito, Edinaldo Medeiros, que se interessou em saber nossa origem, identidade e o motivo pelo qual visitávamos sua comunidade. Eu o recordei de outra época, na qual estive-mos com a equipe de pesquisadores da Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Nesta comunidade, devido à forma de organização e atuação da liderança, é comum que as atividades externas ao grupo, sejam inicialmente apresentadas ao administrador, para que tenham sua inserção facilitada, principalmente nas instituições locais. Esse aspecto oportunizou nossa reinserção no grupo comunitário, agora de maneira individual e sem intermédio de outras pessoas, ou a presença de uma equipe. A combinação desses aspectos nos auxiliou, durante a pesquisa de campo.

Figura 32 – Porto de São Carlos, voadeiras e balsas utilizadas na travessia do rio Madeira para a comunidade, São Carlos do Jamari, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

No decorrer da nossa conversa, fomos informados do momento delicado pelo qual passava a comunidade, após o período da enchente recorde do Madeira. Já não podíamos contar com a opção de hospedagem na pousada local, pois devido à enchente, a comunidade inteira havia sido interdita e tomada por sedimentos do rio, os moradores ainda retornavam às casas e realizavam o mutirão de limpeza. A estrutura da pousada havia ruído, em função de tudo isso, e o administrador gentilmente nos ofereceu um alojamento provisório, para que realizássemos a coleta de dados na comunidade inclusive nos ofereceu alimentação, demonstrou apoiou à nossa inserção em campo e favoreceu o nosso acesso junto aos moradores e aos espaços públicos. Recebemos esse gesto de boas-vindas e acolhimento, como um valioso presente, pois além do abrigo nos ofereceu as instalações da unidade de saúde flutuante, para que pudéssemos atar nossa rede e permanecer durante o período do estudo.

A unidade de saúde flutuante era um barco que estava disponível provisoriamente para os atendimentos da comunidade. Servia, segundo os moradores, como uma espécie de “improvisado” e de substituta da unidade de saúde física, que ficava em terra firme e teve sua estrutura comprometida e precisava de uma reforma. A população estava insatisfeita com a nova unidade, apesar de saber que era passageira, alegavam que o investimento financeiro feito com o aluguel do barco poderia retornar o quanto antes para a recuperação da unidade existente na comunidade, outros, porém, criticavam e comparavam o fato de que a unidade flutuante estaria em iguais condições de inadequação, em relação à unidade desativada, pois também apresentava sérios problemas estruturais.

Figura 33 – Unidade de saúde flutuante e consultório médico improvisados em São Carlos do Jamari, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

O administrador nos esclareceu o período difícil que vivenciava a comunidade após aquilo que considerou ser uma enchente de proporções catastróficas. Durante nossa estadia, percebemos que também as instalações da unidade barco sofreu com a elevação do nível do rio, pois havia água no piso do barco, em diferentes divisões, tais como sala de medicamentos e consultório, sendo preciso o uso de botas de borracha, por parte dos servidores para evitar o contato direto.

O pai do administrador e agente de endemias, o senhor Dourado também nos ofereceu hospedagem em sua casa, junto a sua família, que entre as comodidades, dispunha de um banheiro com chuveiro, que naquela circunstância foi um quesito importante para nossos dias de permanência na comunidade. As casas de alvenaria ou mistas, feitas de tijolos e madeiras foram completamente atingidas pela água e sedimentos do rio (barro/lama), nas construídas de madeira tiveram tempo para subir as estacas de sua estrutura, para o alto evitando com isso a enchente, e utilizavam as canoas para o transporte interno nas ruas da comunidade, que foram tomadas pelo rio.

Os membros locais, pessoas dotadas de conhecimento e saber sobre as histórias e estórias do local, foram fundamentais em suas contribuições sobre a origem e o cotidiano do povoado. Em nossa “reaproximação” à comunidade, reencontramos alguns dos moradores, entre eles, Jaraqui,

a integrante mais antiga da comunidade, há 80 anos residente, nascida e criada em São Carlos, que nos relembrou as origens e formação da comunidade, que guarda relação estreita às demais comunidades ribeirinhas existentes no Baixo Madeira, por ser formada por remanescente seringueiros nordestinos e indígenas que habitavam a região. Ela nos contou que, o período de ocupação das comunidades as margens do rio, ocorreu em função do mercado lucrativo com a extração da borracha, látex, considerada o ouro branco, em meados do século passado.

Segundo dona Jaraqui, com o passar dos anos, as autoridades locais, representadas pelos seringalistas, considerados os donos das terras, começaram se beneficiar dos recursos naturais da floresta, especialmente da borracha, para a exportação, no chamado primeiro e segundo ciclo da borracha, e a investir na ocupação da região por meio da criação dos seringais, como vemos a partir de seu relato: *aqui era muito bom, muito tranquilo, não tinha como a gente ir para outro canto, a gente ia ficando por aqui mesmo na beira do rio... o meu pai vivia de plantar roça, viajar para pegar seringa na mata, também foi cozinheiro dos barcos que vinham para o seringal pegar e levar a borracha para a venda em Manaus, a minha mãe lavava roupa para fora... aí eu fui vivendo, até que nós fomos crescendo, foi o tempo que eles morreram e nós fomos ficando por aqui...*

Soubemos que a ideia de propriedade da terra é mais recente nas comunidades ribeirinhas, e em grande parte desprovida de seus elementos mais característicos, a compra e venda, a oficialização do bem; embora o seringalista agisse como se fosse realmente o proprietário legal do seringal e das terras, o seringueiro por desconhecer essa informação, dificilmente sonhava tornar-se um deles, por ser impossível guardar dinheiro nas condições em que viviam, de subsistência e dependência dos donos das terras, nas quais trabalhavam e se endividavam para ter o que comer. Alguns moradores dessas comunidades desabafam sobre o sentimento atual, de indefinição de sua propriedade e se queixam do quanto já trabalharam em suas vidas para nada possuir. *“Porque tem hora que a gente fica imaginando... esse tanto que a gente trabalha e nada tem, nem a terra que a gente mora é nossa!”*.

Como vimos, passado o período da borracha, as pessoas foram criando alternativas e estratégias de sobrevivência local, especialmente, ligadas a pesca e ao plantio da mandioca, batata, milho, melancia e ao extrativismo das frutas típicas da região, como o açaí e a castanha do Pará. A maioria dos moradores de São Carlos ainda utiliza os recursos naturais da mata como fonte de renda, como nos relatou o administrador, sobre a economia local: *a economia gira em torno da pesca da agricultura, do extrativismo do açaí e da castanha e quem não é nem extrativista, nem agricultor ou pescador, vive do funcionalismo público.*

Porém, quando investigamos quais aspectos são primordiais pela permanência na comunidade, descobrimos que justamente a calma existente em São Carlos do Jamari os mantém e atrai novos moradores, inclusive da capital, em busca da tranquilidade existente no modo de vida ribeirinho, como nos contou dona Candiru, que há alguns anos trocou a “cidade grande” e a correria da área urbana de Porto Velho para o dia-a-dia pacato em torno da natureza, em São Carlos do Jamari. Sobre isso comenta: *aqui é tudo muito calmo, muito tranquilo, não existe bandido, não existe assaltante, essas coisas... por isso eu vim para cá, porque lá tá horrível!*

Para efeito do mapeamento territorial da população ribeirinha e oferta de atendimento de saúde, os moradores das demais localidades foram agrupados em oito comunidades anteriormente citadas. Para o registro dos atendimentos de saúde os moradores das dezenas de localidades que compõem o distrito de São Carlos do Jamari foram agrupados nas oito localidades mencionadas, mas soubemos que o distrito em tela é composto por mais de vinte localidades, ou pequenas vilas adjacentes.

Como tomamos conhecimento, parte das localidades ribeirinhas de Rondônia foi, no passado, áreas de antigos seringais, com exceção de Terra Caída, que originou-se a partir de um pequeno grupo de famílias, que dividiu suas terras, na proporção que crescia, resultando na organização do espaço formado principalmente por mini propriedades, composta por 52 domicílios no total dessa comunidade, que busca por atendimentos de saúde em São Carlos do Jamari.

A festa do santo padroeiro é de suma importância para o ribeirinho, os moradores se programam o ano inteiro para promovê-la e dela participar. O festejo de Nossa Senhora Aparecida ocorre em São Carlos e as pessoas costumam guardar dinheiro antecipadamente, para gastar na festa, comprar roupa nova, participar dos leilões, bingos, quermesse, e demais atividades e rituais dos festejos, comemorado no dia 12 de outubro e que em 2014 não aconteceu devido às consequências da grave da enchente.

É comum na comunidade a partilha daquilo que plantam, principalmente entre as pessoas da família, pessoas amigas ou daqueles que fazem uso dos serviços dos especialistas de saber local. Em situação de ajuda mútua percebe-se a doação de alguns produtos do quintal, são itens da roça como, ovos, farinha, das ervas para remédio, artigos para presentes e até ajuda em dinheiro, como forma de compensar a ajuda recebida quando alguém está doente. Esse hábito de solidariedade é vivenciado ainda mais durante os festejos em homenagem aos Santos padroeiros de cada comunidade, período que reúne o maior número de fiéis que realizam ou pagam as promessas alcançadas.

A experiência de campo ocorreu a partir de um planejamento que incluiu autorizações institucionais – formais - e, de moradores locais - informais-, para a nossa inserção e permanência na comunidade e instituição de saúde, onde contamos com a solidariedade de pessoas e famílias em nossa estadia. O acesso às comunidades foi em período de vazante do rio, após a enchente recorde, em 2014, que castigou severamente algumas comunidades do Baixo Madeira, sobretudo São Carlos do Jamari, que tenta reestruturar seu espaço físico e sua estabilidade comunitária de outrora.

Segundos os moradores, o rio Madeira sempre encheu nessa época do ano que vai de dezembro a maio, meses que concentram as chuvas fortes na região. Como essa comunidade possui terras baixas em relação ao nível do rio, sofre com os alagamentos. Assim, o distrito de São Carlos teve parte de seu território alagado, em decorrência da cheia, cujo o nível do rio ultrapassou os 20 metros acima do esperado para o período. Os moradores afirmam, que nunca haviam presenciado uma enchente tão forte como a ocorrida e, que limitá-la aos efeitos climáticos existentes

na Bolívia (derretimento das geleiras nos Andes), como fazem os jornais e os representantes do governo, que tentam convencer os ribeirinhos dessa informação em visitas à localidade, é subestimar a sabedoria de todos que ali vivem desde tenra infância, profundos conhecedores da região, acostumados aos efeitos do período das chuvas.

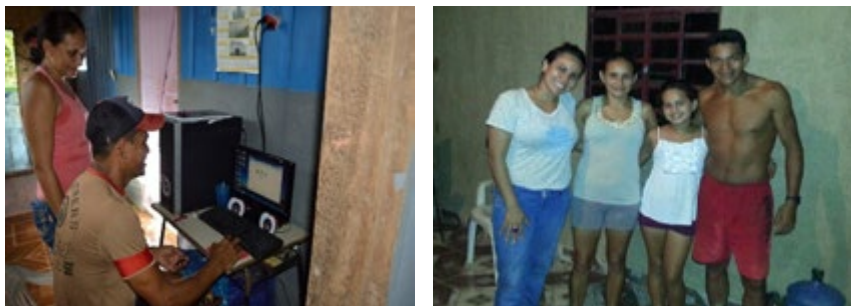
Figura 34 – Registro dos efeitos causados pela enchente na comunidade de São Carlos do Jamari, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

Os moradores, seu Pescada e dona Pirapitinga, nos relataram que perceberam a mudança na intensidade do curso do rio, pois em outubro de 2013, durante o festejo de Nossa Senhora Aparecida, um fato atípico ocorreu: diversas casas ficaram submersas após a abertura de comportas da UHE de Santo Antônio, em questões de horas o rio tomou de conta da comunidade. São Carlos foi a comunidade mais impactada entre os cenários pesquisados, essa localidade possui um pequeno vilarejo de grande importância geopolítica, chamado de Lago Cuniã, cuja área é preservada, trata-se, portanto, de uma localidade adjacente muito próxima de São Carlos, que também foi severamente atingida pelo aumento do nível das águas do rio. Sabe-se que os seus habitantes que recorriam ao Distrito em questão dentro do itinerário terapêutico, sentiram os efeitos danosos desse período, sobretudo quando se tratava do acesso aos equipamentos do SUS.

Figura 35 – Domicílio com internet discada e uma das famílias moradoras de São Carlos do Jamari, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

Todos estavam acostumados com o nível, que já esperado da cheia do Madeira, porém o nível do rio subiu mais de um metro entre a tarde e à noite do dia 14 de outubro de 2013, quando a usina de Santo Antônio passou a operar. Não se pode afirmar, ao certo, que as causas do aumento do volume ocorrido nas comunidades em 2014, o que se sabe é que, a vida comunitária nas comunidades do Baixo Madeira encontra amparo no ritmo da vida natural, que nela se mistura e se apoia, tornando-se elementos indissociáveis. Se um não vai bem o outro compartilha o mesmo estado.

Retornamos a São Carlos no mês de abril de 2016 para acompanhar de perto as mudanças significativas pelas quais vem passando a comunidade desde a enchente, como a recuperação gradual da comunidade e de seus moradores, que apesar do medo de uma nova cheia do rio, acreditam que essa comunidade é o lugar, ao qual se sentem parte, no qual se reconhecem. Entre as melhorias, percebemos a recuperação das instalações da unidade de saúde e de várias casas na comunidade. Os próprios moradores se ajudaram uns aos outros. Constatamos que o serviço de água e luz foram restaurados, além do funcionamento regular da escola, do campo de futebol e quadra poliesportiva que foram totalmente recuperados.

Figura 36 – Instalações da unidade de saúde: fachada, recepção e espaço interno, sala de medicação, São Carlos do Jamari, Porto Velho/RO.



Fonte: arquivos da autora, 2014.

Aspectos de saúde comuns às comunidades

Juntas, as três localidades somam um total de 6.709 habitantes, conforme dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (DAB/SIAB, 2014). A infraestrutura de saúde dispõe de Unidades de Saúde da Família, com atuação de alguns membros das equipes de saúde que se deslocam da cidade de Porto Velho, nos finais de semana e atuam de sexta a domingo. A exceção é em Calama, que dispõem de dois enfermeiros permanentes e de uma médica do Programa Mais Médicos, do Governo Federal, desde 2014, ambos moradores da própria comunidade. Com a implantação do programa Mais Médicos esse profissional passou a residir na comunidade, sem a necessidade de deslocamento. Essas estratégias pautam-se na dificuldade de manutenção de profissionais de nível superior nas localidades mais distantes e durante a semana.

Fomos oficialmente informados de que as USF das localidades de São Carlos e Calama possuem, atualmente, dois médicos lotados nas próprias unidades, que realizam os atendimentos de saúde nessas comunidades. Foram repassados os nomes dos médicos que atuam nas comunidades de São Carlos e Calama, que pertencem ao Programa Mais Médicos e

o período de permanência previsto de atuação nessas comunidades. A Dra. Peixe agulha, a primeira lotada na USF de Calama, foi desligada em 30/04/2016, o DAB aguarda definição de um novo profissional substituto. Já o médico Pereias, lotado na USF de São Carlos, teve sua admissão em 09/05/2014 com vigência de seu contrato até 09/05/2017.

Existiu até o ano de 2013 serviços considerados de retaguarda para as localidades pesquisadas, por meio da Unidade Fluvial Itinerante (Barco Hospital Dr. Floriano Rivas Filho) e das “ambulanchas”. Porém, o primeiro deixou de realizar suas atividades no referido ano e as ambulanchas apresentam problemas recorrentes devido à falta de manutenção e abastecimento de combustível.

A comunidade não foi informada oficialmente dos motivos que impossibilitam a continuidade da oferta dos serviços de saúde por meio do barco. Na ocasião, os profissionais que atendem nas unidades de saúde dessas comunidades relataram a dificuldade na realização de atendimentos médico especializado e de exames mais complexos; serviços que o barco oferecia sem a necessidade de deslocamento para Porto Velho. Esses serviços foram pensados e implementados com base no desafio de levar em conta a realidade diferenciada destas comunidades e a realização de um trabalho pautado no território e nas fortalezas nele existentes.

Ao longo dos anos, a estratégia utilizada pela Secretaria de Saúde de Porto Velho, com o objetivo de garantir a expansão da Atenção Básica foi por meio da Estratégia Saúde da Família nas áreas ribeirinhas da cidade, pautada nos desafios que compreendem desde a manutenção de profissionais de nível superior nas localidades, até a instalação de infraestrutura adequada. Entre os anos de 2004 a 2007, a estratégia esteve centrada em manter equipes que saíam na sexta-feira da capital e permaneciam até o domingo nas comunidades, fazendo o que caracterizavam de PSF Rural diferenciado (DAB, 2014). Essa alternativa ainda é praticada, por alguns profissionais de nível superior que não residem nas localidades.

Em tempos de verão amazônico, os desafios são as chuvas que além de tornar as viagens difíceis em função da cheia do rio e pelos banzeiros (movimento causado pelas ondas do rio provocado pelo vento sobre as

águas), que se formam desafiando a coragem dos profissionais e as embarcações. Atualmente, a localidade de São Carlos do Jamari possui parte de seu acesso feito via estrada de terra, aspecto que facilitou parcialmente o deslocamento no verão amazônico. Porém, esse percurso torna-se inviável de ser realizado no verão chuvoso, tendo em vista que a estrada não é pavimentada, além disso, a etapa final do trajeto a São Carlos, depende do serviço de embarcações – as chamadas voadeiras – para a travessia do rio que separa Porto Velho da comunidade, e não possui outro tipo de transporte.

Segundo os moradores, as questões políticas nestas localidades, incidem de forma negativa nas condições de saúde do grupo social e, exigem ser mais bem discutidas, bem como a participação dos ribeirinhos nos movimentos sociais. Em algumas das localidades ribeirinhas foram instituídos conselhos locais de saúde, porém, muitos não se mantiveram. Esse processo de reivindicação da mudança nas ações políticas dificilmente se inicia, mas quando acontece, logo perde força entre os moradores. Assim como nas demais localidades rurais do Baixo Madeira, o conformismo e o clientelismo político, atrasa os avanços do grupo e dificulta o processo de controle social, sobretudo da realidade de saúde na qual vivem. A população sente-se usada.

Entre as dificuldades existentes nas comunidades, a distância apresenta-se como um desafio. Nesse sentido, estratégias foram sendo adaptadas e implementadas como alternativas para o alcance das melhorias nesse processo de mudança. Uma das estratégias realizadas, ocorreu com a abertura e manutenção de uma estrada que margeia o Rio Madeira, conhecida por Estrada da Penal e com a aquisição de caminhonetes pela Secretaria de Municipal de Saúde, para reduzir o percurso entre a comunidade de São Carlos e a capital, Porto Velho. Essa iniciativa reduziu o tempo de viagem, que feita exclusivamente pelo rio tem duração de 4h, a mesma distância, se percorrida pela estrada tem duração de uma hora e soma-se aos 30 minutos de travessia do rio, até a chegada à comunidade. Além disso, a aquisição pelas comunidades, de novas voadeiras com motores mais potentes propicia a ida de equipes do NASF para a execução de apoio às equipes de saúde da família.

O Sistema Único de Saúde estabelece que a atenção básica é de responsabilidade dos municípios, com o apoio financeiro dos Governos Estaduais e Federal. Os postos de saúde e as clínicas de família funcionam como a porta de entrada do paciente no sistema e servem como uma espécie de filtro, pois dependendo da necessidade, o paciente pode ser encaminhado para o atendimento de emergência, internações ou para o atendimento especializado. Quando esse paciente recebe alta desses setores ele precisa retornar para os postos de saúde de sua comunidade, para que possa ser acompanhado. Porém esse relacionamento entre atenção básica e atenção especializada e o serviço de urgência e emergência é fundamental para que o paciente seja acompanhado adequadamente no sistema de saúde (BRASIL, 2015). Mas essa não é a realidade das áreas rurais ribeirinhas.

Sabe-se que o acompanhamento médico e de saúde quando feito com qualidade, sobretudo na atenção primária, representa menos internações e mais economia com os gastos na saúde, porque melhora a saúde da população. Especialistas do sistema de saúde afirmam que se a assistência primária funcionasse, como deveria, 80% dos pacientes no Brasil não teriam as doenças agravadas e não precisariam procurar os hospitais, com isso 88,24% das internações poderiam ser evitadas, se houvesse atendimento básico de qualidade e eficaz, principalmente por meio das ações de promoção e prevenção da saúde, fundamentais ao sistema de saúde. As deficiências na atenção básica de saúde reduzem o acesso aos postos de saúde, atingindo significativamente a oferta de tratamento preventivo, bem como o acompanhamento e o tratamento de doenças, que podem ter seu quadro agravado e a realização do pré-natal, que pode acarretar danos que poderiam ser evitados, à saúde da parturiente e de seu bebê (Brasil, 2015).

Em consequência das fragilidades na atenção básica, as internações e cirurgias aumentam as despesas com a saúde para o sistema público do país. Assim, quando um paciente diabético é bem cuidado na atenção primária, por exemplo, não se espera que ele seja um paciente que precisará de uma cirurgia para amputação de algum de seus membros, por complicações da doença e, se isso ocorre, é um sinal de que a atenção básica não está funcionando como deveria. As internações em consequência de acidente

vascular cerebral, comuns em pessoas que tem pressão alta, apresentam gastos ainda maiores, cerca de 238 milhões de reais ao ano (Brasil, 2015). Esses são exemplos dos problemas consequentes das falhas na atenção básica, que agravam as doenças e aumentam os gastos com o tratamento das complicações.

O Tribunal de Contas da União realizou uma auditoria sobre a atenção básica no Brasil e, descobriu que, quase 70% dos municípios internam mais pacientes do que deveriam, mais de 70% das cidades brasileiras informaram que os recursos repassados pelas outras esferas do governo não são suficientes para cobrir as despesas com saúde dos municípios. O TCU (Brasil, 2015) apontou falhas nas prefeituras do Brasil, na identificação das necessidades da população, porém todas as ações de saúde devem ser pensadas em função do perfil de cada população, já que as equipes de saúde devem conhecer o perfil dos usuários e planejar as estratégias de saúde, em função do que as pessoas precisam, sendo essa a lógica que deve guiar as ações da Estratégia de Saúde da Família na atenção básica. Todavia, a atenção básica precisa ultrapassar algumas barreiras estruturais e políticas para tornar mais fácil o acesso da população aos serviços públicos de saúde.

O cenário de saúde pode ser implacável para as pessoas que ficam à margem da atenção básica e não conseguem acessar o sistema público de saúde, como é o caso das comunidades e vilas ribeirinhas. Sem profissionais de saúde, insumos básicos, sem medicação, as carências afastam o usuário dos serviços de saúde. Em Demarcação, registramos em nossa visita à unidade básica de saúde, o reflexo do descaso com a saúde da população. Presenciamos uma unidade sucateada, com péssimas condições dos equipamentos básicos, como mesas, macas e cadeiras, além da precariedade existente no local de armazenamento dos medicamentos e na infraestrutura de consultório e laboratório da unidade, com o único banheiro que não funcionava e que apresentava problemas na rede de esgoto e de higiene, além da falta de insumos básicos, como material de limpeza.

A unidade de Demarcação tinha a aparência de uma casa antiga e abandonada, com infiltrações, manchas e rachaduras nas paredes e goteiras

no teto. Havia, porém, em nossa passagem, a expectativa de que a mudança nas instalações de saúde para outra unidade, vizinha ao terreno, traria melhores condições à população, por ser nova e maior. A equipe dispõe de um agente comunitário de saúde, o seu Curimbatá e cinco auxiliares de saúde, entre esses, a gestora da unidade; juntos, cuidam das 60 famílias, com 280 pessoas no total. A gestora afirma que devido à dificuldade em manter os profissionais da saúde de modo permanente para realização dos atendimentos, ela própria sugere aos usuários que utilizem como recurso o remédio caseiro, como uma alternativa de cuidado disponível localmente. Com a ajuda dos demais funcionários da unidade, mantém uma horta com ervas medicinais para a distribuição de receitas caseiras e medicamentos naturais, a respeito dos quais muitos se beneficiam. É uma população que se considera desassistida.

Nas unidades de Calama e São Carlos, encontramos uma situação de saúde diferente daquela presenciada em Demarcação, porém os gestores dessas unidades apontam o receio de sofrer com a falta de manutenção da estrutura das unidades e de profissionais de saúde, encaminhados da capital, devido à constante rotatividade de médicos, enfermeiros e odontólogos nas equipes multiprofissionais da atenção básica em áreas ribeirinhas, especialmente, com o fim do Programa Mais Médicos. Os gestores argumentam que ao término desse programa, a permanência dos profissionais médicos, voltaria a ser considerado um problema, para as comunidades. Além disso, temem que a estrutura da unidade de saúde sofra com a falta de manutenção de suas instalações e com a falta de equipamentos, além do desfalque de insumos básicos, ocasionado pelo significativo atraso existente no transporte, entre a Secretaria Municipal de Saúde, com sede na capital, até a chegada às comunidades.

Apesar das dificuldades, sob diversos aspectos, é assim que vivem os ribeirinhos, mantendo a convivência do grupo, sobrevivendo em meio à natureza e desfrutando daquilo que ela oferece, respirando o ar puro e acordando todas as manhãs com belas paisagens, como o rio. Percebemos que os sujeitos dessas localidades podem ser carentes de atenção à saúde, informação e conscientização da garantia de seus direitos, mas possuem a sabedoria do lugar que ocupam no mundo.

No próximo capítulo serão apresentados os resultados obtidos a partir das variáveis socioeconômicas por meio de questionário, com vistas a caracterização do perfil do grupo estudado. Por meio dele evidencia-se o que até então foi dito, nas falas dos próprios moradores e nas percepções dos autores e, somados a isso, incorporam-se novos elementos à realidade encontrada.

4. ASPECTOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES

Acerca da caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes, contou-se com 120 moradores das três comunidades, em cada uma das dessas 40 pessoas foram entrevistadas, sendo 65 homens e 55 mulheres, distribuídos de forma aleatória, com exceção da comunidade de Calama, que contou com a participação pareada entre os sexos (20 homens e 20 mulheres); as pessoas do sexo masculino são mais velhas do que as do sexo feminino. A média de idade dos moradores é de 44 anos, com idade mínima de 18 anos e máxima de 89 anos. Predominaram os moradores considerados adultos jovens e pessoas de meia idade. É interessante enfatizar, que as pessoas mais jovens do livro moram em São Carlos e possuem 39 anos, e as mais velhas em Demarcação, com 48 anos de idade.

Os moradores dessas comunidades desenvolvem suas atividades de trabalho principalmente na lavoura/agricultura e criação de animais e uma parcela expressiva trabalha no setor público. Assim, as comunidades são formadas por trabalhadores ativos e apenas uma minoria está aposentada ou recebe ajuda ou subsídio do governo, como o Bolsa Família e o auxílio pesca. Vivem do trabalho e devido a informalidade da maioria dos trabalhadores rurais, necessitam estar bem de saúde, para a sobrevivência e sustento da família.

Há predomínio de pessoas em um relacionamento conjugal, seja casado ou vivendo com um companheiro. Todavia, o número de solteiros também é expressivo. Além disso, vivem com cinco pessoas ou mais na mesma residência e apenas uma minoria mora só. As crianças estão presentes na maioria dos domicílios, sendo esse número mais expressivo em Demarcação. De maneira inversa, em poucos lares dos participantes existem pessoas idosas. Esse resultado não reflete a mudança na pirâmide populacional brasileira, com aumento da população adulta e redução do percentual de crianças.

Os ribeirinhos pesquisados em sua maioria residem em casas construídas de madeira, sem rede pública de esgoto e normalmente fazem uso

de fossa negra, porém a maioria dos domicílios recebe água tratada da rede pública. As questões ambientais se constituem um problema relevante, pois as comunidades não contam na totalidade, com sistema de saneamento básico e abastecimento de água potável; o primeiro atende menos da metade da população pesquisada. Os demais sujeitos das populações utilizam a água diretamente do rio, poço ou iguarapé/nascente, ou seja, sem o tratamento devido para evitar problemas de saúde relacionados ao uso da água. Ademais, os dejetos ainda se constituem um problema ambiental, pois como anteriormente dito, não há um sistema sanitário e, os domicílios utilizam fossa, do tipo sumidouro ou negra, essa última geralmente, instalada em locais próximos ao poço, o que favorável à proliferação de doenças infecciosas, parasitárias e do aparelho digestivo. Os dados revelam que, em relação ao saneamento e ao meio ambiente, a maioria da população ainda bebe água sem tratamento, aspecto que significa um problema social grave vivido pelas populações ribeirinhas.

A TV é o meio de comunicação mais utilizado entre os ribeirinhos, que privilegiam sobretudo, as informações sobre saúde e doença repassadas por ela; eles também priorizam essas informações adquiridas por meio da comunicação oral, realizada nas trocas sociais entre as pessoas mais próximas, parentes e amigos. A vida pós-moderna e o mundo conectado instantaneamente às redes informacionais e à tecnologia da internet, ainda não estão demarcados de forma tão expressiva na vida dos moradores das comunidades do Baixo Madeira, um povoado que parece viver com modos do passado e onde as mudanças contemporâneas, aparentemente, impactam menos as experiências das pessoas.

No que tange especificamente à comunicação, se vive atualmente uma fase caracterizada pela transição da oralidade para a televisão, porém observou-se a existência de tecnologias como os aparelhos celulares que ainda são poucos (somente utilizados quando vão a capital) e de telefones fixos; até o momento de realização da pesquisa, havia poucos registros do computador. Nas comunidades ainda não predominam os meios tecnológicos e os encontros se processam muito mais no contato face a face. Por isso, nessas comunidades onde por muito tempo predominou a comunicação

oral, as tecnologias mais recentes pouco se inserem nas experiências cotidianas dos sujeitos.

Refletindo sobre os achados positivos e negativos relacionados à urbanização crescente dessas localidades, ocorrem paralelamente novos fenômenos contemporâneos inseridos naquele contexto, como a invasão das tecnologias de telefonia, internet e outros aparatos que fazem gradativamente parte do cotidiano ribeirinho; são elementos da modernidade que influenciam o modo e o estilo de vida das pessoas, as quais tendem a incorporar cada vez mais esses elementos ao seu dia-a-dia, tendo como principal limitação para o crescimento do uso dessas tecnologias a questão financeira dos moradores. Inclui-se como perspectivas ou desdobramentos dessas mudanças a “caricatura do viver urbano”, percebida de forma mais marcante no distrito de Calama e a antiga expectativa que seus moradores possuem da chegada da rodovia, que deveria ocorrer a partir de uma estrada advinda do município de Cujubim/RO. Tal fato poderá facilitar o acesso da população a ambientes urbanos e amenizar algumas carências, incluindo aquela relacionada às questões de saúde. Desse modo, os moradores poderão recorrer aos atendimentos de saúde de outras localidades, com maior rapidez, em casos de urgência e emergência, mas que também implicará numa destruição definitiva dos ecossistemas em torno daquela localidade.

Cabe aqui ainda o registro do incômodo que muitos moradores daquele distrito referem-se, sobretudo os mais jovens, em relação à identidade de “ribeirinho” (ou ainda “beiradeiro”, que acaba soando jocoso, dependendo do modo como as pessoas tratam esta referência): é comum relatos de que eles próprios podem se auto referir como ribeirinhos ou beiradeiros, internamente no grupo; mas quando esta referência se dá a partir de um membro externo ao grupo, a fim de identificá-los, os mais jovens relatam sentir vergonha e até exclusão, provavelmente pela associação feita às localidades simples às margens dos rios, distantes dos centros urbanos.

Neste trabalho percebe-se o apreço dos mais velhos à caça e à pesca como fonte de alimentos, enquanto os mais novos preferem produtos industrializados, bem como o consumo de novas tecnologias, como já dito. É bem comum ver pessoas ignorando frutas nativas da estação, disponíveis

com fartura e a opção pelo que chamam “frango de gelo” no lugar das galinhas caipiras. Nesse mesmo sentido dos impasses entre fenômenos, cabe registrar a presença das igrejas, que se por um lado oferecem apoio espiritual, há um movimento de repudiar crenças e práticas tradicionais, dentre as quais estão os cuidados à saúde, por meio de curandeiros e benzedeiras, fazendo com que muitos façam uso desses cuidados de forma clandestina, como o trabalho veio mostrar.

Ao comparar os dados de 2014 e 2016 fornecidos pelo SIAB, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, verificou-se que as comunidades não apresentam mudanças significativas no que se refere às condições básicas de saúde, ao quantitativo de famílias de cadastradas no antigo PSF, atual ESF, no número de pessoas alfabetizadas acima de 15 anos, na abrangência do abastecimento de água oriunda da rede pública, e nos casos das doenças crônicas mais incidentes nas comunidades, como a hipertensão e a diabetes, consideradas um grave problema de saúde.

De acordo com os registros a partir da observação, fotos e relatos, embora haja plantio de hortaliças, legumes e verduras, em pequena escala, não se observou a transposição desses hábitos alimentares para a mesa dos ribeirinhos. No período de permanência na comunidade, não notamos esses alimentos no consumo diário na forma de saladas cruas ou cozidas, apenas como elementos de tempero no preparo culinário; apesar do escasso plantio de verduras, percebeu-se o maior cultivo de ervas medicinais, que são utilizadas em caso de doenças, e se encontram nos canteiros dos domicílios ribeirinhos. Observamos que a horta é feita, geralmente, perto das casas e cultivada pela maioria das pessoas, sendo um trabalho desenvolvido, principalmente, pelas mulheres ou pessoas de idade mais avançada, os jovens se identificam gradativamente menos com o trabalho de roça, porém ainda é comum ver a agricultura familiar com a participação ativa dos jovens, filhos dos produtores.

É na casa de farinha que parte dos ribeirinhos se encontram para trabalhar e produzir a maior referência da comunidade: a farinha d'água. Este produto contribui como renda familiar e para a melhoria da alimentação, considerada indispensável nas refeições dos ribeirinhos.

A maioria dos ribeirinhos tem baixa formação escolar e disfrutam de poucas alternativas de lazer e trabalho na comunidade, sobretudo a população jovem. Contudo, o deslocamento para a capital é a principal alternativa para os jovens que pretendem dar continuidade aos estudos, pois não há formação escolar ou profissional suficiente nas comunidades; as atividades de lazer também são reduzidas, geralmente limitam-se ao campo de futebol ou à quadra poliesportiva, à participação na igreja e aos encontros nos espaços públicos, normalmente com os pares da mesma idade; além disso, duas comunidades pesquisadas dispõem de um clube de festa, casa noturna, local considerado perigoso pelos pais e responsáveis, em razão da venda indevida de bebidas alcoólicas e outras drogas lícitas, aos menores de idade.

Diante a situação descrita, é comum os casos de adolescentes grávidas e rapazes que se tornam consumidores de bebidas alcoólicas de forma precoce. Pode-se inferir que a população mais jovem se envolve cada vez menos com a continuação das práticas identitárias do grupo e buscam outros meios de sobrevivência, ao saírem para morar ou estudar na capital, voltando apenas para fazer visitas. Por outro lado, os jovens e adultos também não dispõem de atividades em localidades vizinhas, além das que já existem no seu povoado. Para a maioria dos ribeirinhos, o lazer se constitui no convívio com o grupo da igreja, visita à casa dos amigos ou as brincadeiras ou campeonatos de futebol realizados no campo ou quadra da comunidade.

As outras diversões existentes na comunidade menos expressivas, incluem ouvir música ou participar das festas de forró, ritmo muito comum na região, e ver televisão. O lazer é entendido como uma atividade prazerosa desenvolvida em um tempo livre, em que não há obrigação de ordem profissional, social ou familiar. Cultura e lazer articulados contribuem para integração, sociabilidade, manutenção do grupo e promoção da saúde. De acordo com Freitas, Silva e Galvão (2009) as atividades lúdicas provocam um efeito de anti-estresse, à medida que desaceleram as funções cognitivas proporcionando melhor qualidade de vida. A exclusão social, a falta de sociabilidade e lazer, podem desencadear problemas psicossociais que

incluem ausência de perspectiva de vida, dificuldades de inclusão em políticas públicas, podem causar depressão e, em alguns casos, até a morte.

A maioria dos ribeirinhos pesquisados tem o ensino fundamental incompleto, tendo estudado até o nono ano primário. Reforça os dados de baixa escolaridade o quantitativo de pessoas que não estudaram, ou seja, não sabem ler e escrever. Apesar da maioria das pessoas viver com até dois salários mínimos por família, o equivalente a R\$1.448,00 reais mensais (à época_, o restante do grupo vive em média com menos de um salário mínimo, por família. As comunidades do Baixo Madeira enfrentam problemas socioeconômicos, como a situação de pobreza absoluta (pessoas que vivem abaixo do rendimento mínimo) e pobreza extrema (até R\$ 0,00 mensais por pessoa na família, ou seja, cerca de R\$ 2,30 por dia). Vale ressaltar que a pobreza não está relacionada única e exclusivamente a questões financeiras.

Oliveira (2008) considera que a ausência de itens como água potável, rede de esgoto, coleta de lixo, acesso a transporte coletivo e educação também fazem parte da construção do que se chama de pobreza, das condições mínimas de vida. As principais atividades produtivas e econômicas praticadas nas comunidades são o extrativismo (vegetal e mineral) e a agropecuária, e com menor destaque o setor da pesca e do comércio.

Trata-se de uma população de pessoas, majoritariamente, praticantes da religião católica e evangélica, respectivamente. Todavia, essa distribuição entre católicos e evangélicos é mais equilibrada em Demarcação. Os participantes vão à igreja com frequência e o fazem em sua totalidade os participantes de Calama, local no qual existe o maior número de templos. Observou-se a importância da igreja, não apenas como local de fé e devoção ribeirinha, mas também como uma alternativa para o convívio social e o lazer nas comunidades. Conhecendo um pouco mais as dinâmicas existentes nessas comunidades, percebe-se que são localidades onde a manutenção das relações comunitárias, de maneira mais amistosa, por parte dos atores sociais, demonstra um esforço cotidiano para a harmonia do grupo e se torna um traço cultural importante, apesar dos impasses que possam surgir na esfera do convívio.

A análise da forma de transmissão das representações sociais de saúde e doença por meio da associação de variáveis socioeconômicas e os meios de comunicação disponíveis nas comunidades, constatou que as variáveis sexo, religião, escolaridade, profissão estão significativamente associadas ao modo como as informações de saúde e doença são adquiridas pelo grupo. A TV é, portanto, o recurso midiático mais utilizado entre a maioria dos ribeirinhos, com exceção do grupo dos aposentados, que tem o rádio como o principal meio para adquirir as informações de saúde. Desse modo, as pessoas do sexo masculino, e as que não estudaram, obtêm principalmente no rádio essas informações.

A interação entre os membros do grupo é um aspecto comunitário marcante. O grupo formado por evangélicos opta em adquirir as informações de saúde e doença preferencialmente por meio das conversas com os amigos; a mesma preferência se dá entre os funcionários públicos, que demonstram predileção pela aquisição dessas informações nas trocas sociais. De outro modo, aqueles que trabalham na lavoura, com a criação de animais e pesca adquirem mais informações de saúde por meio das conversas com seus familiares. Mostrou-se relevante no conjunto dos dados, o acesso dessas informações pelos participantes por meio da internet, pois somente aqueles que ganham acima de três salários mínimos obtêm informações de saúde por meio deste recurso midiático e tecnológico, que ainda é pouco utilizado nas comunidades e privilégio de alguns moradores.

Cabe frisar que no ano da pesquisa de campo, em 2014, a maioria dos participantes havia adoecido em função da cheia recorde ocorrida no mesmo ano; em função disso, parte da população obteve tratamento de saúde na própria comunidade, por meio das ações da Cruz Vermelha e prevaleceram sob vários aspectos as redes de apoio comunitário, porém um grupo de pessoas sentiu a necessidade de buscar alternativa de tratamento na capital; a prefeitura municipal de Porto Velho disponibilizou essa ajuda. Os relatos demonstram que houve muitas manifestações de apoio entre os próprios moradores, principalmente com relação aos cuidados das casas e dos bens de consumo entre vizinhos e familiares, para evitar possíveis ações de marginais durante o período de cheia, por meio de saques e furtos.

Os relatos sobre os cuidados de saúde denunciam que a saúde dos ribeirinhos fora negligenciada durante meses pelos órgãos competentes. Estima-se que a comunidade de Demarcação, a mais distante da capital, tenha sofrido com as ausências institucionais durante e depois do período de cheia, tendo ficado sem qualquer atendimento da ESF por pelo menos seis meses e sem as atividades escolares por um ano, até o retorno completo das instituições na comunidade, contando somente com o apoio interno do próprio grupo.

O apoio provido pela rede social pode assumir diferentes formas de acordo com as funções da rede; estas são definidas pelo tipo de intercâmbio interpessoal mais intensamente dirigido ao membro que é objeto desse apoio. Sluzki (1997) citou de forma sintética as possíveis funções da rede: companhia social, apoio social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços, acesso a novos contatos. Ao exercerem determinadas funções, as redes oferecem apoio que as capacitam a atuarem como mediadoras em situações de estresse, contribuindo para a manutenção ou favorecendo a recuperação da saúde (Valla, 2000).

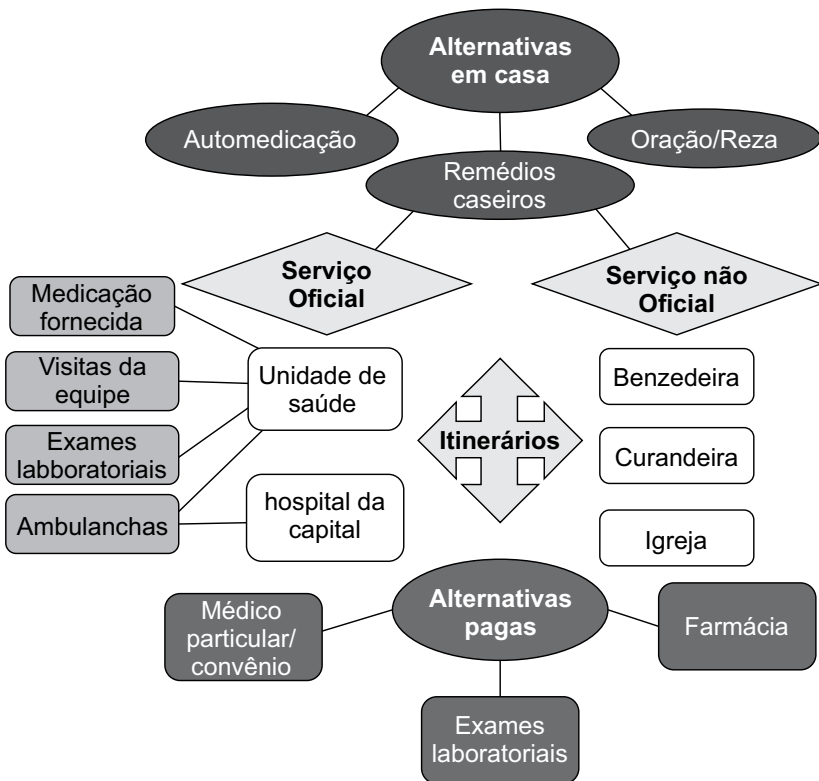
Assim, durante o período da cheia catastrófica, que atingiu as comunidades, as pessoas normalmente buscavam cuidados de saúde primeiro na rede comunitária disponível, formando o seguinte itinerário de saúde: apoio de familiares e amigos, igrejas, unidades de saúde, nos especialistas locais e, diante da falta desses dispositivos, buscavam ajuda em comunidades vizinhas e na capital ou na cidade de Humaitá-AM, como última opção. É possível, que o fato dos sujeitos não contarem com redes de apoio à saúde da unidade, naquele contexto e período de estresse descrito, tenha servido como uma influência para o aumento da insatisfação e baixa credibilidade diante da utilização dos recursos da ESF quando necessário. Os elementos que compunham os itinerários de saúde eram combináveis em ordens diferentes ou em paralelo na reconstrução de cada itinerário individualmente.

Sluzki (1997) afirma que a presença de uma rede consistente de apoio positivo é um fator capaz de afetar favoravelmente a saúde no momento em que a busca por soluções para os problemas de saúde pode ser estimulada pela rede. Como consequência do seu papel como fonte de apoio social em relação à saúde, a família se constituía para os sujeitos como coordenadora

dos itinerários de cura e cuidado, bem como mantenedora de alternativas que podem ser aplicadas em casa, nos limites próprios do domicílio. Estas alternativas se relacionavam à fitoterapia, a utilização de remédios caseiros e outras formas de medicina caseira, à automedicação e à alimentação.

A representação gráfica dos itinerários de cura e cuidados (Figura 37) foi dividida em quatro grupos, que apresentam as fontes disponíveis de apoio social. Como seria impraticável e pouco elucidativo representar cada itinerário em particular, sendo que cada membro descreve, no mais das vezes, diferentes itinerários para diferentes problemas de saúde, o diagrama que foi construído busca evidenciar quais os elementos são comuns aos itinerários de cura e cuidado nas comunidades pesquisadas no Baixo Madeira, conforme figura 37.

Figura 37 – Diagrama dos itinerários de cuidado e cura nas comunidades ribeirinhas do baixo Madeira.



Fonte: O autor, 2017

De acordo com um estudo que observou os itinerários de cura e cuidado familiar, as ancoragens da fitoterapia e da medicina caseira residiam em fontes diversas, desde as tradições familiares e prescrições de médicos antigos, até programas de televisão com a participação de médico naturalista, terapias orientais baseadas na unibiótica (terapia integral do indivíduo), além de orientações da Pastoral da Criança e da Secretaria de Meio Ambiente do Município. Esta última disponibilizava fitoterápicos que, de outra forma costumavam ser cultivados pelas próprias famílias ou eram comprados no comércio informal. O uso de plantas medicinais era mais significativo entre idosos e famílias de pescadores (Silva; Scholze; Fagundes; 2004).

O conhecimento popular sobre as plantas medicinais nas comunidades ribeirinhas está mais vinculado às mulheres; esse conhecimento é fortemente difundido entre as famílias na comunidade, e tem a mulher como a principal responsável pelo repasse desse saber. Essa dinâmica de transmissão de saber é muito comum; a própria gestora da unidade de saúde de Demarcação, comenta que diante da falta de medicamentos alopáticos ou de receita médica, recomenda o uso de remédios caseiros e os disponibiliza aos usuários da USF. Além disso, ela própria receita e doa a matéria prima para o preparo caseiro, pois dispõe de uma horta, que cultiva com a ajuda de outros profissionais, na parte externa da unidade.

Os remédios caseiros são os medicamentos não convencionais para tratar doenças e amenizar os sintomas mais utilizados entre os ribeirinhos; são produzidos a partir de plantas medicinais e minerais e fazem parte do elenco da fitoterapia local, que foi relatada como uma alternativa de fácil acesso e, por isso, considerada positiva nos itinerários de cura e cuidado ribeirinhos. O uso dos remédios caseiros é amplamente difundido, e inclusive podem ser administrados em associação com medicação alopática e rituais de cura, porém nem sempre isenta de riscos, segundo os ribeirinhos.

Em seu estudo Queiroz (2003) ressalta que um aspecto positivo das plantas medicinais era o de serem menos iatrogênicas e com menores reações adversas que medicamentos químicos. Ele apontou a incompatibi-

lidade lógica entre o uso de plantas medicinais e a farmacologia, já que na primeira uma erva pode ser benéfica para uma pessoa e não para outra.

Warber e Zick (2001) revisaram o uso de ervas medicinais e sua relação com problemas cardiovasculares, relatando benefícios potenciais de algumas delas, mas relacionando vários possíveis efeitos adversos, mais comumente as alergias, além de interações de ervas com medicamentos utilizados para doenças cardiovasculares, podendo levar a redução de efeito das drogas ou aumento do risco de sangramento se utilizadas concomitantemente com outras substâncias químicas. Os itinerários descritos por Scholze, Silva e Fagundes (2004) apontavam para uma utilização maior da automedicação em famílias jovens, menos comum entre idosos que mais comumente já faziam uso de medicamentos prescritos por doenças crônicas.

A automedicação também teve na tradição popular ribeirinha uma ancoragem, destinada especialmente aos adultos, e sinaliza para a medicalização da saúde, já que os sujeitos revelam nos conteúdos representacionais de saúde, a importância na aquisição dos medicamentos via sistema de saúde, mesmo na falta do médico e de um receituário. Entretanto, quando a automedicação é via remédio caseiro, como mostram alguns relatos, seu uso está mais associado com os diferentes elementos das práticas populares desenvolvidas no grupo, e se justifica seja pela redução de gastos com medicação alopática, seja pela redução da medicalização da saúde, menores efeitos colaterais existentes, maior sensibilidade do corpo às substâncias e, sobretudo, aparece como a primeira disponibilidade de recurso de saúde para o grupo.

Reconhecendo a incontestável hegemonia do modelo dito biomédico ou biomecânico na cultura contemporânea, da terapêutica fundada na química e na farmacologia, e a medicalização social observada na segunda metade do século findo, a saúde torna-se realmente um mandamento, um paradigma universal com efeito normalizador que adquire as características de um mandamento: “ter saúde”, ou “conservar a saúde”, não se restringe a evitar as doenças, a “preservar-se”, a “não correr riscos”, a permanecer na normalidade médica, ou obter a saúde em pílulas. Essa é só uma das versões do paradigma-mandamento, ou se preferir, da utopia da saúde. Ademais a

medicalização tornou-se hegemônica e predominante na biomedicina. É a partir desse paradigma, que se formulou a crítica à medicalização social, enquanto tendência a considerar as dificuldades da vida como problemas médicos ou como instância de dominação política e controle dos cidadãos. O que está implícito (e muitas vezes explícito) é que não basta prevenir doenças ou medicalizar as populações: é necessário também assegurar uma qualidade de vida (categoria incorporada ao discurso epidemiológico) básica, que não compete à medicina proporcionar, mas ao Estado e à sociedade, para que possa haver uma população efetivamente sadia (Nascimento, 2008; Luz, 2003).

Loyola Filho et al., (2002) observaram em uma comunidade que sofre com a falta de atendimento médico de saúde, uma prevalência do consumo de medicações exclusivamente não prescritas de 28,8%, considerando-se um período de 90 dias anterior ao estudo, sendo que outros 17,2% utilizaram conjuntamente medicamentos prescritos e não-prescritos no mesmo período. A maior frequência de automedicação estaria relacionada com a menor frequência de consultas médicas, sugerindo que fosse uma alternativa à atenção formal à saúde na comunidade estudada, o que estava de acordo com estudos realizados em outros países. Esse aspecto da automedicação parece ter como um dos fatores a falta assistência da rede de saúde também nas comunidades ribeirinhas.

De acordo com os ribeirinhos, a presença de parentes e amigos na rede de apoio social também foi identificada como elemento constituinte dos itinerários de cuidados de saúde, e ocorre sob formas variadas e de modo intensivo, sobretudo em um aspecto de socialização, nas conversas sobre temas relevantes, como saúde e doença e nas situações de lazer. Além disso, nos relatos e observações tornou-se mais evidente o papel ajuda das pessoas próximas, como fonte de apoio financeiro e de transporte em situações de doença. Percebe-se um apoio efetivo de parentes e amigos em situações complexas, como as que envolvem os problemas de saúde.

Na análise das condutas na busca por cuidados de saúde, em diferentes referências da comunidade, que incluem o sistema público de saúde e as práticas populares, essas últimas revestem-se dos cuidados tradicionais,

acerca dos quais identificou-se fontes de apoio diferenciadas, que revelam ser compatíveis, de acordo com a modalidade de cuidado de saúde mais útil ao sujeito. Portanto, considera-se que a escolha do itinerário de cuidados de saúde passa pela avaliação de dois fatores, pelos ribeirinhos, a saber: o resultado esperado de acordo com a percepção da doença ou mal-estar que acomete o sujeito e a disponibilidade de ajuda nas redes de apoio de parentes e amigos e dos profissionais dos serviços de saúde.

O itinerário terapêutico percorrido ao longo da rede social não tem um caráter linear. Pelo contrário, no diálogo com os outros envolvidos em seu processo de adoecer, a pessoa constrói sua identidade de doente e passa a negociar, compartilhar informações e reconstruir os significados dos diferentes tratamentos. As próprias redes estabelecidas são transitórias, sendo influenciadas pela percepção da doença ao mesmo tempo em que ressignificam essa percepção em processos de negociação recorrentes (Souza, 1999).

A influência das redes de apoio social sobre a saúde contempla uma concepção sistêmica de saúde, privilegiando seu aspecto dinâmico, a partir da concepção sistêmica de vida. Nesse sentido, a saúde de um organismo vivo demanda uma flexibilidade deste sistema vivo em suas relações para com os diversos sistemas nos quais está inserido em seu meio, sejam físicos, sociais, econômicos ou ambientais, de forma a adaptar-se às mudanças no meio que é, por sua vez, influenciado pelas mudanças no organismo. Assim, a doença pode ser compreendida como a perda da integração do organismo levando a sintomas como manifestação biológica desta desintegração (Capra, 1996).

As mulheres utilizam mais o hospital do que os homens e recorrem às práticas realizadas pelas parteiras. Aqueles que recebem três salários mínimos ou mais, possuem o ensino médio em diante e são funcionários públicos, utilizam mais o médico particular, cuja alternativa de cuidado só está disponível na capital. O contrário ocorre com os trabalhadores da lavoura, criação de animais e da pesca, os quais utilizam menos o serviço médico particular. Portanto, aos que ganham mais as opções de itinerários de cuidados de saúde são maiores.

O doente permanece como o centro do itinerário terapêutico ou, como Helman (2003) denominou, rede terapêutica, por meio do qual se relaciona com as três alternativas de assistência à saúde. A utilização das alternativas acontece tanto em sequência quanto paralelamente, enquanto o itinerário percorre as conexões da rede, desde os conselhos familiares, passando por vizinhos, amigos, benzedeiros e curandeiros de diferentes tipos e pelo sistema de saúde formal. Ainda segundo Helman (2003), as escolhas realizadas levam em conta o que faz ou não sentido em termos de diagnósticos e tratamentos oferecidos pelos diferentes subsistemas utilizados.

As fontes de cuidados mais utilizadas nas comunidades pelos participantes quando estão doentes são: a família, os amigos, a unidade de saúde, a igreja, o hospital, o médico particular, a benzedeira, parteira e o curandeiro. Esses elementos são combináveis em ordens diferentes ou em paralelo na reconstrução de cada itinerário individual. De acordo com Loyola (1984:92-94) todos tiveram no passado contatos estreitos com outros rezadores (em geral pais, ou parentes próximos), mas se definem principalmente pelo fato de possuírem um dom de origem sobrenatural e de serem detentores de poderes que se manifestaram em certas circunstâncias. Para a autora, as rezadeiras se limitam a dar bênçãos e a rezar para curar as doenças; o curador, além de realizar rezas, consegue entrar em contato com forças superiores, faz uso de trajes especiais, de orações e de implementos religiosos.

Com relação ao exposto, é possível inferir que a renda mensal por família está relacionada a falta de saneamento básico, e de maneira significativa às questões de acesso as informações de saúde e doença, aos serviços de saúde, por meio dos atendimentos realizados por profissionais da equipe; conseqüentemente essas restrições se estendem ao acesso à medicação, visitas regulares da equipe, exames de média e alta complexidade, especialmente na comunidade de Demarcação, localizada mais distante do centro urbano.

5. AS RELAÇÕES ENTRE OS RIBEIRINHOS E A INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE E SEUS REPRESENTANTES

Com relação ao sistema oficial de saúde, os sujeitos se referiram que diante dos problemas de saúde, a figura do médico e seu atendimento são centrais ao percorrer o itinerário de saúde oficial. Os enfermeiros, seus auxiliares e ACS foram citados de forma mais conspícua em relação às visitas domiciliares e são os profissionais mais conhecidos das equipes de saúde.

Evidencia-se que a ideia de equipe de Saúde da Família, em seu arranjo completo e multiprofissional, ainda não faz parte das representações sociais de saúde e doença das comunidades ribeirinhas que já conviviam com o PSF e mais atualmente convivem com a ESF, sendo a atuação da estratégia no campo da saúde local, realizada de modo pouco integrada.

A representação dos moradores ribeirinhos sobre o sistema de saúde é centrada no atendimento médico, o que nega as propostas da ESF como estratégia baseada na interdisciplinaridade das relações de trabalho, que realiza o atendimento por meio de uma equipe multiprofissional (Brasil, 2000). Há, portanto, a permanência do modelo médico hegemônico, biomédico, centrado na doença e na figura do médico, replicado pela Unidade de Saúde da Família e pelos atores sociais da comunidade. A promoção da saúde e os determinantes sociais da saúde estão ausentes das representações sociais dos ribeirinhos.

O doente permanece como o centro do itinerário terapêutico ou, como Helman (2003) denomina, rede terapêutica, por meio do qual se relaciona com três alternativas de assistência à saúde. A utilização das alternativas acontece tanto em sequência quanto paralelamente, enquanto o itinerário percorre as conexões da rede, desde os conselhos familiares, passando por vizinhos, amigos, curandeiros de diferentes tipos e pelo sistema de saúde formal. Ainda segundo esse autor, as escolhas realizadas levam em conta o que faz ou não sentido em termos de diagnósticos e tratamentos oferecidos pelos diferentes subsistemas utilizados.

A realização dos itinerários, também pode levar em consideração, a satisfação com os atendimentos prestados na comunidade, que é maior para o grupo de pessoas que ganha entre dois e três salários mínimos, trabalham no serviço público e possui maior escolaridade, ensino médio em diante. Os ribeirinhos que declararam estar insatisfeitos, ganham até um salário mínimo ao mês e trabalham na agricultura ou lavoura, criação de animais e pesca, abrangendo a maioria dos ribeirinhos pesquisados e considerados economicamente pobres. São pessoas que dependem dos serviços públicos de saúde, como única alternativa de cuidado oficial.

O fator renda além de determinar a maior disponibilidade aos bens de consumo, também demonstrou implicações no fato de conhecer ou não os profissionais de saúde que atuam nas comunidades do Baixo Madeira. Assim como a relação existente entre possuir determinada renda e conhecer ou não esses profissionais, demonstrando que os participantes que recebem até um salário mínimo ao mês, conhecem menos o médico e o agente de endemias de sua comunidade. Já os que conhecem melhor esses profissionais são pessoas com renda acima de um salário mínimo.

Ademais, os que recebem três salários ou acima disso, afirmam conhecer mais o enfermeiro de sua comunidade. Soma-se a essa afirmação, as pessoas católicas que também o conhecem melhor, enquanto um profissional que coordena as equipes de saúde da ESF e realiza consultas de enfermagem. Em complementaridade aos dados levantados, os que ganham até dois salários mínimos por mês, conhecem mais o agente comunitário de saúde, como o profissional que realiza visitas domiciliares, mais frequentemente e que reside na própria comunidade (NS).

Apesar do número reduzido de pessoas que conhecem efetivamente o médico nas comunidades ribeirinhas, os que afirmam conhecer ganham acima de um salário mínimo e são funcionárias públicas. Observou-se em duas das comunidades que embora diante da recente atuação e permanência do médico(a), que atua em Calama e São Carlos do Jamari pelo Programa Mais Médicos, trata-se de um profissional cuja presença e contribuição, percebida pelo usuário, ainda é incipiente e requer maior proximidade

de ambas as partes para que a relação médico-paciente/usuário possa ser ampliada e o alcance das ações mais abrangente.

Nesse sentido, situação oposta foi observada em relação ao agente comunitário de saúde e ao enfermeiro, profissionais mais conhecidos entre os ribeirinhos que, demonstram além da proximidade, conhecer melhor suas atuações, muitos inclusive referiram-se a esses profissionais pelo nome e já possuíam alguma experiência vivenciada no itinerário de saúde. Pode-se inferir que os participantes que obtém menor renda acessam mais os serviços de saúde por meio do trabalho dos agentes comunitários e, entre os que possuem maior renda, esse acesso se daria também por meio do enfermeiro.

A realidade brasileira de atuação médica em lugares mais remotos mudou desde 2013, ano de criação do Programa Mais Médicos, como exemplo, pela primeira vez na história, todos os Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena, atualmente contam com equipes completas com médico, no intuito de fortalecer a atenção básica, diante da dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar médicos nas equipes de Saúde da Família (eSF), principalmente em áreas mais afastadas. Têm médicos nas Unidades Básicas de Saúde fluviais para o atendimento da população ribeirinha da Amazônia, no semiárido e muitas comunidades rurais, quilombolas, assentamentos, periferia e morros das grandes cidades que não contavam com acesso à atenção básica. Milhares de pequenos municípios brasileiros hoje contam com a presença de médicos. Para atuar nesses distritos os médicos, inicialmente, conheceram a realidade local da saúde pública, a infraestrutura que teriam à disposição e, especialmente, os principais problemas de saúde apresentados pela população que receberia seus cuidados (Brasil, 2015).

Ainda sobre a condição socioeconômica ribeirinha, percebe-se que adicionalmente, os moradores com o ensino fundamental completo ou maior formação escolar conhecem mais o médico e o enfermeiro, situação inversa ocorre entre os que estudaram menos e trabalham na lavoura criação de animais e pesca. Já as pessoas com o ensino médio completo em diante, e as que trabalham no setor público, conhecem mais o agente de

endemias do que as que possui menor escolaridade ou aquelas que exercem as demais profissões pesquisadas. Portanto, os fatores analisados possibilitam obter melhor noção sobre o alcance dos usuários aos serviços de saúde, por meio da atuação dos profissionais da ESF.

Como mencionado anteriormente, o agente comunitário de saúde é o profissional mais conhecido pelos moradores, porém, esse aspecto é mais expressivo entre os que possuem menor escolaridade, com nível fundamental incompleto, soma-se a isso, os que não estudaram (NS), ou seja, a maioria dos moradores. Contudo, nas comunidades ribeirinhas, quanto maior o nível de escolaridade maior o conhecimento que se tem acerca dos profissionais de nível superior, como o médico da família e o enfermeiro da ESF. Trata-se de profissionais que realizam as consultas na equipe multiprofissional da ESF, são responsáveis pelos grupos de educação em saúde, acompanham as internações domiciliares, realizam encaminhamentos de saúde, prescrição de exames e receitas entre outros serviços, considerados de maior complexidade e os quais possuem formação de nível superior. Portanto, quanto maior a renda e a escolaridade e o tipo de profissão desenvolvida pelo ribeirinho, mais próximos estão dos profissionais especializados da ESF.

Ao comparar as atuações profissionais, não se pretende reduzir o alcance e a importância do trabalho dos agentes de saúde, que entre outras ações atuam na promoção e prevenção na saúde, mapeando e encaminhando pessoas ao serviço de saúde, por meio dos agendamentos de consultas, pesagem das crianças, visitas domiciliares, sobretudo sensibilizando a comunidade para a convivência, além de promover a integração entre população atendida e os serviços de atenção básica à saúde, base para as demais atuações na ESF. Todavia, se faz necessário que os moradores das comunidades possam conhecer mais o trabalho realizado pelas equipes por meio dos profissionais que as compõem, sobretudo por meio das ações que promovem o modelo biopsicossocial de saúde local.

Embora os ribeirinhos apontem dificuldades e queixas apresentadas por meio dos relatos das entrevistas, quando se referem ao sistema de saúde, de acordo com a avaliação que fazem dos serviços de saúde presta-

dos, é maior o número de pessoas satisfeitas com os serviços ofertados nas comunidades. Entretanto, chama a atenção o expressivo número de usuários insatisfeitos, que se queixam negativamente do sistema de saúde local, quase a metade dos participantes.

A partir dos resultados sobre a satisfação dos usuários, obteve-se os principais elementos que justificam a positividade com os serviços, que tem como protagonista o papel que o enfermeiro e do agente comunitário desenvolvem nas ações de saúde. As críticas aos atendimentos realizados, referiram-se principalmente a falta de profissionais permanentes da eSF, falta de realização de exames *in loco*, dificuldade no deslocamento para a realização dos exames e consultas com especialistas na capital, além do tempo de espera no agendamento e escasso recurso financeiro para gastos com deslocamento para a cidade, de maneira mais enfática, criticou-se a ausência do médico da família para a realização de consultas e para a obtenção dos medicamentos por meio da prescrição de receituário.

Constatou-se nas observações das trocas sociais entre os sujeitos, que os ribeirinhos tentam privilegiar ao máximo a harmonia e o bem-estar nos relacionamentos interpessoais e, os agentes comunitários desempenham um papel fundamental no que concerne à mediação da saúde. São os interlocutores nas relações entre os moradores e as instituições de saúde, entre essas e a comunidade e entre os profissionais de saúde e a comunidade, criando assim possibilidades de diferentes diálogos construções psicossociais diversas. Portanto, nas comunidades, os agentes comunitários de saúde cumprem um papel que vai além dos cuidados em saúde, pois envolve os conhecimentos, vivências e experiências sobre a comunidade, aspectos que devem ser agregados, de forma que o trabalho seja feito de maneira integral, criando assim uma dinâmica relacional favorável com as pessoas que participam da ESF.

Recursos terapêuticos populares: preparo e indicação

O instrumento semiestruturado também utilizado na produção desta obra possibilitou a investigação das doenças subjacentes à utilização do uso de remédios caseiros, dos cuidados do benzedor, benzedeira

e/ou curandeiro(a), por meio de perguntas abertas, a partir das quais os participantes que afirmaram já ter feito uso de algum desses cuidados poderiam especificar seus motivos, recursos e finalidades. Percebeu-se que o modo de preparo e algumas das formas de tratar as doenças, utilizadas nos cuidados de saúde local, se dava por meio da medicina popular em associação ou não com a medicina alopática, por meio da justaposição dos diferentes saberes. Entre as principais formas de preparo estão o uso das ervas, das plantas medicinais, das rezas, dos rituais de cura e o uso de medicação alopática.

O quadro apresentado por meio da figura 38 descreve os itens mais relatados pelos ribeirinhos, a forma de preparo e o problema de saúde para o qual o recurso terapêutico é indicado, em conformidade às disponibilidades que possuem. Entre eles destacam-se o uso de folhas e galhos como a jambu, sabugueiro, arruda, mastruz, vassourinha; cascas de jucá, sucuba, crajiru, além dos óleos de copaíba e andiroba. Cada um desses elementos possui uma ou mais finalidades, e o modo de preparo normalmente se dá via oral, por meio de chá, e atende as mais diversas patologias, desde problemas menos complexos como resfriados, gripes e picadas de insetos até os considerados mais complexos, como inflamações no organismo, problemas renais, sequelas de derrame e alterações no humor.

Cabe considerar a forma específica de tratar às doenças mágico-religiosas, como o quebranto, a espinhela caída, o vento caído e o espanto, cujo papel do especialista local, se dá por meio de reza, aconselhamento ou ritual de cura. Nesses casos, o sujeito que cuida é o principal elemento cuidativo e os recursos utilizados são acessórios, o curandeiro, por exemplo, reporta-se às entidades míticas e espirituais ao realizar sua prática, mas sem os seus conhecimentos, conforme descrito na figura 38.

Figura 38 – Recursos terapêuticos que os ribeirinhos produzem a partir de ervas, plantas medicinais, rezas e rituais de cura, em combinação ou não com os medicamentos alopáticos.

Recursos terapêuticos utilizados	Preparo	Indicação
unha de gato com jambu; casca de jucá; casca de sucuba	chá	Inflamações no organismo
magnésio, aparex e reza	alopáticos em combinação com uma prática mágico religiosa	inflamação no fígado e baço
folha de sabugueiro	chá	antibiótico, gripe, expulsar o sarampo e catapora; problemas renais
caroço do abacate, sabugueiro	chá	problemas renais
Rezas, combinadas ou não o uso de galhos de arruda e/ou vassourinha	prática mágico religiosa	dores de cabeça, quebranto, mau olhado, rasgaduras, vento caído, espanto, formigamento no corpo, micoses, vermelho, erisipela e até no trabalho de parto, sequelas de derrames, alteração do humor e ansiedade
crajiru; crajiru combinado com rezas	sumo, banho e chá	anemia, ação anti-inflamatória e cicatrizante (picadas de insetos, ferimentos e na região íntima)
Aminoxilina combinado com andiroba	alopático em combinação com o óleo	panarício, inflamações na pele
matruz	sumo	Problemas respiratórios, gripes, verminose
folha ou raiz da vassourinha	chá	Inflamações ginecológicas
copaiba – bálsamo da Amazônia	óleo	Inflamação dos tecidos mole/mucosa, cicatrizante (úlceras e feridas na pele, frieiras, cistite crônica), reumatismos; como anti-séptico (tosse crônica, bronquite, catarro e resfriados)

Fonte: Vilas Boas, L.M.S. Pesquisa de campo, Baixo Madeira. 2014.

Outro elemento dos itinerários centrado nas práticas populares de saúde relacionado à medicina tradicional, é a busca no especialista de saber local de apoio social e acesso facilitado às ações cuidativa, apesar das consultas serem pagas, normalmente em dinheiro, serviços prestados ou doações de mantimentos, as pessoas que realizam este percurso na busca por saúde, mencionam conhecer alguém, que já tenha recorrido e se beneficiado com esse tipo de atendimento, seja por meio das histórias contadas por parentes ou amigos das famílias. Aparentemente, as limitações de acessar o médico que atende na comunidade, ou as condições financeiras para acessar os médicos particulares, que envolve custos no deslocamento para a capital, não ocorriam em relação aos agentes tradicionais, que além de morar perto, em alguns casos também realizavam os serviços cuidadosos a domicílio para os moradores atendidos por eles.

6. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DA DOENÇA E PRÁTICAS DE SAÚDE DE MORADORES DE COMUNIDADES RIBEIRINHAS DO BAIXO MADEIRA

O presente capítulo apresenta as análises das representações sociais dos objetos saúde e doença dos moradores de comunidades ribeirinhas do Baixo Madeira, por meio da análise estrutural, com ênfase aos elementos centrais, de contraste e periféricos.

Análise Estrutural

Conteúdos, estrutura e elementos centrais da representação social da saúde

De acordo com a Teoria do Núcleo Central (TNC), os elementos localizados no quadrante superior esquerdo caracterizam a parte dura da representação, sofrendo menos influência do contexto externo ou das práticas cotidianas dos sujeitos, sendo menos sensível à mudança, que podem ser funcionais e/ou normativos. Ainda conforme a TNC, os elementos funcionais determinam as condutas relativas ao objeto social e são os elementos mais importantes para realização de uma tarefa, associados a características descritivas desse, já os elementos normativos estão relacionados com a ideologia e história do grupo, determinam o julgamento e as tomadas de posição relativas ao objeto e constituem a dimensão social do núcleo (Abric, 2003).

As palavras que formam o possível núcleo central da representação em tela (*paz*, *amor* e *atendimento*) apresentam significados positivos relacionados à saúde, podendo-se inferir que existe um posicionamento positivo, do ponto de vista dos participantes, no que se refere ao objeto. A expressão *amor* denota uma dimensão afetivo-attitudinal associada à saúde; *paz* aparece como um elemento definidor da saúde que supera a doença física e expressa o seu caráter difuso na mente e no espírito. Portanto, a cognição *paz* pode simbolizar a saúde numa dimensão místico-espiritual, ao tentar

traduzir a maneira como os ribeirinhos sentem-se quando saudáveis ou desejam sentir-se (em um estado de *paz...*), em um contexto onde a saúde demonstra fragilidade e as distâncias geográficas impõem muitas barreiras.

O elemento *atendimento* expressa uma dimensão biomédica, associada ao cuidado tecnológico do corpo e parece refletir a necessidade dos ribeirinhos de obter atendimento de saúde, considerando as ações de saúde enquanto um direito básico, garantido pela constituição brasileira, mas que naquele contexto apresenta inúmeras fragilidades e desafios a serem superados.

Os termos pertencentes ao quadrante inferior esquerdo, da representação estudada são os elementos de contraste, que apesar de menos frequentes, foram prontamente evocados e considerados importantes, em função da elevada ordem de importância atribuída, e podem agregar outros sentidos à representação. Neste caso tem-se: *bem-estar, capacitação, Deus, família, médicos, recursos, remédios e transporte*.

Parte dos elementos presentes na zona de contraste evidencia o caráter imagético da representação de saúde, associada às questões, de sentido, biomédico vivenciadas pelo grupo, as quais parecem objetivar-se por meio de problemas indicados pelos sujeitos e associados à estrutura dos serviços de saúde existentes nas comunidades ribeirinhas. Essas cognições refletem a preocupação do grupo acerca da figura dos *médicos* e dos *remédios*, e expressam a falta ou carência que possivelmente os elementos representam quando se pensa no objeto saúde. Além disso, a cognição *capacitação* enfatiza a importância atribuída à melhoria dos serviços e ações de saúde local, por meio do investimento feito no treinamento dos profissionais. Portanto, são elementos que evidenciam a dimensão biomédica da representação e reforçam o núcleo central, por meio da cognição *atendimento*.

Por outro lado, as demais cognições pertencentes a zona de contraste revelam a dimensão social da saúde em associação aos determinantes socioeconômicos (*recursos, família e transporte*) que parecem evidenciar alternativas para a melhoria da oferta de saúde local, a partir de aspectos que envolvem e se relacionam mais diretamente, ao público-alvo ribeirinho. As cognições chamam a atenção para o destaque dados aos recursos

financeiros próprios e de insumos para a manutenção da estrutura local de saúde, evidenciada por meio do léxico *transporte*, enquanto um dos recursos necessários para que a saúde possa ser efetivada. Além disso, ressalta a importância atribuída à *família*, que simboliza dois aspectos: o primeiro enfatiza a preocupação dos ribeirinhos com a saúde do grupo social familiar e, o segundo, os cuidados de saúde obtidos a partir dos membros e da rede familiar.

O elemento *Deus* expressa um caráter místico-espiritual associado à noção de saúde, cujos sentidos atribuídos à divindade solucionaria os males e serviria para a manutenção da própria saúde. A cognição *bem-estar* reflete um estado psicológico positivo, associado à definição de saúde e/ou necessário ao seu alcance. Ambas as cognições apresentam significados positivos relacionados à saúde e possuem a dimensão místico-espiritual.

Apesar de alguns elementos traduzirem o modelo de assistência biomédico e compor as representações dos subgrupos, destaca-se a ampliação do conceito de saúde, a partir da importância atribuída à espiritualidade (*Deus e bem-estar*) e a rede de apoio familiar (*família*) enquanto aspectos relacionados à saúde, que uma vez considerados pelo serviço e nas ações de saúde, podem contribuir para o cuidado de forma mais integral à clientela ribeirinha. São elementos que apresentam a dimensão de caráter místico-espiritual e reforçam o núcleo central por meio da cognição *paz*.

Abric (2003) afirma que se houver a existência de um subgrupo que sustenta uma representação que diverge da maioria do grupo, os elementos divergentes estarão nesse quadrante. Seguindo essa perspectiva, não se observa na presente análise elementos que indiquem novas dimensões não contempladas no núcleo central. Portanto, não há divergência de subgrupo na representação social de saúde, mas sim o reforço das dimensões biomédica e místico-espiritual contidas no núcleo central.

Conforme Sá (2002) e Abric (2003), é no quadrante superior direito de um quadro de quatro casas estão os elementos intermediários que reforçam o núcleo central. Esses elementos fazem parte do sistema periférico, são evocados com alta frequência, porém menos prontamente evocados (*descaso, felicidade e tudo-de-bom*). *Felicidade e tudo-de-bom*

refletem dimensões afetiva e atitudinal, respectivamente, por meio de um estado psicológico que reflete uma emoção e uma expressão avaliativa positiva dos participantes frente à saúde, ambos os termos reproduzem a junção de aspectos positivos em associação à saúde.

O elemento *felicidade* reforça o caráter positivo associado à saúde e evidenciado por meio da dimensão afetiva, contida no elemento amor, que é central na representação social de saúde. Infere-se, que a cognição *paz* é compreendida como um dos sentimentos que melhor reflete o estado de espírito relacionado à saúde sob a ótica dos ribeirinhos, especialmente se comparada ou em oposição ao adoecimento, como contrapõe o grupo.

A cognição *descaso* refere-se a uma dimensão avaliativa, que indica um conteúdo associado à face negativa do sistema de saúde e não à representação social de saúde em si, possivelmente evidenciando as dificuldades e barreiras no acesso às ações de saúde, em resposta à falha que o sistema de saúde local apresenta, tal como os ribeirinhos a compreendem (um *descaso...*).

Para Sá (2002) e Abric (2003) o quadrante inferior direito do quadro de quatro casas apresenta os elementos da segunda periferia, que são elementos menos frequentes e considerados como menos importantes pelos sujeitos pesquisados. Nessa perspectiva, verifica-se a presença das cognições *importante*, *ruim* e *melhorias*, que expressam uma dimensão avaliativa da representação da saúde para os ribeirinhos e do sistema de saúde e seus determinantes socioeconômicos envolvidos nesse processo.

Os elementos *harmonia* e *tranquilidade* evidenciam uma dimensão afetiva da representação, com caráter idealizado, associados à definição de saúde dos ribeirinhos. Para Oliveira e Sá, (2001), identificam os mesmos elementos na representação social de saúde, enquanto uma maior aproximação da saúde ao bem-estar psicológico e social.

Assim, os elementos que compõem a segunda periferia parecem indicar a precariedade na oferta de ações e serviços de saúde, com base na infraestrutura de saúde, especificamente no que se refere ao sistema de saúde local, considerado importante para a manutenção do grupo e, que por esse motivo, requer melhorias para promover a harmonia e a tranquilidade,

idealizadas pelos ribeirinhos, seja a partir da relação entre os próprios sujeitos ou, entre eles e a instituição de saúde.

O que se observa nesta análise, de uma forma geral, é a afirmação da positividade da saúde e negativa do sistema de saúde, com caráter idealizador que comporta os seguintes atributos: a *paz* e o *amor* como elementos definidores da saúde e *atendimento* como um elemento que associa a saúde ao modelo biomédico de caráter pragmático.

Conteúdos, estrutura e elementos centrais da representação social da doença

O quadro de quatro casas representado do termo indutor “doença” apresenta as cognições que constituem a representação social dos ribeirinhos.

A representação da doença é negativa e comporta os seguintes atributos: o núcleo central é constituído pelos elementos *atendimento*, *desespero* e *medo*. possuem significativa importância na representação de doença, são relacionadas a uma dimensão biomédica, de caráter pragmático, onde a doença é vista como algo que se localiza no corpo e está associada ao cuidado desse mesmo corpo por tecnologia biomédica. Os elementos *desespero* e *medo* revelam uma dimensão afetiva da representação, aparecendo como sentimentos definidores da doença e de seus determinantes.

Representações como *dificuldades*, *recursos*, *família* e *transporte* identificadas na estrutura das RS de doença, evidenciam uma dimensão social da representação, além da associação aos determinantes políticos e socioeconômicos, na medida em que parecem refletir tanto as dificuldades financeiras das famílias ribeirinhas para o acesso aos serviços de saúde e a carência de insumos e/ou recursos humanos na estrutura de saúde local.

Ao ampliar a noção de doença no contexto pesquisado, em relação as situações de adoecimento, os achados indicam que os sujeitos do vivenciem dificuldades no transporte local, sobretudo diante a falta de manutenção ou combustível para o funcionamento devido das ambulanchas. Esse tipo específico de transporte realiza o deslocamento dos usuários entre as localidades pelo rio, na busca por atendimento de saúde em unidade mais

próxima/vizinha; a falha desse serviço reflete a falta de recursos financeiros para promover o agravamento do quadro de doença, em caso de urgência por serviços de saúde. Nesse sentido, é comum identificar tanto nos relatos como na observação do cenário ribeirinho que as famílias e seus membros representam, por vezes, a única forma de ajuda concreta nessas situações.

Ainda de acordo com os elementos localizados na estrutura das representações sociais de saúde nos informam que a noção de doença está relacionada a uma dimensão estritamente biomédica, associada à medicalização da assistência. Portanto, trata-se de elementos que se relacionam ao modelo biomédico de caráter hospitalocêntrico e medicamentoso, no qual a doença é tida em oposição à saúde.

Constatou-se a consciência de subgrupos acerca da importância do caráter preventivo da atenção à saúde no combate à doença, entre os ribeirinhos. Ao se traduzir as concepções do modelo de atenção curativa, biomédica, evidencia-se a percepção tradicional, especialmente ligada à figura do médico, que ainda prevalece como central no sistema de saúde, daquele contexto. Todavia, o elemento *prevenção*, se apresenta como uma cognição divergente na representação de doença do grupo, pois expressa uma visão incorporada ao sistema de saúde brasileiro desde a década de 1980.

Com a criação do SUS, por meio da Constituição Federal de 1988, originou-se o novo modelo atual de atenção à saúde focado na prevenção de doenças e promoção da saúde. A partir da década de 1980, com o processo de redemocratização do Brasil e o consequente fortalecimento dos movimentos sociais, sobretudo, representados por lideranças do movimento sanitário, ocorreu o advento da reforma sanitária, que estabeleceu-se um novo paradigma para o acesso à saúde, que deixava de ter um caráter assistencialista e previdenciário para ser assumida como direito de todo cidadão e dever do Estado, apoiado nos princípios de universalização, da integralidade e da equidade (Escorel; Nascimento; Edler, 2005).

A noção de doença entre os ribeirinhos manifesta a preocupação com a morte, especialmente se consideradas as dificuldades existentes na

oferta e ações de saúde em comunidades geograficamente distantes dos centros urbanos, cujos desafios tornam-se ainda mais relevantes.

Ademais, a representação de doença é negativa e, sobretudo, associada aos aspectos afetivos e pragmáticos que a definem e a simbolizam, com base no modelo biomédico, voltado às ações curativistas, e sinaliza o reconhecimento das ações preventivas nas questões de doença, embora esse pensamento seja de um subgrupo. Essa representação demonstra ser uma resposta às dificuldades apresentadas pelas estruturas do sistema de saúde e de enfrentamento que a escassez de recursos socioeconômicos impõe aos sujeitos, de outro modo, representa um avanço na maneira de pensar localmente.

Os ribeirinhos demonstram, na representação da doença, o medo do adoecimento, seja em consequência da escassez de recursos ofertados pelo sistema de saúde ou pela imposição da doença que impossibilita o trabalho. Com isso, a manutenção da subsistência fica ameaçada, tendo em vista que uma parte expressiva das famílias é economicamente pobre, não recebe benefícios sociais do governo e dependem exclusivamente da venda de produtos.

No cotejamento do processo de saúde-doença há nos cuidados em saúde o predomínio de influências sociais baseadas eminentemente no modelo hegemônico biomédico, focado na doença do corpo. Os moradores dessas comunidades organizam suas vidas e tratam da saúde como formas de manter, sobretudo, o ritmo da produção, do trabalho e o sustento dos seus lares, realizado pela maioria em consonância ao fluxo do rio, que obedece aos períodos sazonais de cheia e vazante, para o plantio, colheita e revenda de seus produtos.

Leitura dimensional das representações sociais de saúde e doença

Identificou-se como prováveis elementos do núcleo central da representação de saúde *paz, amor e atendimento* e os elementos *medo, atendimento e desespero* na representação de doença. Tem-se, portanto uma representação positiva da saúde e negativa do sistema de saúde, com caráter idealizador de saúde e uma representação negativa de doença e do adoecimento em si. As representações concebem a saúde em oposição à doença. Desse modo,

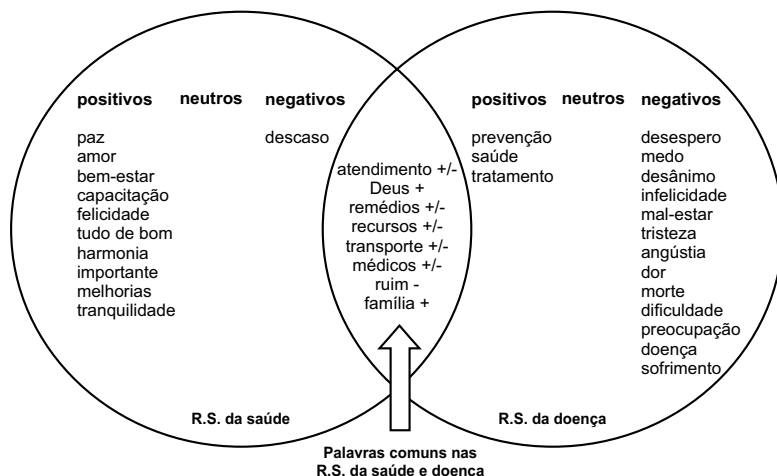
o núcleo central das representações sociais de saúde e doença baseia-se, sobretudo no modelo biomédico, no saber reificado formado pelas instâncias das estruturas de saúde.

Em ambas as representações, observou-se um subgrupo que apresenta conteúdos ancorados ao modelo biomédico e social, com elementos associados ao sistema de saúde e aos determinantes socioeconômicos de saúde, permeadas por cognições comuns as duas representações: médicos, remédios, medicação, família, recursos e transporte. Os conteúdos analisados nas periferias dos quadrantes de quatro casas reforçaram a faceta positiva da representação social de saúde e negativa do sistema de saúde e doença, e refletem as experiências de saúde cotidianas dos sujeitos, demonstrando a complexidade e a pluridimensionalidade dos objetos representacionais em questão.

A análise das evocações produzidas ao termo indutor doença apresenta uma configuração diferente da observada em saúde, a saber: a hipótese de centralidade da representação social de doença está alicerçada em conteúdos afetivos negativos, definidores do objeto e a uma visão de cuidado, reforçada por elementos periféricos estritamente biomédico, com base no modelo de assistência curativista. Enquanto que na centralidade da representação de saúde, prevalecem os conteúdos místico-espiritual e afetivo, a periferia compõe-se de conteúdos biomédicos de caráter pragmático e atitudinais de caráter avaliativo positivo. Desse modo, a dimensão biomédica, é comum em ambas representações, sendo apresentada no núcleo, inclusive, sob a mesma cognição (*atendimento*).

Entre as divergências, percebe-se que na representação de saúde a dimensão místico-espiritual é central, e na de doença é periférica. A saúde apresenta, ainda, um sistema periférico determinado por conteúdos mais avaliativos, cujos elementos possuem valoração mais positiva e menos negativa. Na doença o sistema periférico é determinado, sobretudo por conteúdos afetivos, que simbolizam sentimentos negativos envolvidos na vivência da doença ou na experiência de adoecimento. A figura 39 ilustra as confluências e divergências entre saúde e doença e apresenta a distribuição esquemática das dimensões dos conteúdos identificados e analisados nas representações.

Figura 39 – Esquemática da leitura dimensional das representações sociais de saúde e doença.



Fonte: O autor, 2014

A confluência é caracterizada pela presença de cognições comuns às duas representações: *atendimento*, *Deus*, *remédios*, *recursos*, *transporte*, *médicos*, *ruim* e *família*. Nas representações de saúde e doença, também há dimensões comuns relativas aos serviços e a infraestrutura de saúde. Identificaram-se em ambas as mesmas dimensões, quais sejam: afetiva, atitudinal, místico-espiritual, pragmática-biomédica e social e em seus núcleos, as dimensões afetiva e pragmática-biomédica

De acordo com o critério comparativo, proposto pela abordagem estrutural (ABRIC, 2003), as representações dos objetos sociais pesquisados apresentam em suas estruturas basicamente a mesma composição, tratando-se de representações, cujos núcleos centrais cumprem as mesmas funções normativas e funcionais, porém apresentam sentidos e valoração opostas, que demonstram a positividade da saúde e a negatividade da doença, cujos sistemas periféricos diferenciados apenas refletem variações nas situações vividas cotidianamente pelo grupo, denotando a situação de abandono das estruturas e sistema de saúde. Fazem do adoecimento um aspecto marcante no grupo. A própria representação da doença possui em seu conteúdo elementos cujas dimensões são mais afetivas em comparação ao conteúdo expresso em saúde, que são mais atitudinais e místico-espiritual.

Pode-se notar, adicionalmente, com base nas classificações das dimensões do núcleo central descritas por Abric (2003) a coexistência, no nucleamento das representações caracterizadas na presente pesquisa, de cognições de ordem mais normativa e funcional, sendo o primeiro representado na saúde pelo *amor* e na doença por *medo*, *desespero* e o segundo, pelo *atendimento* presente nas duas representações.

Tais cognições teriam especial interesse para o estudo das representações sociais em tela, uma vez que determinam o seu próprio significado e a organização dos demais elementos representacionais (Abric, 2003; Oliveira et al., 2005; Sá, 1996, 2002). De acordo com Abric (2000), esses componentes teriam caráter consensual, definindo a homogeneidade do grupo e, ao mesmo passo, estando ligados à memória coletiva. Neste caso, podendo, igualmente, haver implicações das práticas dos sujeitos diante da escolha de cuidados de saúde, que pode estar associada ou não entre a medicina moderna e a medicina tradicional no tratamento de saúde.

Observa-se que os elementos candidatos ao núcleo central da representação social de saúde são cognições que privilegiam aspectos positivos definidores de saúde e a avaliação negativa do sistema de saúde, associada à face dos atendimentos prestados e da situação de adoecimento. Contudo, os elementos das representações de saúde e doença não se mostram divergentes e sim, reforçadores do núcleo central. Levanta-se a hipótese, no entanto, que a saúde se apoia em parte a uma visão pragmática, condicionada pela importância atribuída aos atendimentos, sobretudo médico e da medicação, prestados nessas localidades, em razão do difícil acesso à serviços regulares de saúde.

Achados semelhantes demonstram que a cognição *amor* está presente na representação dos cuidados em saúde dos profissionais, porém não ocupa a mesma posição central na estrutura representacional, mas reforça seu núcleo, enquanto uma dimensão afetiva que expressa atitude de cuidado e de preocupação pelo outro, característica das profissões que atuam na área da saúde (Nogueira et al, 2015), identificada neste trabalho como uma dimensão importante entre os ribeirinhos, que neste caso, também são usuários dos serviços de saúde.

Devido à ausência de estudos em representações sociais da saúde-doença no cenário das comunidades ribeirinhas, são escassos os dados de suporte comparativo referentes ao tema nesse contexto. Entretanto, nos estudos das representações sociais da saúde, aplicados às populações urbanas, observa-se a presença de termos que concebem a saúde em oposição à doença (Oliveira; Sá, 2001).

Para a compreensão do binômio saúde-doença, deve-se ampliar o conceito de saúde, como ausência de doença, para um bem-estar físico, mental e social voltados à integralidade do homem, ou seja, considerar os aspectos biopsicossociais, superando as barreiras unilaterais que a definição de saúde, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), possa sugerir: “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Sobretudo, ao avançar o caráter idealizado de saúde, que exclui da polaridade saúde-doença à noção de sujeitos singulares e coletivos inseridos em determinado contexto. Nessa perspectiva, o atual modelo de saúde pública é focado na execução de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, associado às ações curativas, por meio da proposta de um dos princípios do SUS, o da integralidade, que viabiliza o desenvolvimento de práticas preventivas e assistenciais por um mesmo serviço (Alves, 2005).

A respeito das mudanças no paradigma de saúde, o léxico *atendimento*, comum ao núcleo central dos objetos sociais pesquisados, pode ser compreendido tendo como base a configuração contextual do sistema de saúde local. Entretanto, converge sobre essa cognição, outros achados que apontam o modelo biomédico como característico das representações de saúde-doença dos sujeitos, sendo reforçado por vários fatores, entre eles pelas instituições de saúde e na postura dos profissionais que compõem a rede de atenção à saúde, que iniciam ou dão continuidade a uma clínica centrada no biológico, focado na doença, demonstrando a dificuldade em aderir as mudanças de modelos propostos no campo da saúde.

Todavia, nas comunidades pesquisadas, o sistema de saúde apresenta um déficit em sua estrutura, com relação aos tipos de tecnologias de trabalho, cujo motivo pode ser o baixo investimento nas atividades de educação em

saúde e formação continuada do corpo técnico refletindo um desequilíbrio nas atividades de cuidado, que ocasiona o alto volume de consultas, pedidos de exames e medicamentos. Merhy e Franco (2007), define três tipos de tecnologias de trabalho que se dividem em tecnologias leves, leve-duras e duras; as tecnologias leves estão associadas às relações interpessoais estabelecidas entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado. As tecnologias leve-duras se associam ao conhecimento técnico compartilhado e as tecnologias duras são representadas pelos recursos materiais utilizados na execução do cuidado.

Ademais, o desequilíbrio apontado nas ações e serviços de saúde pode revelar, o reduzido enfoque nas necessidades dos usuários e a limitação dos profissionais para atuar por meio do vínculo humanizado e resolutivo, pautado na escuta e interação de saberes e práticas, necessários à concretização de um cuidado integral, imprescindível para a mudança do atual modo de produção da saúde (Oliveira, 2010). A esse respeito, no dia 24 de maio de 2000, foi lançado o Programa Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde (BRASIL, 2001), tendo como proposta reduzir as dificuldades encontradas durante o tratamento, recuperar a comunicação entre as equipes de saúde e o usuário, incluindo a família, diante do momento de fragilidade emocional do paciente. Face à necessidade e à importância de implantação do programa de humanização dos serviços de saúde, sugere-se que o profissional de saúde reflita sobre a relevância de estabelecer com o paciente relações de maior simetria e respeito.

A noção de saúde para os ribeirinhos possui como um de seus conteúdos o termo *Deus* presente na zona de contraste, que reforça a dimensão místico-espiritual presente no núcleo central da saúde e evidencia-se como um desdobramento do elemento *paz*, simbolizando o pensamento social do grupo, quando se pensa em saúde. Para o grupo Deus revela-se como um apoio onipresente, tanto em situações de doença, como no dia-a-dia dos ribeirinhos, quer sejam católicos ou evangélicos. Para os moradores do Baixo Madeira, a religião foi uma ancoragem constante ao longo dos discursos, retratada nas falas, por meio da responsabilização do divino tanto pela saúde quanto pela doença.

Ainda que as duas situações fossem apontadas como uma determinação ou escolha divina, a doença é geralmente creditada ao “maligno”, agindo para aplicar um castigo de Deus, principalmente entre os mais religiosos. Naturalmente, a fé surgiu como uma primeira opção nos itinerários de cura e cuidado fosse ela uma ação individual ou nos grupos familiares, diante de uma situação crítica do sistema de saúde. Além disso, pode revelar o papel de destaque atribuído à instância divina nessas populações, como se sabe, de maioria católica e protestante. Em complementariedade, pode indicar o papel social e de rede de apoio desempenhado pela igreja, que nestes cenários, configura-se como fonte significativa de ajuda individual e comunitária, não somente como alternativa de cura dos males físicos e espirituais, mas também como espaço social de lazer, por meio dos festejos dos santos e padroeiros católicos e pela oportunidade de convívio e de trocas nas interações oportunizadas entre os sujeitos neste espaço.

Em função das características do objeto social, como sugere a proposta interpretativa da abordagem estrutural da TRS foi possível conhecer a realidade de saúde ribeirinha, influenciadas pelas condições ambientais, econômicas, políticas e geográficas em que vivem essas populações, além da infraestrutura de saúde que dispõem, evidenciadas nas diferentes dimensões e características de base psicológica, social e cultural dos elementos cognitivos, que formam o conteúdo das representações sociais de saúde e doença. Além de identificar os conteúdos psicossociais que influenciam às concepções de saúde e doença do grupo social, nas representações que são transmitidas e transformadas, no cotidiano das comunidades, por meio da comunicação e interação social do grupo.

A literatura aponta como alternativa para o cuidado de famílias rurais a necessidade de conhecer suas particularidades como cultura, crenças e hábitos de saúde. Este conjunto de valores difere de um grupo para outro, uma vez que o cenário rural merece destaque por ocupar posição desfavorável no acesso a serviços públicos favorecendo a desigualdades sociais e a pobreza dos sujeitos. Por essas razões, um dos grandes desafios das áreas da saúde constitui-se em incorporar sua prática com as dos indivíduos a serem cuidados, buscando na alteridade, maneiras de cuidar (Zillmer et al., 2009).

Nesse sentido, é notória a importância da discussão acerca da necessidade de os profissionais da saúde reconhecerem as peculiaridades que as populações, urbanas ou rurais, apresentam, e como estas se tornam responsáveis por influenciar o seu comportamento e a sua trajetória de vida em prol da saúde (Wünsch et al., 2012). Desse modo, os estudos realizados no contexto ribeirinho se mostram primordiais às políticas públicas de saúde, vez que privilegiam a compreensão dos diferentes fatores determinantes e condicionantes e a dinâmica do saber de saúde de populações longínquas, sobretudo, para a implantação de medidas de prevenção e pela aplicação dos resultados no controle de problemas de saúde, fundamentais para subsidiar práticas de saúde que visem à melhoria na qualidade de vida dos ribeirinhos, e possam ser mais adequadas ao seu perfil.

Ademais, a identificação das representações sociais de saúde e doença de moradores de comunidades ribeirinhas revela-se produtiva por permitir a maior aproximação à situação de saúde local, a partir do pensamento social dos sujeitos, contribuindo, para ampliar a noção das condições de saúde existentes e das necessidades de saúde subjacentes. Com isso, é possível compreender melhor o modo como o sistema de saúde se mantém localmente e as relações sociais implicadas nesse processo, para que a partir de então, o mesmo possa ser reformulado, criando alternativas adaptáveis ao modelo assistencial vigente, tomando, essas representações como base de análise para a reflexão do sistema de saúde e a instrumentalização a campo dos profissionais, que atuam em contextos rurais fluviais específicos.

A partir de uma mudança efetiva das ações institucionais, ao considerar o pensamento social do grupo nas questões de saúde-doença e suas implicações nas práticas de saúde realizadas pelos sujeitos, é possível ressignificar o caráter idealizado existente nessas representações, e aproximá-lo à realidade viável, por meio de ações voltadas à prevenção, promoção da saúde e integralidade das ações, de modo coerente aos anseios das populações ribeirinhas, economicamente pobres e geograficamente distantes que, por esses motivos, possuem maiores chances de sofrerem “negligências e descasos”, como denunciam os conteúdos que estruturam as representações de saúde e doença dos ribeirinhos do Baixo Madeira.

7. FALAS QUE REFLETEM O PENSAMENTO E DENUNCIAM A SITUAÇÃO DA SAÚDE E DOENÇA VIVENCIADA NAS COMUNIDADES RIBEIRINHÃS

Este capítulo apresenta os resultados obtidos da análise informatizada realizada por meio do software IRaMuTeQ com os conteúdos das entrevistas, com vistas a compreensão da produção das representações e sua gênese nas práticas culturais, por meio da interação social nos processos sociais do grupo estudado.

O corpus “Entrevistas” foi composto pelo conjunto das entrevistas e seus conteúdos, de acordo com temas previstos no roteiro, a partir do estímulo fornecido pelo entrevistador durante a aplicação do instrumento, que abordava assuntos relativos à vivência dos participantes nas comunidades ribeirinhas, às representações de saúde e doença, aos serviços oficiais de saúde e às práticas populares de saúde. Para efeitos de análise, os 30 textos gerados das entrevistas iniciais desdobraram-se em 744 segmentos de textos, sem associação de variáveis (sexo, idade, religião, etc). Destes, 561 (que representa um aproveitamento de 75,40% do total de segmentos no corpus) foram retidos na Classificação Hierárquica Descendente (CHD) realizada com o auxílio do software IRaMuTeQ.

As entrevistas realizadas foram transcritas e inicialmente reunidas em um único corpus de análise o qual foi submetido a diferentes análises textuais. A totalidade do material verbal, após a lematização realizada pelo software, compôs-se em 25.987 ocorrências, com 2.660 palavras ou formas distintas, o que resultou numa frequência média de 9,77 para as palavras citadas.

A figura 40 ilustra a nuvem de palavras referente ao corpus analisado, esta representação possibilita identificar graficamente a saliência dos elementos principais no corpus, por meio de frequência absoluta, que indica o número de segmentos de texto no corpus que contém, ao menos uma vez, a palavra citada. Portanto, o tamanho e centralidade das palavras são diretamente proporcionais à sua frequência no corpus.

A nuvem de palavras é um recurso que agrupa as palavras e as organiza graficamente em função da sua frequência. Trata-se de uma análise lexical mais simples, porém graficamente interessante.

Figura 40 – Nuvem de palavras referente ao corpus Entrevistas.



Fonte: O autor, 2015

O termo “gente” é a auto referência utilizada pelos participantes ao longo das entrevistas para denominar o modo de vida das populações ribeirinhas no Baixo Madeira. Portanto, a referência dos próprios participantes ao longo dos segmentos de texto, inclui o eu e outro da comunidade, que aparece na maioria das entrevistas, por meio do léxico “gente”. Os discursos demonstram o envolvimento e proximidade dos participantes em relação ao fenômeno estudado. Assim, as categorias temáticas surgidas falam das experiências dos moradores nas comunidades ribeirinhas, num discurso que é usualmente em terceira pessoa, relativo ao próprio grupo, porém específico o suficiente para elucidar o contexto vivido a partir cada sujeito entrevistado.

Os discursos mais frequentes evidenciam principalmente as situações cotidianas de saúde. Outro destaque nesta análise preliminar são os verbos de maior frequência: ficar (154), seguido de tomar (n=107), atender (n=83), achar (n=80) e dar (n=79). Referente à descrição do fenômeno tema da entrevista, práticas populares e as representações de saúde, salienta-se a

prevalência da palavra gente (n=288) em relação à saúde (n=206), remédio caseiro (n=142), doença (n=128) e benzimentos (n=38).

Como um segundo recurso de análise, a CHD dividiu o *corpus* em quatro classes, que apresenta as palavras com associação estatística significativa de cada classe, bem como sua ocorrência e associação dentro da classe (por meio do teste de qui-quadrado ($\chi^2 \geq 3,84$, gl=1), cujo valor de significância adotado pelo programa corresponde a $p \leq 0,05$). A primeira partição do conjunto de segmentos de textos, obtida a partir da análise do software, resultou na classe 1 e foi denominada de “Práticas populares de saúde”, na qual aspectos relacionados aos tratamentos alternativos e complementares de saúde foram abordados e diferenciam-se das demais classes (classe 4 denominada “Doença, classe 2 denominada “Serviços Oficiais de Saúde” e classe 3 denominada “Viver na comunidade”).

A classe quatro foi denominada de “Doença”, ao abordar aspectos do adoecimento e suas consequências para os sujeitos das comunidades ribeirinhas.

A classe 2 aborda aspectos relacionados aos atendimentos e o acesso à estrutura de saúde local e, a classe 3 evidencia as percepções dos habitantes sobre morar nas comunidades e suas implicações. As 4 classes resultantes da análise das entrevistas são compostas de unidades de segmentos de texto com vocabulário semelhante, cada classe por sua vez, apresentam o conjunto de ideias relacionadas entre si, que foram mais significativas nos discursos dos sujeitos dando sentido ao pensamento expresso pelo grupo, acerca do fenômeno estudado.

Classe 1 - Práticas Populares de Saúde

Na sequência serão descritas as classes isoladas pelo software, com seus conteúdos e significados. A classe um, denominada “Práticas populares de saúde”, representa 24,4% dos segmentos de texto classificados, e possui 137 segmentos de texto (UCE), esteve associada à conteúdos que demonstram as alternativas e os recursos de saúde utilizadas pelos próprios moradores. Ainda de acordo com o critério que avalia o número de segmentos de texto,

que contêm determinada palavra por classe, têm-se como o elemento de maior frequência na classe 1 o léxico remédios_caseiros (n=84), seguida por tomar (n=55), fazer (n=54), pessoa (n=35), utilizar (n=26), chá (n=21), usar (n=21), aprender (n=20), benzimentos (n=20).

Portanto, a classe um aborda as experiências dos participantes nos cuidados de saúde e destaca as práticas populares de saúde realizadas no grupo, sobretudo o modo como são preparados os remédios caseiros no Baixo Madeira, sua finalidade, além de indicar os responsáveis pelo repasse desse conhecimento na comunidade. O termo “remédios_caseiros” tem papel central no conteúdo da classe, o qual é abordado enquanto elemento fundamental das práticas complementares e/ou alternativas de cuidados de saúde, conforme evidenciam os trechos de entrevista dos participantes característicos dessa classe:

Desde o começo do mundo as pessoas se trataram com os remédios_caseiros, hoje em dia até para emagrecer a pessoa faz chá, tem para coluna e para a carne rasgada, eu costumo tomar o chá_da_casca_de_muru-ré_e_de_jatobá.

Os remédios_caseiros eu aprendi com minha mãe, a gente usa a folha da unha_de_gato a copaíba, boldo e o elixir, que também é muito bom, eu sinceramente prefiro tomar os remédios_caseiros por não conter em sua fórmula, química e, nesse caso, não intoxica o nosso organismo.

Vixi! são tantos remédios_caseiros, esse saber vem das pessoas mais velhas nossos avôs e dos parentes que nos ensinaram a usar e fazer, eu uso, quando alguém ensina a garrafada ou fricção como eles dizem, é isso que a gente usa. Na verdade, esses remédios são indígenas, os índios é que foram criados com esses remédios_caseiros, é tanto tipo de remédio do mato, chá_de_unha_de_gato mastruz e outros que agora eu nem sem dizer devido tanta quantidade.

Por outro lado, dependendo da experiência de adoecimento ou da disponibilidade de acesso aos serviços de saúde para o sujeito, o remédio caseiro e outras modalidades de cuidado alternativo de saúde, demonstram ser utilizadas como o principal recurso ao alcance dos moradores ribeirinhos, sobretudo diante da falta de assistência nos serviços de saúde. De outro

modo, as modalidades de recurso local, facilmente disponíveis, também se revelam uma escolha apropriada ou de menor efeito colateral, com base nos valores, crenças e normas sociais atribuídas pelo grupo, conforme evidenciam os seguintes excertos:

Eu mesmo prefiro tomar remédios_caseiros porque os remédios_receitados pelos médicos atacam muito o fígado da gente e os remédios_caseiros não, por isso eu sempre utilizo. (...) Maninha esses remédios_caseiros são muitos, para malária a gente toma o chá_de_boldo ou de eucalipto e tem outros para as outras doenças, para vômito e diarreia, a gente se cria e vê que dá certo.

Quando alguém de nossa família fica doente nós fazemos primeiro os remédios_caseiros, tomamos chás das plantas que são bons para tratar de várias doenças, porque aqui não temos muita opção, não. Os principais materiais que a gente usa para preparar os remédios_caseiros são o óleo_de_copaíba, a folha_do_mastruz e o chá_de_alho, mas quando estou doente de verdade eu prefiro utilizar os remédios_receitados pelos médicos, porque tratam de verdade.

Se o posto não estiver desativado, eu tomo os remédios_receitados pelo médico, que são para tratar as doenças que eu tô, fora isso, também uso os remédios_caseiros, vou na benzedeira, elas fazem um serviço muito bom, lá abaixo de casa tem uma.

Os excertos também abordam as práticas populares de cuidados de saúde, como a utilização do benzimento como uma modalidade terapêutica contraindicada, seja por ser considerada prejudicial ao organismo ou, por seu uso ser nocivo às relações interpessoais, devido as questões religiosas proibitivas para determinados sujeitos, que o impede de utilizar tais recursos, de acordo com a avaliação do grupo de pertença:

Os remédios_caseiros isto eu tomo e acredito, porque desde pequena minha mãe sempre fez quando estávamos doentes e sempre deu certo. Os remédios_caseiros e os benzimentos são usados pela comunidade, mas é como falei, eu só acredito nos remédios_caseiros, por conta da minha doutrina religiosa.

Temos muitos remédios_caseiros aqui, eu até costume utilizar, mas nem posso, como tenho alguns problemas_de_saúde e faço acompanhamento médico, tenho que tomar os remédios_receitados por ele, para meu próprio bem.

Outra característica dessa classe revela que a execução de determinadas práticas de saúde, pode ocorrer em concomitância ao uso da medicação alopática ou, em oposição a essa. Portanto, no bojo da comparação estabelecida pelo sujeito, subjaz o aspecto natural da prática caseira e a automedicação em oposição ao aspecto químico da medicação receitada pelo médico. Percebe-se que há uma distinção evidente entre os efeitos esperados pelo tipo de medicação ou prática para resolver determinado problema de saúde, e a partir disso, depende o tipo de escolha do sujeito. Quando nos discursos dos participantes, a decisão se mostra mais favorável ao uso do remédio caseiro, em detrimento de outras terapêuticas e cuidados de saúde, os riscos implicados em tal preferência são assumidos.

Também tomo os remédios_receitados de farmácia pra esse negócio da próstata, os dois juntos, foi um parente e o vizinho aqui quem me indicou os remédios_caseiros do chá_da_abotá, que toma e se dá bem, aí a gente toma também.

Muitas pessoas de São_Carlos usam os benzimentos, já outras não acreditam, principalmente, os meus parentes evangélicos que me proíbem até de falar sobre isso. Esses remédios_caseiros a gente aprende com os indígenas, são eles quem sabe fazer, pois conhecem bem as ervas naturais, por isso prefiro utilizar os remédios_caseiros porque ele não tem química e não prejudica o nosso organismo, sinto que ele é puro, não dá outro tipo de reação ao organismo.

A classe um destaca a relação entre saúde e fé, que se expressa por meio da crença nos benzedeiros e curandeiros, procurados pela comunidade para a cura das enfermidades. A intercessão junto aos especialistas locais demonstra ser para os pedidos de difícil solução no plano biomédico, além da resolução de problemas que requerem uma compreensão místico-espiritual.

Tudo depende da fé, é a fé que cura eu mesmo, faço os remédios_caseiros porque reza é muito difícil, mas chá é fácil preparar e garrafada é comigo mesmo. Sei lá eu tomei os remédios_caseiros para dor tipo na próstata.

Porque realmente esse negócio de feitiço só Dona Curandeira consegue tratar, o médico não consegue porque eu fui até em Belém levei minha mulher para o Humaitá levei ela pra Manaus e veio a morrer aqui, era um feitiço. Tentou no médico e não conseguiu, o médico dizendo: rapaz essa daí não sei! E, aí por sorte apareceu um câncer de pulmão ele não falou para mim ele falou para minha filha essa aí não tem jeito não.

Os especialistas de saber local são considerados personagens importantes nos cuidados de saúde cotidiano são responsáveis pelas ações que podem ocorrer de forma alternativa e/ou complementar aos tratamentos de saúde, possuem, portanto, o papel de referência na resolução das situações específicas de adoecimento, na condição de benzedeiros, curandeiras ou conselheiras, trazendo além da ajuda, “a boa palavra” ou “a boa conversa”, embasada na interação das relações de confiança, favoráveis as situações de crises, conforme definição comum das pessoas que recorrem aos seus serviços. Os excertos de texto evidenciam parte das experiências de saúde, que envolvem as doenças mágico-religiosas e os tratamentos ocorridos nas comunidades:

Deixa eu te contar, essas coceiras que dá no pessoal, aí o rezador resolve mais ligeiro e melhor que médico, essa é a vantagem. Certa vez eu tava lá conversando com ela, Dona Curandeira e chegou uma mulher babando sangue e ela rezou e a mulher escarrou a espinha de peixe tambaqui.

Eu vivia doente de inflamação do fígado e baço e a curandeira receitou magnésio aparex e reza eles ensinam qual o tipo da folha para pegar e os outros materiais para fazer a mistura e fazer o remédio para tomar. Na desmentidura e na criança com o quebrante e no tal de vento_caído quando a criança toma um susto e cresce a barriga deixa a criança com barriga fofa e pode até matar é perigoso no adulto também porque vira doença do ar igual ao derrame.

Classe 4 - Doença

A divisão que originou as classes 4 trata da temática “Doença”. Esta classe representa 88 unidade de segmento de texto-UCE, ou seja, 15,7% dos segmentos de texto classificados, esteve associada aos conteúdos que abordam a experiência de adoecimento, as sensações e os sentimentos relacionados ao adoecer, segundo os excertos dos participantes. Conforme o critério que avalia o número de segmentos de texto que contêm determinada palavra por classe, têm-se como elementos de maior frequência na classe 4: doença (n=52), sentir (n=39), estar (n=34), saúde (n=33), malária (n=27), doente (n=24), gripe (n=18).

O termo “doença” é central no conteúdo da classe, abordado enquanto elemento fundamental, sendo relacionado às principais doenças que atingem a população local, alguns dos sintomas, sentimentos e sensações que o adoecimento ocasiona, sobretudo, o desconforto que a experiência de adoecimento acarreta ao sujeito, em função da improdutividade que ela provoca.

A doença é terrível é uma sensação muito ruim eu me sinto mal só de pensar em ficar doente, é um mal_estar no corpo às vezes da febre dor de cabeça e a gente fica sem poder fazer nada, porque pessoa com saúde é outra coisa, eu por exemplo quando tinha saúde, tinha disposição, tinha coragem, o que eu fazia antes, hoje eu não faço mais, principalmente trabalhar.

Alguns participantes expressam em suas falas uma preocupação com as doenças que ocorrem em consequência de aspectos sociais e ambientais das comunidades, e eles próprios lançam soluções importantes para a promoção da saúde e prevenção das doenças, como mostra os seguintes excertos:

As doenças mais frequentes são malária, virose e agora está tendo casos de dengue, existem alguns casos de doente de hepatite b também, por isso tem que ter um atendimento de qualidade, um laboratório e remédios_receitados porque aqui falta muito.

A doença que mais atinge a comunidade é a malária gripe e pneumonia que sempre tem casos na comunidade, para ter mais saúde no dia a dia só melhorando o posto_de_saúde, colocando médico e remédios_receitados. Eu tenho preocupação com minha doença, mas graças_a_Deus eu tenho minha aposentadoria e sempre vou comprar com antecedência em Porto_Velho, quando estou me sentindo doente porque aqui na comunidade é muito difícil.

A doença também é entendida nesse contexto em clara oposição com a saúde, esse aspecto torna-se mais evidente quando o participante revela uma dimensão subjetiva em ambas as condições, dentro de um mesmo discurso, como mostra o excerto, no qual esclarece a importância de estar saudável e reforça o dilema que sente ao pensar em doença:

Eu me sinto feliz quando estou saudável todo mundo se sente feliz, né? porque a saúde da gente está em primeiro lugar, Deus_me_livre!
Eu penso que doença é só tristeza só vem pensamento ruim na vida da gente.

O conjunto de segmentos de texto presentes na classe 4 opõem-se aos conteúdos referentes às classes 2 e 3, a primeira aborda principalmente questões relacionadas aos atendimentos de saúde e evidencia as estruturas dos serviços de saúde local. A classe 3, apresenta o contexto ribeirinho e a vida comunitária, que está intrinsecamente relacionado aos desafios de morar em um local distante dos grandes centros e de suas infraestruturas, como é o caso das comunidades pesquisadas.

Classe 2 - Serviços Oficiais de Saúde

A classe 2 representa 31,6% dos excertos existentes e apresenta 177 segmentos de texto classificados no *corpus*, sendo a classe que possui o maior número de segmentos de texto e tem a maior representação social do *corpus*. A classe esteve associada à conteúdos que demonstram os aspectos mais relacionados aos atendimentos realizados nas USF, por meio dos profissionais de saúde. De acordo com o critério que avalia o número de segmentos

de texto, de palavra por classe, têm-se como o elemento de maior frequência na classe 2 o léxico atendimento (n=60), seguida por atender (n=46), exame (n=41), médico (n=122), posto (n=37), remédios_receitados (n=94), saúde (n=126), funcionar (n=25). Os excertos estão associados as queixas e insatisfação dos moradores em função da precariedade da estrutura de saúde, como mostram os excertos:

Nós estamos precisando mesmo, precisa também de um posto_de_saúde que não tem. A pessoa morre e não tem atendimento e nem remédios_receitados o único remédio_receitado que tem é para malária, porque tá ocorrendo muitos casos na comunidade. Aqui não tem condução para ir até a comunidade vizinha em busca de atendimento, na minha opinião para a comunidade ter saúde falta é um médico, falta uma assistência_de_qualidade, tudo é muito difícil.

Eu penso que a saúde é muito importante é bom a gente ser bem atendido, não é só eu que reclamo dessa situação, a comunidade em si também, porque muitas vezes vamos à procura dos remédios_receitados que tem, e eles não dão, isso me deixa muito triste.

Os relatos também indicam a satisfação de parte dos moradores com os atendimentos de saúde e destacam positivamente a atuação dos profissionais:

Tem atendimento todo dia quando nós chegamos ao posto somos consultados logo toda a comunidade tem acesso ao serviço de saúde eles atendem bem são muito atenciosos.

No dia do atendimento em que ele vem, atende muito bem o médico cubano está aqui de oito em oito dias e toda a comunidade tem acesso quando é dia de atendimento na comunidade ele vem e trata todo mundo com atenção e cuidado.

Outro aspecto a ser destacado é o modo de relacionamento entre o usuário e as estruturas de saúde, por meio dos profissionais de saúde, conforme indicam os seguintes trechos:

Tem um posto_de_saúde mas é o mesmo que não ter e também não tem gasolina em caso de emergência o pobre passa humilhação o pobre sofre, mas mesmo assim vou levando, me dou bem.

Os médicos dizem que o primeiro trimestre da gravidez é fundamental, faltou a menstruação o bom é fazer logo o exame pra ver se tá grávida ou não, a minha foi de risco, mas aqui é muito ruim pedir ajuda, esse negócio de relacionamento com os profissionais é péssimo, perdi o bebe, porque não tive acompanhamento médico.

Classe 3 - A Vida na Comunidade

A partição que originou as classes 3 tem como tema a “Vida na comunidade”. Esta classe representa 159 UCE, ou seja, 28,34% dos segmentos de texto classificados. De acordo com o critério que avalia o número de segmentos de texto, de palavra por classe, têm-se como o elemento de maior frequência na classe 2 o léxico morar (n=50), seguida por enchente (n=39), filho (n=33), problema (n=25), gosto (n=25), ano (n=20), perder (n=12), coisa (n=66). A classe três apresenta uma perspectiva voltada às questões do habitar ribeirinho, da vida em comunidade e, relevam os desafios vividos pelos moradores nessas localidades, inclusive a interferência sofrida pelas condições climáticas e geográficas do lugar, que colaboram para a falta de atendimentos de saúde:

Eu já moro há vinte cinco anos nesta comunidade e sempre foi bom só piorou quando veio a enchente que acabou com tudo o que a gente tinha, com as plantações, as criações e com a nossa casa, com tudo mesmo.

A minha comunidade precisa melhorar, está muito difícil a situação depois da enchente, pois eu nasci e me criei nesta comunidade e nunca vi o rio_Madeira encher desta forma, perdi tudo.

Os seguimentos de textos relatam uma das consequências do viver em uma comunidade ribeirinha, susceptível a períodos de seca e cheia do rio, fenômenos climáticos que convergem para mudanças radicais na vida

dos moradores, a escassez da oferta dos serviços de saúde e consequentemente o aumento por serviços de saúde:

Muita gente teve que mudar daqui depois da enchente, porque onde morava alagou tudo e tiveram que sair de lá, de primeiro aqui tinha médico toda semana, mas agora não vão mais, nem os agentes comunitários, ninguém.

Porque médico não tem é raro um médico vir aqui na comunidade antes da enchente eles passavam de três a quatro meses sem retornar, as vezes vinham de mês_em_mês e a agora depois da enchente não vieram mais.

Nota-se que diante as dificuldades relacionadas a morar no lugar depois da enchente, o ribeirão apresenta alternativa de caráter sócio identitário, e inclui o uso fé, além de estratégias e recursos internos, comuns ao grupo para sua permanência local, para a superação dos problemas e para a manutenção da saúde, no ambiente ribeirão:

O lugar é bom, só que falta médico, falta muitas coisas porque com a enchente que teve, acabou com tudo que a gente tinha e nós estamos levando como podemos, até quando Deus quiser que melhore um pouco. Vamos sempre na nossa igreja, Nossa Senhora Aparecida e pedimos com fé para as coisas melhorarem os problemas daqui. Toda a situação ficou ruim depois da enchente porque acabou com o posto_de_saúde, então não tem médico.

Conforme se pode observar, a partir das entrevistas permitiu abordar o fenômeno saúde e doença, assim como as práticas populares de saúde de modo a enfatizar a produção de sentidos atribuídos aos objetos pesquisados, a partir das verbalizações expressas acerca da temática estudada. As informações adquiridas possibilitam um aprofundamento e proximidade com as questões levantadas nos estudos anteriormente apresentados em tela.

8. CONTORNOS E TENSÕES ESTABELECIDAS ENTRE O SABER POPULAR E O SABER BIOMÉDICO NOS CUIDADOS DE SAÚDE DESENVOLVIDOS NO BAIXO MADEIRA

O conhecimento do senso comum existente nas comunidades pesquisadas tem em seu repertório a noção comumente compartilhada nas diversas situações de saúde vividas pelo grupo social, como por exemplo, o mau olhado, vermelho, espinhela caída, rasgadura, espanto; são indícios de problemas de saúde que, para os ribeirinhos, necessitam de uma intervenção cuidativa de saúde, que dependendo da escolha do itinerário pode ser médica ou espiritual. Porém, os elementos que constituem as doenças consideradas mágico-religiosas não são facilmente identificados por profissionais das instituições sanitárias, que normalmente desconhecem a lógica que opera sobre esses problemas de saúde, sendo, portanto, algo não familiar à equipe de saúde, que não esteja imersa no mundo das tradições do contexto ribeirinho, pois a relação entre os dois universos (consensual e reificado) nem sempre consegue ser estabelecida de modo horizontal.

A tensão estabelecida entre os profissionais do PSF e as pessoas da comunidade nas questões relativas aos hábitos de vida e às práticas de saúde, é fruto das representações sociais que cada grupo possui sobre esses objetos. De acordo com Jovchelovitch (2008), essa dinâmica das representações está explícita no sistema de pensar e no conhecimento de mundo dos atores envolvidos, estando intimamente ligada àquilo que nos é familiar ou estranho. Significa que se aceita, entende-se e transmite-se tudo que faz parte do universo simbólico e refuta-se aquilo que causa diferença. Jovchelovitch ainda comenta que os atores sociais situados em diferentes posições do ciclo vital, em posicionamentos sociais diferentes ou diferentes períodos históricos e contextos de saberes, vêm a conhecer os mundos que eles habitam e ao mesmo tempo constroem.

Tanto a agente de saúde, o enfermeiro e o médico da ESF comentam que os costumes estão internalizados e mesmo diante da realização das

visitas domiciliares da equipe e das ações pontuais das agentes de saúde, percebem e alegam a dificuldade em mudar o comportamento de algumas práticas de saúde. São hábitos ligados ao uso da água, cuidados com crianças, utilização de fossas e cuidados que envolvem as doenças e alimentação relacionada com os problemas como hipertensão e diabetes, notificadas como as mais comuns nas comunidades do Baixo Madeira.

As pessoas, através do tempo, vão passando por transformações que naturalizam os hábitos, os modos de fazer e agir, e isso inclui a forma de conceber e tratar as doenças. Uma moradora e médica da família, cubana, comenta que algumas práticas culturais são difíceis de mudar, mesmo tendo o acompanhamento da equipe da ESF, o que lhe causa estranheza e a sensação de impotência, apesar do preparo profissional. Sobre isso, Moscovici (2005, p.54) afirma que “os universos consensuais são locais onde todos querem sentir-se em casa, a salvo de qualquer risco, atrito ou conflito. Tudo que é dito ou feito nas comunidades, apenas confirma as crenças e as interpretações adquiridas, corrobora, mais do que contradiz, a tradição”.

Cultura é entendida aqui para além das questões simbólicas, podendo ser entendida também como lugar de disputa e luta entre determinadas culturas e estratos sociais. Pode-se dizer que são todas as formas de atividade social, ou seja, de práticas sociais e relações culturais, que produzem modos de ser, tensões, conflitos, inovações e transformações, indo além das tradições e envolvendo também as inter-relações. Portanto, para entender a cultura local é necessário compreender as práticas culturais inseridas naquele contexto, e perceber os sujeitos não como meros receptores, mas como agentes produtores de cultura e representações.

Apesar da participação das mulheres ribeirinhas nos cuidados de saúde, os serviços de saúde direcionados às usuárias ainda são escassos e / ou inexistentes, dependendo da comunidade. Escassos no sentido de não oferecer às mulheres o atendimento básico, há ausência de profissionais especializados, de locais adequados para o atendimento e principalmente, não há o trabalho de promoção da saúde. Esse quadro resulta nas comunidades na presença de profissionais que, em sua maioria, estabelecem um distanciamento dos usuários, evitam interagir com os problemas que o

grupo apresenta, não proporcionam atividades de orientações na área de saúde e deixam velado, por meio de suas ações, que estão de passagem, reforçando a cultura da rotatividade profissional das equipes que atuam em áreas ribeirinhas mais afastadas.

O ribeirinho demonstrou nos resultados que está insatisfeito com os serviços de saúde que são oferecidos no lugar aonde vivem. Essa clientela de usuários está mais esclarecida, porém ainda pouco exigente; o medo entre os participantes, incluindo aqui os funcionários das unidades e administradores estava presente nos comentários, ao denunciar a forma como a saúde é tratada localmente, mas solicitam o anonimato, como única condição para poder se expressar de forma realística. Portanto, trata-se de um morador ribeirinho amedrontado, diante uma situação que considera limitante, em parte real e em parte imaginária, sobre a qual acredita possuir pouca influência, pois dificilmente cobra-se melhoria na atuação não só dos serviços de saúde, via secretaria municipal, conselho municipal de saúde e ministério público; igual funcionamento e reação ocorre diante de outros serviços na comunidade, como segurança e educação. Assim, a população apesar de perceber e sentir as deficiências no sistema de saúde sofre de forma silenciosa, mantendo uma aparente harmonia, buscando alternativas e itinerários de saúde mais convenientes e disponíveis diante deste cenário.

Os achados demonstram que o espaço ribeirinho apresentou algumas mudanças em sua estrutura social e econômica nos últimos anos, com a ajuda dos programas assistenciais do Governo e com o início do funcionamento da Hidrelétrica de Santo Antônio, e a inserção de novas tecnologias, que alterou a organização local. Isso reflete no modo de vida do grupo, pois a mudança requer que se estabeleçam novas formas de organização, novos modelos de desenvolvimento, o que implica numa mudança de valores ou nos resgates de valores perdidos em função de implementações de novos modelos econômicos. Essa é uma questão relevante para a área ribeirinha, uma vez que as comunidades possuíam alto índice de analfabetismo em 2014.

O ribeirinho não é somente aquele que nasceu no local, mas todos que residem na área, por opção ou outra questão para além da capacidade

de escolha, as influências da cidade nesse espaço aceleram as mudanças. Essa mudança está se dando principalmente pelo olhar feminino, ou seja, as mulheres estão dando o tom das mudanças, pois se mostram além de cuidadoras da família, mais participativas e, de alguma maneira críticas, sobre sua comunidade, elas querem melhorias em diversos setores relacionados ao trabalho, educação, energia, comércio e serviços de saúde, mas ainda pouco articuladas. E, assim, o cenário ribeirinho vai se configurando, com um “pé” na modernidade e o outro nas tradições locais; por isso, não perdem o vínculo comunitário, pois aqueles que saem para tentar a vida em outro local, voltam para participar da festa do santo padroeiro de sua comunidade, buscam a cura de enfermidades por meio dos especialistas das práticas de saúde tradicionais e eventualmente realizam partos com as parteiras da região.

A abordagem psicossocial da saúde e doença desenvolve-se em um momento, no qual a prática clínica é beneficiada por inúmeros recursos tecnológicos, ao mesmo tempo em que fica impotente diante dos problemas de comunicação entre médico e paciente, gerando processos diagnósticos por vezes frustrantes ou iatrogênicos, a partir dos quais são propostas terapêuticas frequentemente não consensuais, caras e de efetividade duvidosa (Tesser; Luz, 2002a). Esses autores denominaram as tensões e dilemas envolvidos na prática da biomedicina de crise de harmonia, atribuindo como origem a essa crise da postura epistemológica hegemônica na ciência, a qual se baseia na noção positivista de uma realidade objetiva passível de ser representada fielmente a partir da cognição.

A biomedicina, de forma errônea, reifica as doenças, as quais devem ser entendidas não como entidades definidas, mas como construtos do relacionamento médico-paciente que admitam situações não previamente estabelecidas na nosologia existente, sendo tais situações normalmente ignoradas como erros, anomalias, idiosincrasias, num processo de cegueira diagnóstica.

Assim, os especialistas de saber local vêm acomodando às formas de conhecimentos tradicionais novas influências. Nessa nova configuração, parece haver por parte dos ribeirinhos maior abertura aos limites impostos por outros hábitos de vida e saúde, por meio de novos conhecimentos

diferentes dos já realizados localmente, sobretudo em razão da implementação do saber advindo dos serviços de saúde praticados no espaço ribeirinho. Com isso, o papel de cuidadores tradicionais nessas comunidades, vivencia uma gradual mudança, podendo chegar ao desaparecimento, não só pela implementação dos serviços oficiais de saúde nesse espaço, mas também em decorrência das novas gerações, que demonstram menor interesse em aprender o ofício pela tradição.

Desse modo, desapareceriam os saberes tradicionalmente construídos e restariam as memórias. Todavia, sobrevive uma pequena parcela de pessoas que tem o interesse em continuar a desenvolver e manter as práticas originárias do grupo, como forma de preservar a identidade do conjunto social, por meio da escolha racional dos itinerários de saúde, que privilegiem o saber local, como por exemplo, o uso dos remédios caseiros e do benzimento. Caso isto ocorra, alguns dos conhecimentos dos especialistas poderia inclusive ser acessado junto à unidade de saúde das comunidades, como já o fazem informalmente, os profissionais que repassam aos usuários receitas de remédios caseiros, contribuindo para que sejam inseridos nos serviços de saúde da comunidade, de maneira formal.

Desapareciam por completo os rituais mágicos e religiosos, a religiosidade que é beleza mística-espiritual e a solidariedade nos processos de saúde, tão presentes no fazer dos especialistas de saber local. Um saber milenar que converge para compreensão do ser humano de forma mais integrada, que não foi articulado com “saber clínico”, cujo conhecimento do corpo é fragmentado, e não tem o interesse em manter um sujeito social que não se mova na busca de acumular lucro ou bens materiais, como é o caso das parteiras e benzedeiras, que não cobram pagamento pelos serviços, mas recebem doações e obtêm prestígio e respeito do grupo social, também como forma de compensação e legitimação de suas práticas.

Uma alternativa possível diante do atual processo de desumanização e tecnificação da biomedicina, segundo Tesser e Luz (2002b), seria adotar uma perspectiva epistemológica co-construtivista.

O co-construtivismo entende a realidade como o produto da interação do homem com o mundo, impossibilitando um acesso ao conhecimento

puro de uma realidade objetiva, mas incorporando as características estruturais do observador ao conhecimento que este constrói em um processo de cognição interagindo com o mundo que o cerca. Assim, a medicina teria a interpretação biomédica como uma abordagem das doenças e da terapêutica entre outras possíveis a serem co-construídas com as pessoas que ficam doentes, abrindo-se para as diferentes práticas de cura existentes na sociedade e para as experiências dos pacientes que não se enquadram nos diagnósticos pré-estabelecidos do instrumental teórico biomédico vigente.

A oposição entre os saberes já existe, e conflita no universo dos conhecimentos do senso comum e reificado, esse último revestido da racionalidade médica, em crise. O “saber clínico” necessita romper e desacreditar o pensar da população sobre o fazer desses personagens tradicionais, que lidam com os aspectos culturais, mágicos e religiosos, para que possuam a maior abrangência nas ações de saúde do grupo, por meio do domínio da técnica. O custo social da perda desse saber, implica além da perda de tradição, a perda do conjunto das relações sociais estabelecidas e a maneira com a qual o grupo social coparticipa das ações de saúde. Vislumbra-se que, apesar da crescente expansão do conhecimento reificado, e das especificidades nos cuidados de saúde aplicadas ao espaço ribeirinho, os sujeitos redefinem essa atividade como meio de sobrevivência, contribuindo para a autonomia no processo de escolha do itinerário de saúde e para o Desenvolvimento Sustentável, quando o grupo detém e preserva seus valores.

O campo da saúde tem ampliado o tradicional conceito de “bem-estar físico e mental” incluindo os campos da cultura, meio ambiente, educação e outros segmentos. Com o avanço do conceito, permanece o impasse no diálogo entre a medicina moderna e tradicional, esta última revestida da sabedoria popular, que inclui não só as questões do uso de ervas medicinais, mas também da religiosidade, da cultura dos relacionamentos interpessoais favoráveis aos cuidados e outros elementos participantes dos rituais de cura e de promoção de bem-estar. Trata-se de um cuidar que vai além do trato da enfermidade, um cuidar que começa pela mulher, passa pela família, pelo grupo, pela comunidade, pelo local onde ela mora. É um cuidar que vai do particular para o globalizado. É, portanto, um saber que

trata do cuidar humanizado, do cuidar solidário, que cria laços de parentesco e estabelece uma identidade para o grupo.

O cuidado praticado por especialistas locais enquanto terapêutica na resolução dos problemas de saúde

Os sujeitos que realizam os itinerários de saúde, por meio dos serviços ofertados pela unidade de saúde, buscam resolver os problemas mais prevalentes da comunidade ou, aqueles cuja causa é externa e o agente causador identificável, como ocorre, por exemplo, no caso da malária. No entanto, como se sabe, esses moradores também dispõem de serviços não oficiais, cuja rede é formada com base no estreitamento das relações interpessoais, e o seu percurso sofre a influência da família e dos amigos próximos e da igreja, seja no acesso à benzedeira(o) ou ao curandeiro. Esses elementos são considerados uma fonte valiosa, tanto em disponibilidade quanto em variedade de formas de apoio, mediadas principalmente pela proximidade entre os atores sociais. Constatou-se que a religião é um elemento psicossocial nas ações cuidativa de saúde ribeirinha. Assim, as pessoas católicas são as que mais recorrem em seu itinerário de saúde aos cuidados promovidos por uma benzedeira¹.

Diante de um traço singular comunitário e identitário, constatou-se que a maioria dos ribeirinhos acreditam que existem doenças que os médicos não conseguem tratar, entre essas estão doenças crônicas como o câncer e a aids e as de vertente mágico-religiosas, como o feitiço, quebranto e o mau olhado, cuja dimensão e vivência do adoecimento é místico-espiritual, mas normalmente atinge o físico, por meio de sintomas; estes por sua vez, podem ser tratados pelo médico, mas são melhor compreendidos por alguém que compartilhe do mesmo pensamento e dos elementos subjacentes à representação social.

O benzimento/benedura e os tratamentos submetidos às entidades espíritas obtidos por meio de uma benzedeira e curandeiro(a), respectivamente foram relatos por parte dos entrevistados, que conheciam essa

1 χ^2 significativo em 0,05.

prática como pertencentes às redes de apoio social e dos itinerários de cura e cuidado de saúde nas comunidades, enquanto uma alternativa terapêutica que os moradores e pessoas de outras localidades recorrem, levando a resolução de problemas para os que nela creem, cujas causas seriam consequências das relações interpessoais não harmoniosas. A racionalidade atrelada às questões místicas-espirituais, considera as doenças de causas não naturais, como fruto da interação pessoal ou com o ambiente inapropriadas. Por esse motivo, uma pessoa que compreende esse mecanismo de causalidade demonstra ser mais a indicada para tratar o problema.

De acordo com o tipo de doença e a disponibilidade da oferta de cuidados de saúde em outros itinerários, ou na falta desses dispositivos, o poder de cura nas comunidades fica centrado nas mãos de um especialista de saber local, que ao mesmo tempo é uma pessoa comum, um membro da comunidade, cuja chancela do conhecimento é considerado um atributo místico-espiritual; essa seria uma das possíveis razões da igreja para a falta de incentivo e concordância em relação à iniciativa das pessoas que optam por realizar esta alternativa de cuidado. Apesar de haver modalidades de conhecimentos distintas no grupo, alicerçadas no discurso religioso, que define as “coisas consideradas de Deus e do diabo”, prevalece a crença nos rituais de cura e a transmissão do saber popular que converge à prática; entretanto, o enfraquecimento se mostra gradual e de maneira significativa a longo prazo.

Observou-se que a escolha por esse itinerário de saúde é uma prática mais comum entre os católicos, que assumem e legitimam em seus relatos a busca pelos cuidados promovidos por benzedores, diferentemente do que fazem os evangélicos, que proíbem os fiéis de realizar esse itinerário, pois o compreende como manifestação diabólica, um atributo do mal. Assim, aos evangélicos que se “arriscam” realizando essas práticas nas comunidades, resta como opção o silêncio, o segredo, entre os membros da comunidade.

Por meio de estudo, Quintana (1999) esclarece que as benzeduras, assim como as terapias espíritas, estavam mais próximas da religião católica, do que dos pentecostais ou neopentecostais, portanto, tendiam a ser negadas em uma comunidade com forte influência evangélica. A pertença

do morador, principalmente à igreja evangélica, acaba por ser fator limitante à busca por um especialista de saber local nessas comunidades, como demonstram os relatos sobre o medo da descoberta. Porém, sabe-se que este dispositivo é acionado também por ribeirinhos praticantes desse segmento religioso, ainda que de forma velada, e com discursos carregados de negação. Esse aspecto da discrição contida no manifesto, ainda que sobreviva de forma latente, tem contribuído para a garantia da permanência de práticas que o grupo proíbe, mas que fazem parte da identidade cultural, e estão inseridas no pensamento social comum ao grupo.

Pode-se inferir que, nessas localidades é comum a procura e aderência dos “nativos” às práticas que possuem um caráter mágico-religioso, mesmo para aqueles que sofrem sanções proibitivas de pessoas próximas. Além disso, esse acompanhamento é feito de forma mais próxima, naturalmente baseada em laços de amizade e confiança entre os sujeitos, principalmente para os ribeirinhos que possuem criança no domicílio, cujos casos de quebranto e mau olhado ficam aos cuidados dos especialistas de saber local, tendo em vista que essas doenças não naturais são consideradas de difícil compreensão pelos profissionais da unidade. Para esses casos específicos, a via de cuidado de saúde passaria paralelamente por um especialista de saber local.

A influência limitadora por parte das igrejas, em razão dos preceitos existentes, pode se dar tanto no plano das práticas oriundas do saber popular, quanto nas de saber oficial de saúde, que sofrem implicações para a constituição de redes sociais comunitárias; o impacto causado à realização das atividades de saúde pode ser verificado também nas pesquisas de Ambrozio (2003), que as considerou um fator de desagregação da comunidade, e na de Silva, Scholze e Fagundes (2004), por meio dos relatos dos agentes comunitários de saúde, quanto a heterogeneidade das igrejas e seu papel como fator contrário à participação dos moradores em atividades de educação e promoção à saúde.

As igrejas também fazem parte do itinerário de cura e cuidado religioso; ressalta-se o caráter de manifestação popular dos cultos evangélicos, que teriam sua função terapêutica para a comunidade, menos pela identificação com o grupo que pela possibilidade de externar as frustrações que são

cotidianamente somadas como fatores de estresse. Esse sofrimento difuso na vida das classes populares, não expressado em outros contextos, ganharia coerência na vivência das igrejas evangélicas em concordância com a proposta do apoio social e a formação de rede social (Valla, 2000).

A maioria da população é de origem católica, mas com significativa sincretização de costumes, o que pode explicar a crença na cura de doenças por meio do benzimento, das ervas e dos rituais mágico-religiosos. A religiosidade, portanto, apresenta implicações diretas para as representações e práticas de saúde, pois é por meio do vínculo da fé com a igreja e seus membros que os problemas de diversas ordens são resolvidos, inclusive os relacionados à saúde.

A busca por cuidados de saúde junto aos especialistas de saber local é uma prática que emerge das representações sociais de saúde dos ribeirinhos, fruto de cognições sociais prevalentes no grupo. Nesse processo, os membros agem de forma naturalizada e as ações são interiorizadas e incorporadas no cotidiano. Durante a pesquisa de campo identificou-se que nas comunidades onde há acesso mais facilitado à medicação convencional, visitas regulares dos profissionais da ESF e a exames que normalmente são realizados na capital, disponibilizados pelo SUS à população, ainda há incorporação do uso das ervas medicinais e de hábitos religiosos e crenças ligadas à tradição local.

O reconhecimento social deve ser atribuído ao terapeuta tanto quanto a doença para possibilitar o sucesso do projeto terapêutico proposto. Somente aquelas pessoas socialmente reconhecidas como aptas para conduzirem determinado ritual objetivando a cura são capazes de construir junto com o doente uma explicação para sua enfermidade. O sofrimento pode se tornar tolerável, mesmo não curado, quando deixa de ser arbitrário e passa a integrar a história do paciente. As benzedeadas são um exemplo de figura dotada de um papel social atribuído pelo reconhecimento do grupo que lhe outorga as funções de cura, destinando seus rituais não apenas ao cliente, mas também ao grupo, pois o sucesso da cura reforça o grupo em seu universo simbólico. O reforço das ideias compartilhadas pelo grupo e a introdução da doença na história do paciente formam um sistema

integrado e coerente criado graças ao papel social ocupado pelo terapeuta (Quintana, 1999).

Esses hábitos fazem parte de um conjunto de normas e critérios contidos no conhecimento popular ou no saber do senso comum e incluem, por exemplo, o ato do benzimento como uma prática já internalizada na comunidade. Em determinadas comunidades tradicionais, os saberes, curas, benzimentos e promessas aos santos católicos, além de se apresentar como uma possível solução no momento da vivência de sofrimento e dor, demonstram a relação que as pessoas têm com a crença, a fé, a sabedoria popular, o respeito e conhecimento por aquilo que foi transmitido pelos mais antigos, principalmente por familiares próximos. Não raro, os participantes afirmam que esse conhecimento vem de seus antepassados e, que remetem à gênese dos cuidados praticados pelos indígenas. Assim, o uso de benzimentos, chás ervas, rezas e rituais de cura são práticas fortemente internalizadas no grupo, que são transmitidas de forma transgeracional e entre pessoas da mesma geração. Nesse sentido, ignorar essa sabedoria significa romper com a história de vida das populações do Baixo Madeira.

É quase unanimidade no cotidiano ribeirinho o uso de algumas das práticas populares de saúde, sendo comum a utilização do emplasto, da garrafada, das rezas ou do benzimento, realizados pelos próprios atores sociais ou por especialistas de saber local, em sua maioria mulheres. Essa equidade na realização de uma ação cuidativa, de forma providencial é ainda maior quando se refere a realização de remédio caseiro, por meio dos chás. Os parentes assumem papel fundamental na indicação e no repasse desses tipos de conhecimento acerca do remédio caseiro².

Os sujeitos católicos demonstram maior flexibilidade em seus itinerários de saúde, e de modo mais significativo usam os remédios caseiros a partir da indicação de um amigo. Como se analisa nas comunidades pesquisadas, é evidente a força dos remédios caseiros como o recurso terapêutico mais utilizado entre os atores sociais, os próprios sujeitos sabem como agir em relação aos cuidados de saúde, e eles próprios são responsáveis pelo

² χ^2 significativo em 0,05.

preparo dos remédios caseiros na prática cotidiana de cuidados de saúde. Destaca-se novamente o papel importante das mulheres do grupo, no preparo dos remédios caseiros e o de familiares ou parentes, como sendo os principais responsáveis pelo repasse desse saber entre os participantes, sobretudo entre aqueles que não completaram o ensino fundamental, parcela mais expressiva no grupo³.

Sartori (2002) observa que a medicina familiar era o primeiro recurso de saúde na comunidade rural pesquisada por ela, praticada primariamente pelas mulheres, a partir de sua experiência própria ou dos mais velhos. Segundo Sartori, a medicina familiar não conflitava com a medicina oficial, estabelecendo seus limites de forma bem definida como recurso para problemas de saúde leves ou simples, enquanto os graves eram destinados à atenção médica formal. Essa divisão que envolve os limites de atuação, ao considerar a gravidade dos casos também foi relato pelos ribeirinhos, apenas com o seguinte destaque: quando se foi desenganado pelos médicos ou quando esses não conseguem diagnosticar ou tratar efetivamente de um problema de saúde aspecto, recorre-se a um curandeiro nas comunidades ribeirinhas.

A maioria dos participantes já foi ao benzedor ou benzedeira, sendo as mulheres e as pessoas católicas as principais a percorrerem esse itinerário. Elencou-se alguns recursos terapêuticos mais utilizados nos cuidados de saúde dos ribeirinhos, entre eles destacam-se os que conjugam a medicina popular em associação ou não com a medicina alopática, como a associação feita de antibiótico (aminoxilina) com o óleo da andiroba, indicados para os casos de inflamações na pele, uma delas muito recorrente no grupo, denominada de panarício, que acomete a estrutura epitelial entre a unha e o dedo do sujeito. O preparo da medicação se dá a partir da combinação dessas substâncias, por meio de mistura, seguida pela aplicação no local da inflamação. Os recursos elencados demonstram fazer parte do repertório de escolha cotidiana entre os participantes, e compõem os itinerários terapêuticos de saúde praticados nas comunidades.

3 χ^2 significativo em 0,05.

Salienta-se a fecundidade do estudo qualitativo, como abordagem complementar aos dados obtidos por meio do questionário. No próximo capítulo serão apresentadas algumas possibilidades interpretativas e de síntese teórica dos achados, tendo como base a teoria das representações sociais, nas perspectivas estrutural e processual, bem como as proposições teóricas sobre as práticas alternativas e complementares de saúde.

9. SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO: SABERES EM INTERRELAÇÃO NAS COMUNIDADES DO BAIXO MADEIRA

O objetivo central dessa pesquisa foi o de compreender as relações estabelecidas entre as representações sociais e as práticas populares de saúde no contexto ribeirinho. Conforme Sá (1994) o estudo das representações sociais deve envolver o produto e o processo da constituição de uma representação, assim como suas ligações às práticas sociais, garantindo que o aspecto cognitivo da representação social emerge efetivamente da vida social cotidiana. Este trabalho possibilitou identificar concepções e práticas de cuidado e saúde presentes nas comunidades ribeirinhas do Baixo Madeira, contextualizando-as na diversidade e complexidade psicossocial existente no grupo social.

A construção representacional da saúde em uma perspectiva psicossocial envolve o pensar, o fazer e as crenças desse grupo, e se expressa nas questões comunitárias ligadas ao ambiente geográfico e seus desafios, nas questões religiosas que estabelecem uma relação entre fé e saúde, nas relações culturais, inscritas nos hábitos cotidianos, nas tradições e nas relações interpessoais que podem contribuir para uma melhor qualidade de vida.

Desta forma, foi possível compreender os sentidos e as intencionalidades da escolha dos itinerários de saúde, por meio das práticas populares de cuidado de saúde naquele contexto, focalizando elementos psicossociais capazes de expressar convívio, diferenças, necessidades e a formação de redes de solidariedade. Foi possível problematizar a relação entre o saber biomédico e o saber popular em saúde, identificando aproximações, oposições, paralelismos e complementaridades, além de melhor compreender as relações estabelecidas entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, num contexto de crescente coexistência e hibridização entre diferentes saberes e práticas de cuidado de saúde.

É possível inferir que a renda mensal por família está relacionada ao maior acesso as informações de saúde e doença, ao saneamento básico, aos

serviços de saúde e aos atendimentos realizados por profissionais da equipe de saúde.

As consequências das dificuldades de acesso aos serviços podem acarretar problemas aos usuários para a obtenção dos medicamentos, receber visitas regulares da equipe, bem como realizar exames necessários quando requeridos, especialmente para os moradores da comunidade de Demarcação, que estão localizados num lugar muito distante da capital e de poucas opções de transporte.

O autocuidado de saúde e cuidado com o outro nas situações de adoecimento são práticas mais associadas ao grupo feminino nas comunidades ribeirinhas, reafirmando o observado em comunidades urbanas. Os cuidados de saúde e a mobilização das redes sociais de apoio estão centrados na mulher, assim como elas também são as principais responsáveis pelos benzimentos, partos e rituais de cura. As práticas populares de saúde são desenvolvidas, principalmente, pelas mulheres, por meio da fitoterapia, largamente utilizada e divulgada na comunidade, ao buscar ajuda ou informações em situações de saúde-doença, o que por sua vez contribui para o estreitamento das relações dos membros da rede social (GUEDES et al., 1996).

Os rituais de tratamento e cura a partir dos especialistas locais se traduzem em saberes e práticas que foram adquiridos através de gerações, por meio da comunicação existente nas interações sociais e, especialmente, familiares. São hábitos que acabaram sendo solidificados, mantidos e partilhados dentro das comunidades e, mesmo com a introdução de novas formas de consumo e saberes reificados, as antigas formas de cuidado acabaram integrando o sistema simbólico partilhado pela comunidade. Portanto, a benzedura, os rituais de cura, o uso de remédios caseiros e o parto domiciliar são integrantes dos cuidados de saúde, assim como da memória do grupo.

Moscovici (2004) discute e inclui as crenças cotidianas na categoria de ciência, questionando o privilégio que pequenos grupos fazem das verdades científicas. Essa perspectiva permite atribuir reconhecimento e valor aos conhecimentos, dizeres e saberes dos ribeirinhos numa lógica contra

hegemônica. A experiência e sabedoria que as pessoas da comunidade têm dos remédios caseiros e de outras práticas de cura e de bem-estar biopsi-cossocial são socialmente partilhadas, o que lhes atribuem um caráter de representação social. Moscovici (2004) afirma ainda que não se sabe ao certo quando inicia, como são geradas e nem de onde vem as ideias que, aos poucos, vão se tornando comuns e partilhadas ao ponto de se tornarem representações. Por terem origens distintas são consideradas híbridas e isso quer dizer que:

as pessoas que partilham de um conhecimento no decorrer de sua vida cotidiana não ‘raciocinam’ sobre ele e não conseguem colocá-lo diante de si como um ‘objeto’ ou analisar seus conteúdos colocando-o a certa distância para ‘observá-lo’ sem que eles mesmos estejam implicados nisso. (MOSCOVICI, 2004, p. 203).

A comunicação oral, nesse contexto, constitui-se em ferramenta de construção de conhecimento próprio das comunidades, que congrega múltiplas vozes, saberes e subjetividades produzindo uma multiplicidade de olhares sobre a saúde e colocando como central o papel das comunicações no processo de formação e transformação das representações sociais. Ao colocar a comunicação oral na origem do processo representacional, Moscovici (2004) considera a teoria essencialmente dialógica; isso quer dizer que as representações implicam na possibilidade de inovação e negociação, devido ao seu caráter dinâmico. Pode-se perceber que, por meio dos efeitos da comunicação e de algumas interferências dos meios midiáticos em campanhas e programas educativos, são observadas transformações nos modos de viver e fazer saúde das comunidades, especialmente no que se refere à medicalização da saúde.

Nas práticas de benzedura, como noutras tradições de cura e cuidado, uma linguagem é construída, indo ao encontro da necessidade humana de ordenar e interpretar a realidade ao selecionar quais aspectos desta devem ou não ser significativos (Quintana, 1999). O apoio social promovido pelas redes que conectam solidariedade e saúde contribui para o sucesso das ações

tradicionalmente realizadas por especialistas tradicionais. Essas linguagens comuns construídas nas manifestações sociais envolvendo o processo saúde-doença são representações sociais, formas de conhecimento socialmente elaboradas para servirem à comunicação em um grupo que partilha funções simbólicas e ideológicas.

As representações sociais envolvem tanto conteúdos estáveis, como dinâmicos, combinando conteúdos antigos mantidos pelas pressões do grupo com produtos da ciência transmitidos pela mídia. O conhecimento prático objetivado nas representações sociais, em sua diversidade e contradição, serve a funções sociais, afetivas e cognitivas. Desse modo, acontecimentos estranhos podem ser inseridos nas representações preexistentes, sendo concretizados pelo processo de objetivação, de modo a serem transformados em novos elementos da realidade simbólica. Paralelamente são elaboradas estratégias para preservar as identidades ameaçadas pelos novos eventos, sejam coletivas ou individuais (SPINK, 1993).

Numa perspectiva sócio-antropológica de análise do processo denominado de itinerário terapêutico o sujeito que busca cuidados de saúde e seu grupo social procede a escolha, avaliação e utilização ou não de determinada terapêutica ou cuidado, influenciado pelo contexto imediato sociocultural.

As primeiras teorias voltadas para os itinerários terapêuticos, denominado “comportamento do enfermo” (*illness behavior*) baseavam-se na ideia de avaliação das escolhas de tratamento de saúde em termos de custo-benefício, adotando uma orientação individualista e pragmática, segundo a qual as pessoas buscam satisfazer suas necessidades de saúde racionalmente, determinada por uma lógica de consumo, cujo modelo era considerado utilitarista e demasiadamente atrelado ao modelo biomédico, incluindo uma interpretação coletivista ligando a satisfação das necessidades aos condicionantes financeiros. Estes estudos utilizaram a racionalidade do modelo biomédico para explicar as escolhas envolvidas nos itinerários terapêuticos e formam uma abordagem de caráter positivista (Alves; Souza, 1999; Cabral et al., 2011).

Novos estudos enfatizaram a identificação de aspectos culturais, sociais e cognitivos dos sujeitos em relação à utilização dos serviços de

saúde, como forma de compreender o comportamento de escolha por serviços e ações de saúde. Sugiram, então, os modelos explicativos que tomam em conta as concepções sobre a enfermidade e as formas de tratamento empregadas no processo clínico, e que vão definir qual setor do Sistema de Atenção à Saúde será acionado no processo de cuidado. Esses sistemas de atenção à saúde são constituídos por três setores que caracterizam práticas de cuidado de naturezas diversas: o profissional, constituído pelas práticas formais de exercício da medicina (biomedicina, homeopatia, etc), o popular (cuidados caseiros, autocuidado) ou o *folk* (práticas místicas e religiosas de cuidados). (Kleinman, 1980).

Essa abordagem do itinerário terapêutico possui um caráter mais dinâmico, que trata a procura de serviços de saúde como um processo social não só influenciado pelos dispositivos biomédicos existentes, mas também pelos recursos leigos e pelas redes sociais.

Sobre o comportamento e fatores que influenciam a utilização de serviços de saúde, Biddle et al., (2007), observa que duas diferentes abordagens se destacam: uma dominante e de cunho positivista, que procura caracterizar as diferenças entre usuários e não usuários por meio da definição de um “perfil do usuário”, com padrões de comportamentos relativos ao uso de serviços e em termos de facilitadores ou barreiras (psicológicas, geográficas, estruturais, etc.) para o acesso; e outra, de caráter dinâmico, que trata a procura de serviços de saúde como um processo social não só influenciado pelos dispositivos biomédicos existentes, mas também pelos recursos leigos e pelas redes sociais. Nesta abordagem o comportamento do enfermo é observado do ponto de vista de “como os sintomas são interpretados e gerenciados por indivíduos e pela comunidade”.

É com base nessa última abordagem mais dinâmica, na qual o comportamento do enfermo é observado do ponto de vista de como os sintomas são interpretados e gerenciados por indivíduos e pela comunidade, em relação aos cuidados de saúde identificados como necessários e ao uso de serviços.

Trata-se de uma abordagem que considera todas as práticas implicadas na recuperação da saúde e que permite uma reflexão sobre acesso/

organização de serviços associada à reflexão sobre percepção e comportamento do paciente. Assim, os diversos enfoques possíveis na observação de itinerários terapêuticos permitem conhecer melhor o comportamento e a realidade do paciente e podem subsidiar processos de organização de serviços de saúde e gestão, na construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas, mais favoráveis a adequação da rede assistencial, por meio de um olhar ampliado por parte dos profissionais de saúde sobre o universo cultural dos usuários (Cabral et al., 2011).

A partir das análises dos resultados, os achados indicam que o itinerário de cuidado ribeirinho se dá de acordo com significados culturalmente construídos no grupo, sendo esse cuidado construído interligando os três setores de atenção à saúde, descritos por Kleinman (1980) – profissional, familiar e *folk* – e não se aplica de forma estável ou linear. Contudo, as formas como as pessoas interpretam a doença determina o cuidado a ser procurado. O itinerário ocorre em etapas sempre acompanhadas de avaliações de decisões e de resultados, seja quando se decide ir ao médico ou procurar por uma benzedeira. No entanto, identificou-se o predomínio de busca por solução dos problemas de saúde principalmente no setor profissional, apesar dos setores popular e *folk* também serem utilizados. Portanto, não há linearidade no tratamento de escolha.

Nesse sentido, identificou-se que os itinerários de cura e cuidado também são determinados pelas limitações no acesso aos serviços formais de saúde, sendo o autocuidado (setor informal, familiar) relatado por quase todos os entrevistados, enquanto uma característica marcante do grupo social ribeirinho. Os percursos também são influenciados pela cobertura da assistência pública de saúde local e pela disponibilidade (ou não) de serviços e recursos, tais como transportes de emergência, insumos e atendimento médico e de enfermagem.

Parte dos usuários procuram recursos de saúde dos três subsistemas – o profissional (poucos sujeitos na amostra incluem a combinação público-privado), o informal e o popular (significativos nos casos que envolvem as doenças que os médicos não conseguem tratar, sobretudo as de caráter mágico-religioso e aquelas que acometem principalmente as crianças).

Desse modo, diversos arranjos e diferentes conhecimentos são utilizados nas práticas de cuidados de saúde, entre eles se destaca a justaposição dada ao saber reificado e o popular, empregados em diferentes circunstâncias, entre elas na superação de lacunas do acesso e da integralidade da atenção.

Na análise de fatores sociais que definem o percurso do itinerário terapêutico, a associação entre situações de vida, pobreza e saúde possui implicações diretas na escolha dos cuidados feitos pelos sujeitos e famílias ribeirinhas, sobretudo as de baixa renda. A utilização de terapêuticas médicas e não médicas (caseiras) no enfrentamento das situações de adoecimento é uma prática comum e frequentemente realizada no grupo social ribeirinho, sendo que essas estratégias de enfrentamento compreendem as relações a partir de familiares, vizinhança e outras redes solidárias.

A origem dos saberes e conhecimentos do grupo social ribeirinho advêm de seus antepassados e são compartilhados e reelaborados através das gerações, como afirmam os relatos dos moradores da comunidade. São ensinamentos baseados na experiência e na construção de uma explicação ou “teoria” própria para compreender o processo saúde-doença, que ao longo do tempo tornou-se um patrimônio cultural e imaterial para aquelas pessoas. Por outro lado, não se pode desconsiderar o embate que se constrói entre o senso comum e o conhecimento científico que, nas comunidades estudadas, é representado pela equipe de saúde que acompanha a comunidade. Esse encontro de vozes e imagens oriundas de lugares distintos se concretiza na comunicação, que produz a objetivação da experiência em imagens, saberes e memórias que formam o senso comum. Esses aspectos sinalizam a importância dos processos de ancoragem e objetivação para o caráter mais funcional da representação de saúde e doença, devido à proximidade do grupo com o objeto representado.

Isto significa que, ao lado de uma vivência no passado, estabelece-se uma mudança no presente, com tendência ao estabelecimento de uma relação com o pós-moderno. O que se observa neste um perfil de representações que comporta, ao mesmo tempo, conteúdos arcaicos e elementos fragmentados do saber reificado, num processo de integração de lógicas diferentes de pensamento. No que se refere ao saber reificado, considera-se

que, como aponta Oliveira et al (2010), este é apropriado e retraduzido do conhecimento científico pelo conhecimento socioprofissional, conformando uma nova modalidade de conhecimento que entra em relação com o senso comum. Dessa forma, a lógica que se estabelece comporta, ao mesmo tempo, ir ao serviço de saúde e utilizar remédios alopáticos e, paralelamente, se benzer, usar plantas e chás, orar e recorrer ao curandeiro.

O pensamento social comporta diferentes tipos de representações sociais e Moscovici (1988) as diferencia em três categorias principais: hegemônicas, emancipadas e polêmicas. As representações sociais hegemônicas são aquelas mais homogêneas, estáveis, consensuais e não questionáveis, sendo consideradas como um reflexo da realidade externa e não como valores ou percepções (Vala; Castro, 2013). As representações sociais emancipadas são produzidas pela interação e debate entre diferentes subgrupos; são mais plásticas e permitem a interação entre diversos segmentos da sociedade. Por fim, as representações sociais polêmicas resultam do conflito entre visões opostas de grupos antagônicos e que procuram ser mutuamente excludentes (Moscovici, 1988; Vala; Castro, 2013).

As representações sociais de saúde e doença dos ribeirinhos não possuem em seus núcleos elementos característicos da promoção da saúde e os determinantes sociais da saúde, porém apresentam como representação de subgrupos alguns elementos que convergem para uma perspectiva preventiva de saúde, que sugere uma mudança progressiva na representação de saúde. Contudo, o modelo médico hegemônico, biomédico, centrando na doença e na figura do médico e no atendimento, é preservado e replicado pela Unidade de Saúde da Família e repassado entre os atores sociais da comunidade. Os elementos constituintes das representações de saúde e doença indicam algumas dimensões - pragmática-biomédica e afetiva - confirmando um atributo funcional e normativo da representação no grupo estudado.

A origem e descrição dos objetos foram consensuais entre os grupos delineados, de modo que a partir desse instrumento podemos falar em representações emancipadas a respeito de saúde e doença (Moscovici, 1988; Vala; Castro, 2013). Isso significa dizer que estas são compartilhadas por

diferentes subgrupos de um grupo ou sociedade, o que não implica afirmar que não haja ambiguidades ou tensões no que se refere ao fenômeno representado, e sim que algumas características desse são suprimidas em benefício de outras (Bonomo; Souza, 2013; Moscovici, 1988).

A síntese entre diversos tipos de saberes disponíveis no cotidiano reflete na coexistência de formas diferentes de saber no mesmo campo representacional e resulta no que Moscovici apresenta como polifasia cognitiva (Kampalakis; Haas, 2008). “A polifasia cognitiva refere-se a um estado em que registros lógicos diferenciados inseridos em modalidades diferentes de saber coexistem em um mesmo indivíduo, grupo social ou comunidade” (Jovchelovitch, 2004, p. 20).

Essa mistura, que pode parecer irracional ou ilógica ao observador externo, cumpre funções e responde a necessidades individuais e grupais. Tais racionalidades distintas não se mostram necessariamente em grupos diferentes, ou em contextos diferentes. Elas podem existir lado a lado, sendo que os indivíduos lançam mão de um ou outro saber em função das circunstâncias particulares em que se encontram e dos interesses particulares em um dado espaço e tempo (Jovchelovitch, 2004).

As representações sociais em questão envolvem dois objetos distintos, tratam-se de representações coordenadas, que envolvem dois diferentes objetos, mas se referem a um *thema* estrutural que as distingue, ao mesmo tempo, por oposição de complementaridade. Não são objetos simétricos, já que não se pode obter a representação de um objeto pela negação ou ausência dos elementos da representação do outro.

A presença de um é definida pela ausência de outro, de modo que estes se complementam, pois pensar em saúde se apresenta de modo consensual no grupo como a ausência de doença. De acordo com Flament e Rouquette (2003), as representações sociais coordenadas implicam na relação entre duas representações sociais envolvendo uma conjunção, na medida em que elas partilham elementos centrais, sendo que a partilha de elementos faz com que uma representação ative a outra, uma vez que parece difícil pensar na saúde sem fazer referência à doença. O contrário também se aplica.

Considera-se que a noção de saúde depende de um prisma de leitura da realidade e pode ser compreendida a partir de uma contextualização social e cultural. Saúde e doença, mais do que estados físicos do indivíduo, implicam em normas e valores e, como tal, são dependentes da cultura e dos conhecimentos partilhados por um grupo ou uma sociedade (Adam; Herzlich, 2001). Nesse sentido, os ribeirinhos se referem à saúde, por meio de elementos que evidenciam a prevalência do paradigma biomédico, centrado nos atendimentos de saúde, modelo esse vigente e difundido nas comunidades sobre os quais recaem inúmeras denúncias acerca da inadequação das estruturas de saúde e desequilíbrio nas relações com os profissionais dos serviços de saúde ofertados nessas localidades.

Essas representações denotam a forma idealizada no pensamento comum do grupo sobre saúde, objetificada por meio das cognições *amor* e *paz*. Esses elementos estão alinhados com os aspectos voltados às interações, com foco na dimensão afetiva, que se estabelecem por meio das relações proximais entre os ribeirinhos, e formam a noção de saúde cujo caráter é mais idealizado, e possivelmente se daria por meio do vínculo e da harmonia entre os sujeitos do grupo.

Como se pôde notar, a representação de saúde possui para os ribeirinhos além da ausência de doença no corpo um caráter idealizador; isso ocorreu a partir dos elementos *amor* e *paz*. São elementos que tentam reproduzir a maneira como os ribeirinhos sentem-se quando estão saudáveis ou desejariam sentir-se (em um estado de *amor* e *paz*), cuja noção de saúde seria resultante dessa combinação. Esses elementos podem indicar a harmonia, tão valorizada e almejada nas falas e nas interações sociais entre os ribeirinhos, geradoras de saúde na comunidade.

Os elementos apontam noções de saúde e doença reveladoras de um contexto em que os serviços oficiais de saúde demonstram fragilidades e as distâncias geográficas impõem barreiras na efetivação das ações de saúde. Desse modo, a percepção idealizada de saúde aparece como forma de enfrentamento do medo e do desespero que as doenças provocam no grupo social ribeirinho. Observou-se que as representações sociais de saúde e doença compartilham elementos, dentre eles *Deus*, enquanto uma

dimensão místico-espiritual, que apresenta um caráter de fé e religiosidade atrelados às questões de saúde e doença - enquanto um aspecto marcante no pensamento social das comunidades.

O estado de *paz* se refere a ausência de conflitos nos relacionamentos internos ao grupo social próximo ou naquele que se estabelece com os profissionais de saúde, além da ausência de ruídos corporais (doença). As representações convergem à necessidade do uso de tecnologias leves, aplicadas pelos serviços de saúde e profissionais e, portanto, essa ação ideal deveria ser desenvolvida no plano real, entretanto identificam apenas a execução de ações associadas ao uso de tecnologias leve-duras, que dependem basicamente do saber profissional e determinam a limitação desses para atuar por meio do vínculo humanizado e resolutivo, imprescindível para a mudança do atual modo de produção da saúde (Oliveira, 2010).

Na representação social de saúde foi possível observar a presença de elementos atitudinais que denunciam a condição de descaso com o sistema de saúde, valorizam positivamente a definição de saúde, bem como a condição de estar saudável, e indicam a necessidade de melhorias dos serviços e na infraestrutura de saúde local. Na representação social de doença, observam-se elementos atitudinais que relatam a dificuldade na condição de adoecimento, tendo-se, portanto, um posicionamento negativo em relação a doença e ao sistema de saúde. Há diversidade nos conhecimentos e modalidades de cuidados de saúde empregados pelo grupo, porém isto não vem acarretando necessariamente uma mudança nas práticas cotidianas, pois as características peculiares da racionalidade biomédica, com foco na doença, são vistas nas estruturas representacionais de saúde e doença do grupo.

Conforme propõe Abric (2003, p. 50), “se as atitudes dependem das representações sociais, então uma modificação de representação deve provocar uma mudança de atitude”. Para tanto, essa mudança de posicionamento diante dos objetos exigiria ações a partir de políticas públicas sanitárias de saúde mais acessíveis e eficazes, além de maior investimento em tecnologias relacionais aplicadas aos serviços e aos profissionais de saúde, de modo mais favorável à mudança representacional do grupo social pesquisado.

Numa perspectiva de análise da relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, privilegiar-se-iam nas ações cuidativas praticadas pelos profissionais, o que Merhy e Franco (2007) denominam de tecnologias relacionais (leves e leve-duras), responsáveis pela alta resolutividade dos serviços de saúde, uma vez que esta relação está centrada na comunicação interpessoal, proporcionando maior proximidade, objetivadas no afeto pouco presente nas ações cuidativas em saúde.

Foi possível observar que as representações de saúde e doença para os ribeirinhos acompanham o perfil das práticas, não somente àquelas que se dão a partir da relação entre usuários e os serviços oficiais, como se poderia imaginar num primeiro momento, mas entre as pessoas que cuidam do outro ou buscam o cuidado de um especialista local. Desse modo, os cuidados de saúde praticados pelos ribeirinhos entre si, ocorrem cotidianamente com pessoas consideradas mais acessíveis, por meio das práticas populares realizadas naquele contexto. São sujeitos que nelas creem e delas fazem uso, seja junto à família, à igreja e aos especialistas locais.

Tratam-se de ações revestidas de investimento no vínculo e no conhecimento prévio entre os participantes, como é o caso de um especialista cuidador e do sujeito cuidado, favorável ao maior equilíbrio na relação entre os atores sociais, sob o enfoque nas necessidades dos sujeitos, pautado na escuta e interação de saberes e práticas, imprescindíveis à concretização de um cuidado integral.

Desta forma, o ato de benzer, rezar, preparar o remédio caseiro, orientar, realizar rituais de cura, são ações cotidianas que ocorrem fora dos limites institucionais, nos serviços que envolvem os especialistas da comunidade e os ribeirinhos no estabelecimento de relações proximais e por meio da junção de diferentes saberes, que são acionados com base em critérios definidos pelos próprios sujeitos, e formam o conhecimento do senso comum.

Observa-se, ainda, que a população pesquisada mantém a incorporação do uso das ervas medicinais nas suas práticas cotidianas de enfrentamento dos males de saúde. Esse conhecimento prático faz parte de um conjunto de normas e hábitos de cura e cuidados contidos na sabedoria

popular que envolve a saúde e incluem o ato do benzimento e rituais de cura como ações cuidativas já internalizadas nas comunidades do Baixo Madeira. Dessa maneira, essas alternativas e seus usos são transmitidos não somente entre gerações, como também entre os membros da mesma geração, pares da mesma idade. Ignorar essa sabedoria é romper com a história de vida dos povos ribeirinhos.

As principais dificuldades percebidas pelos ribeirinhos sobre o sistema de saúde, apreendidas por meio do emprego de diferentes técnicas, que isoladamente não permitiriam a apreensão do fenômeno pesquisado. De modo geral, as análises referem à inadequação da estrutura física nos serviços, indisponibilidade de insumos, dificuldade de acesso a exames complementares, dificuldade de comunicação entre usuário e a equipe, deficiências na estrutura física para realização das consultas, exames, de grupos de adesão e de atividades educativas, sobretudo na comunidade de Demarcação, localidade na qual esses problemas eram mais prementes. Verificamos equipes incompletas, sem recursos e sem a devida formação, além da dificuldade para a obtenção de serviços especializados, como exames laboratoriais, comprometendo o princípio da integralidade.

Nas comunidades as práticas religiosas realizadas por membros da igreja, benzedeiros e curandeiros apresentam uma relação muito próxima com a saúde. Observamos que os pedidos para Deus e aos Santos católicos estão relacionados a problemas de saúde que, em muitos casos, têm difícil solução ou não são compreendidos sob a lógica biomédica. Nesses casos, o itinerário de saúde feito pelo ribeirinho recorre a diferentes instancias, em razão da experiência de adoecimento, a principal via a ser percorrida refere-se aos cuidados em família e amigos próximos, igreja, unidades de saúde e profissional de saúde e, de modo complementar ou alternativo aos conhecimentos e práticas advindas de um especialista de saber local, que normalmente é morador da comunidade.

A ordenação do trajeto dos cuidados de saúde depende da emergência do contexto e passa pela experiência de adoecimento, que pode ter características místicas e/ou corporais. As observações realizadas remetem ao entendimento de que as questões de saúde nas comunidades do Baixo

Madeira não estão restritas somente à relação com o setor de saúde, ou seja, as instituições e a equipe da ESF, mas envolvem subjetividades individuais e coletivas e, sobretudo as relações interpessoais estabelecidas entre os ribeirinhos.

Identificou-se uma rede de saúde oficial fragilizada, enquanto um dos elementos que compõem o itinerário terapêutico dos ribeirinhos do Baixo Madeira. Isso se deve, em parte, a falta de divulgação adequada dos serviços nas comunidades, da atuação profissional verticalizada sem a responsabilização das equipes, cuja rotatividade dos profissionais é alta e a participação social dos moradores em conselho de saúde é quase nula, resultando em um afastamento dos sujeitos das comunidades. Concorde-se com Scholze, Silva e Fagundes (2004, p. 136), ao problematizar as possíveis maneiras de reajustar o PSF, enquanto itinerário na rede social de apoio no sistema de saúde:

No sentido de gerar novas práticas em saúde, aplicando uma noção de saúde ampliada, o diálogo com a comunidade é essencial, esta condição *sine qua non* para mudanças mais viscerais no sistema de saúde a partir do PSF esbarra na perpetuação de características programáticas e verticalizadas. Para isso também contribui a limitação do desenvolvimento de uma responsabilização por parte das equipes e dos usuários diante da rotatividade de profissionais que não receberam capacitação adequada, trabalhando em comunidades que não são estimuladas para a participação social, sob a forma de Conselhos Locais de Saúde.

A combinação dos aspectos citados auxilia a compreensão do contexto ribeirinho e das diferentes racionalidades imbricadas nos cuidados de saúde praticados nas comunidades. Nesse contexto cabe considerar alguns processos que exerceram influência sobre a estrutura representacional de saúde e doença, com práticas populares de cuidado desenvolvidas pelos sujeitos do grupo em complementaridade, ou alternância, à busca de tratamento oficial nas resoluções dos problemas de saúde.

São as formas assumidas pela atividade social, ou seja, das práticas sociais e relações culturais, que produzem modos de ser, tensões, conflitos,

inovações e transformações, indo além das tradições e envolvendo a relação entre os membros do grupo ou interações com os órgãos elaboradores de políticas. Assim, a percepção acerca dos aspectos que envolvem as representações de saúde e doença e sua relação com as práticas populares de cuidado foi construída, em parte, pela seleção e difusão das ações relativas ao cotidiano da saúde.

A polaridade atribuída às práticas populares realizadas por benzedeiros e curandeiros demonstram uma dicotomia no pensamento social do grupo: coisa de Deus *versus* coisa do Diabo. Mais do que refletir dois horizontes representacionais organiza um pensamento dicotômico, ambivalente em relação as práticas realizadas por especialistas do saber local, propondo um confronto de ideias que pode ser compreendido a partir do conceito de *themata*, criando uma fonte de tensão (Marková, 2006; Vala; Castro, 2013). Ao pensá-las em função da dicotomia “Deus *versus* Diabo”, esses rituais de cura polarizam-se em termos do bem e do mal.

A implicação dos participantes nas práticas populares de saúde mostrou-se nos diferentes discursos sobre o cuidar da saúde, com relatos que se reportam as experiências cotidianas para tratar dos males, especialmente por meio de um especialista de saber local, cujas práticas envolvem aspectos místico-espirituais.

Nesse contexto, observa-se uma síntese de diferentes formas de saber, mesclam-se diferentes itinerários de saúde, por meio da combinação de elementos da sabedoria popular e do saber biomédico, tais como medicações alopáticas e remédios caseiros, com a assimilação do conteúdo científico relativo à medicina moderna e da medicina tradicional. Embora possa parecer uma prática ilógica, ela cumpre funções na resolução de problemas de saúde e doença de indivíduos e grupos. Nesse caso, pode-se dizer que revela uma apropriação do cuidado de saúde enquanto experiência vivida no grupo de modo alternativo e complementar.

Numa perspectiva estrutural, Abric (2003) identificou dois tipos de relações entre as representações sociais, as de encaixe e as relações de reciprocidade. Nas de encaixe, as relações são fundadas sobre uma hierarquia, sobre a dependência de um objeto em relação a outro, assim, um objeto de

nível “inferior” compreende o objeto “superior” como um elemento em seu sistema central. De outro modo, representações de encaixe que retomam o objeto “superior” são não-autônomas; estas se referem ao mesmo tipo de valor, diferenciando-se na dimensão funcional do sistema central. A relação de reciprocidade refere-se a duas representações que contêm cada um dos objetos sociais a que se refere presente no sistema central da outra representação, mantendo os elementos normativos específicos de cada representação. Ainda sob a análise da perspectiva estrutural, outra contribuição relevante é a comparação entre representações, uma vez que elas serão distintas apenas se o núcleo central tiver composição significativamente diferente (Sá, 1998).

De acordo com o proposto por Flament (2001), as mudanças ocasionadas nas circunstâncias externas à representação acarretam mudanças nas práticas identificadas como irreversíveis e, em função disso, acarretam a transformação da representação. A transformação das representações pode ocorrer por mudanças ocasionadas na relação do grupo com o objeto, nas relações intergrupais ou em outras mudanças do contexto social (Moliner, 2001). Flament (2001) afirma que a introdução de elementos externos ao contexto da representação pode ocasionar mudanças irreversíveis nas práticas dos sujeitos e, conseqüentemente, acarretar a transformação da representação, numa relação de reciprocidade. Em complemento ao nível de análise das representações estudadas, sugere-se como hipótese uma relação de reciprocidade e autonomia entre as representações sociais de saúde e doença, sustentada pelas análises dos achados.

Diante dessas assertivas teóricas, observou-se o uma relação de entre representações e práticas, e propõe-se como mudança às estruturas representacionais dos objetos saúde e doença, a reformulação das práticas profissionais de saúde, por meio de um modelo de atenção e serviços de saúde mais resolutivos, que promovam a integralidade das ações e as trocas de saberes, como um modo de reformular a noção de saúde e doença produzidas e compartilhadas localmente no grupo social formado por ribeirinhos. É a partir das circunstâncias externas, por meio da oferta dos serviços de saúde baseada nas ações de prevenção e promoção de saúde, nas relações de vínculo e interações mais humanizadas entre profissionais

e usuários das comunidades, que será possível mudar as representações dos usuários acerca do modelo de saúde vigente.

Por fim, as representações identificadas se mostraram predominantemente funcionais de caráter pragmático e normativa de caráter efetivo, pautadas no discurso técnico-científico, com elementos que envolvem um caráter idealizado de saúde e dramático de doença. Esses aspectos aparecem por meio de elementos que são imperativos ao grupo social, constituindo-se como subsídio para intervenções profissionais na promoção da saúde e na mudança representacional, com base em ações mais efetivas voltadas ao modelo preventivo e integral, aplicadas aos usuários dos serviços de saúde, moradores de comunidades do Baixo Madeira.

A oferta de saúde, portanto, configura-se no desafio de levar em conta a realidade diferenciada destas comunidades, consonantes às representações sociais de saúde e doença sob à ótica dos ribeirinhos, por meio de um trabalho pautado nos dilemas socioeconômicos, nas relações do grupo, no território e nas fortalezas nele existentes. Para o enfrentamento desse desafio, coloca-se a necessidade de ampliar o acesso à assistência à saúde, promovendo a melhoria da qualidade das ações de saúde no território.

10. ENTRELAÇAMENTO DOS SABERES CONSENSUAL E REIFICADO NOS CUIDADOS DE SAÚDE RIBEIRINHO

Para além dos aspectos críticos acerca da realidade de saúde/doença dos ribeirinhos enfatizados, percebemos que um trabalho de campo robusto como o apresentado, para ser realizado, muitas vezes não depende só da habilidade dos pesquisadores envolvidos, mas também de que sua proposta seja aceita pelo grupo. Nesse sentido, nos sentimos agraciados por esse gesto de aceitação e acolhimento vividos nas comunidades do Baixo Madeira, ao longo das idas e vindas necessárias para a execução desta obra. Nossa relação com os ribeirinhos, portanto, não se limitou apenas ao protocolo de pesquisa, mas foi delineada em uma relação afetiva e identitária que provocou um sentimento de maior admiração e gratidão ao grupo, especialmente por sua capacidade de enfrentamento dos problemas e pela resiliência contidas nas ações oficiais e extraoficiais realizadas pelos sujeitos em seu cotidiano.

Consideramos a possibilidade de realização deste livro um presente, que nos foi dado pelos ribeirinhos, de forma sincera e única, e que se refletiu no modo como fomos tratados, na riqueza dos dados recolhidos, especialmente, na simplicidade de pessoas que nos proporcionaram o entrosamento e fluidez por todo processo de pesquisa. Diante dos resultados, observamos de modo mais próximo as condições socioeconômicas e físicas em que vivem, as dimensões psicossociais e culturais que envolvem a saúde e a doença e os cuidados promovidos nas comunidades ribeirinhas do Baixo Madeira, os quais se expressam em atitudes, comportamentos, valores e crenças dos grupos que ali vivem, ou seja em representações sociais dos atores sociais envolvidos nos diferentes processos que envolvem os itinerários de saúde praticados.

Desse modo, a abordagem socioantropológica do itinerário terapêutico é útil para compreensão da assistência pública no sistema de saúde local, bem como dos modelos de cuidados empreendidos pelos usuários,

além de contribuir para o entendimento das formas pelas quais as visões de mundo e projetos de cura de diferentes saberes, cultos religiosos e crenças são de fato incorporados à experiência cotidiana dos indivíduos e seus familiares. A leitura dos itinerários expressa a preocupação em conhecer as iniciativas dos usuários dentro de um campo de possibilidades, geradas por situações concretas de dificuldade ou por facilidade de acesso ou incapacidade do serviço em atender determinadas demandas e diante da forma como as pessoas utilizam os serviços formais de saúde. Assim, compreender o itinerário terapêutico dos ribeirinhos contribui para a ação humanizadora na saúde (Cabral et al., 2011).

Nesse sentido, constatou-se que uma parcela significativa das famílias, por questões socioeconômicas limitantes, não acessa a estrutura de saúde local em sua totalidade; boa parte não possui capital financeiro para a realização de atendimentos de saúde em outras localidades, e fato semelhante ocorre em relação aos medicamentos prescritos pelos médicos, que por vezes não são disponibilizados pelas unidades básicas de saúde para distribuição gratuita. Entretanto, possuir melhores condições de trabalho, renda e escolaridade pode facilitar o acesso dos ribeirinhos aos profissionais de saúde e suas especialidades.

Por outro lado, se percebe que nem sempre os tratamentos convencionais oferecidos pelas instituições oficiais de saúde correspondem aos interesses, possibilidades e necessidades dessas pessoas, dada a sua forma de organização social, econômica e cultural. Essas situações, muitas vezes, levam os sujeitos a buscarem outras estratégias de tratamento e cura, mais compatíveis com as suas disponibilidades e anseios, a partir do que acreditam ser indicado para determinado tipo de adoecimento, como é o caso do quebranto, do mau-olhado e do feitiço. Igual situação observa-se quando a comunidade precisa buscar por atendimentos em outras localidades e não o fazem devido às limitações financeiras, optando por uma alternativa disponível localmente, seja por meio do tratamento de cunho popular, realizado por pessoas próximas e/ou da família, ou por especialista de saber local, ao recorrer ao sistema *folk*.

Uma característica comumente observada, que determina as redes de apoio e o percurso feito nos itinerários de saúde, são os laços de proximidade e amizade entre os ribeirinhos. Isto se estabelece em nível de sistema oficial de saúde, que define inclusive a satisfação dos usuários com os atendimentos prestado e em nível das práticas tradicionais de cuidados; em ambos os casos, os itinerários baseiam-se nas interações sociais, na partilha de crenças e valores imbuídos nas relações interpessoais entre moradores e os agentes cuidadores, sejam eles da USF e/ou especialistas locais.

Observa-se nas comunidades estudadas a tendência de combinar os saberes reificado com o popular, em alternância ou paralelismo para o enfrentamento dos problemas de saúde-doença. Vive-se um momento de transição das práticas populares e *folk*, que faz coexistir o saber e a tradição dessas mesmas práticas ao lado da oferta e da utilização de serviços orientados pelo saber reificado e pela medicalização da saúde. São, portanto, de diferentes tipos as representações sociais de saúde e doença que permeiam o cotidiano das comunidades, não se percebe um conhecimento único ou pensamento estático, mas dinâmico e plural ancorado na fé em Deus, nas crenças nos remédios caseiros e nos especialistas locais, nas manifestações culturais, e nas relações que estabelecem com as estruturas formais de saúde e com o saber reificado. Portanto, a manutenção das práticas tradicionais de saúde, com o uso das ervas medicinais, emplastos, garrafadas, benzimentos e outros rituais de cura, estão em concomitância com as prescrições e incorporação do saber biomédico. Todavia, se estabelece com esse último, relação de “dependência”, alimentada por uma mentalidade tecnicista, própria da racionalidade médica hegemônica, fortemente difundida nas ações dos profissionais de saúde como única alternativa viável, que centraliza a doença como elemento estruturante de seu paradigma (Luz, 1997a, 2003).

Observamos o entrelaçamento dos saberes consensual e reificado, descritos por Moscovici, presentes nas diferentes práticas de saúde desenvolvidas pelo grupo social ribeirinho, a partir das representações de saúde e doença, que possuem em seus núcleos comuns as dimensões místico-espiritual, pragmática-biomédica e social, cujos elementos estruturantes que dão forma ao conhecimento socialmente compartilhado que foram

ativados, denunciam o descaso existente na saúde local de comunidades ribeirinhas. Segundo os relatos, Dona Preta, a curandeira mais conhecida da região do Baixo Madeira, reconhece esta conexão a partir do momento em que define não só a indicação de remédios caseiros e alopáticos, bem como a contraindicação das ervas.

A utilização de chás, ervas, emplastos e garrafadas que, ao mesmo tempo em que expressam um traço cultural, se apresentam também como uma alternativa à ausência dos serviços oficiais de saúde. Nesse sentido, verificamos que esta população usuária das práticas populares, geralmente se beneficia com as soluções que se mostram favoráveis ao tratamento para os problemas cotidianos de saúde, em função da interação e proximidade existente entre os atores sociais que as realizam.

Ainda sob a égide que a interação social possui nos cuidados de saúde ribeirinho, destaca-se a partir da experiência da pesquisadora na vida acadêmica e profissional no campo da saúde e dos achados do livro, a importância desse fator para a eficácia do serviço oficial de saúde, cujas respostas aos problemas nem sempre satisfazem a população, que procura por outras ações cuidativas, por vezes complementares e alternativas ao sistema oficial, sobretudo quando as dimensões a serem cuidadas são de cunho místico-espiritual.

Ademais, parte dos atendimentos realizados pelos profissionais da ESF na atenção básica não surtem o efeito desejado do ponto de vista do usuário, seja pela escassez de recursos materiais, físicos ou humanos, seja pela dificuldade no processo comunicacional que impossibilita a detecção das reais necessidades do sujeito ou pela falta de capacitação profissional no que tange ao conceito de clínica ampliada. Pensamos que esses fatores, associados a outros elencados de ordem social e cultural, contribuem para que as práticas populares continuem sendo produzidas e difundidas nas populações estudadas, suprindo, na maioria das vezes, as deficiências e ações do SUS, que são pensadas para atender a uma parcela considerável da população brasileira, que em sua maioria não reflete o contexto das populações que habitam a floresta e as margens do rio. Acreditamos que tal fato esteja associado, não somente às dificuldades econômicas e de acesso

aos serviços oficiais, mas se encontram nas raízes histórico-culturais das comunidades do Baixo Madeira.

O traço característico existente nas práticas de cuidado ribeirinho que inclui os diferentes saberes, é reforçado pela proposição de que todos os seres humanos, independentemente de raça, cultura ou classe social, adquirem e constroem o saber socialmente compartilhado, inclusive o de cuidar da saúde, nas diferentes culturas ou etnias. Concordamos com Alvim (2006) quando afirma que “não existe uma verdade absoluta em nenhuma manifestação do saber, incluindo o saber médico e o tradicional de saúde. Essa verdade é sempre relativa, se a entendemos como histórica e como fruto das relações sociais”. Portanto, as diferentes modalidades de cuidados de saúde são possuidoras de racionalidades específicas, de sentidos e significados distintos atribuídos às práticas.

De acordo com Luz (1997b, 2013) essas racionalidades coexistem de fato em nossa cultura, às vezes de maneira conflituosa, às vezes de maneira pacífica e mais ou menos integrada, frequentemente de modo híbrido ou sincrético, tanto em termos teóricos como empíricos, isto é, justapondo ou integrando numa “colagem” prática aspectos conceituais de distintas racionalidades. Esse processo se verifica tanto nas práticas e representações tanto dos agentes institucionais (médicos-profissionais) como nas dos usuários, envolvidos nos processos de diagnose, terapêutica e cura, e nas atividades definidas como “saúde”.

Ademais, concordamos com Madeleine Leininger (1985) quando diz que não existe uma única maneira de se fazer a ciência da saúde e que as práticas realizadas pela sabedoria popular oferecem uma resposta concreta aos interesses e às necessidades que a população possui, necessidades estas nem sempre atribuídas ao baixo custo ou ao fácil acesso dessas práticas, mas que consideram as tradições e as culturas do saber local, que incluem a formas de se relacionar. Assim, as rezas e chás e outros rituais de cura feitos por especialistas de saber local fazem parte do dia a dia de muitos moradores, via única, complementar ou alternativa dos cuidados de saúde.

Quando se avança, entretanto, na direção das práticas, valores e representações de saúde dos indivíduos, grupos e coletividades que compõem o

pensamento social, tem-se que mencionar a multiplicidade e a diversidade de modelos, discursos, práticas e representações nela presentes, ligados a saberes tradicionais ou atuais, a sistemas médicos complexos ou a terapias descoladas de uma racionalidade médica específica e justapostas a outras, originárias de contextos culturais diferentes (Luz, 2003).

Desse modo, as práticas populares de saúde das comunidades ribeirinhas constituem-se como um saber único na região estudada em virtude das influências externas que as atravessam: da flora, da fauna e do saber humano, que nela interagem. Por serem específicas do Baixo Madeira, o saber popular de saúde difundido reserva sua particularidade, em decorrência dos fatores psicossociais, socioeconômicos, geográficos e naturais próprios dessas localidades amazônicas.

Reconhece-se a importância da sabedoria popular no cuidado à saúde, principalmente para uma população que não tem acesso aos tratamentos convencionais e estão distantes dos grandes centros, pela compreensão da necessidade de se manter os traços culturais identitários expresso no modo de vida, presentes no autocuidado dos ribeirinhos.

Observamos que os ribeirinhos vivenciam um momento mais intenso de transição no que concerne aos hábitos cotidianos de vida e dos costumes tradicionais; essa mudança ocorre há tempos, é movida pelos ciclos econômicos e políticos do estado de Rondônia e o surgimento de novas tecnologias. Esse modo de vida peculiar, que antes era naturalmente mais cultivado e praticado a partir das tradições, gradualmente incorpora novos nuances e tecnologias, o que inclui a influência do modo de vida urbana e o conhecimento científico. No entanto, tal transição não é exclusiva do modo de vida ribeirinho e impacta praticamente todos os lugares do planeta. Essa mudança reflete diretamente na forma como concebem e praticam os cuidados de saúde e tem relação direta com os processos de significação e representação que foram construídos ao longo da vida.

As transformações que ocorrem nas comunidades não diferem muito da realidade urbana, a exemplo dos casos de gravidez e abuso precoces do álcool e outras drogas ao público adolescente. Bancos de dados do SUS e pesquisa acadêmicas (Cedaro; Vilas Bôas; Martins, 2012) mostram, por

exemplo, os riscos aos quais os adolescentes se submetem também em áreas urbanas, pois mesmo conhecendo os métodos anticoncepcionais e de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, iniciam a vida sexual expondo-se a riscos. Portanto, esses fenômenos são frequentes em muitos ambientes urbanos brasileiros, incluindo a cidade de Porto Velho. Além do mais, a gravidez precoce (inclusive fruto de incesto) é algo frequente nessas comunidades. Talvez tenha sido até mais prevalente em outrora. Um outro fator identificado no trabalho, muito comum em áreas urbanas é o fato de serem as mulheres quem mais recorrem a hospitais ou similares; esse aspecto implica na necessidade de ações de orientação de saúde ao público masculino, a fim de amenizar a discrepância apresentada sobre a coparticipação nos cuidados de saúde a partir do público masculino.

O trabalho ainda apresenta algumas mudanças que se fazem nítidas, relacionadas ao índice populacional que se diferencia do apresentado em outras localidades, sobretudo no meio urbano, como o que revela o maior número de crianças e menor de idosos, que ocorre no distrito mais isolado, que é Demarcação. Pode-se inferir que as comunidades de mais fácil acesso aos ambientes urbanos também facilitam que seus idosos migrem por causa de problemas de saúde decorrentes ao envelhecer e também recorram mais a métodos contraceptivos, incluindo a interrupção de gravidez. Desse modo, o acesso à saúde quando facilitado, se apresenta como uma fonte de recursos favoráveis aos cuidados localmente realizados, sem a necessidade premente de buscá-los fora, como ocorre frequentemente com a população de Demarcação.

Por meio dos excertos destacam-se as palavras “gente” e “comunidade” que mais se sobressaíram nas entrevistas. A fim de ampliar a compreensão sobre a importância e dimensão que possuem esses *lexos* naquele contexto, tais palavras podem ser trocadas pelo pronome “nós”, ou seja, o “eu” tão frequente encontrado, quando se solicita para que as pessoas falem de si, dos seus problemas, de sua saúde, marca do individualismo de tempos contemporâneos, não se sobrepôs ao senso de pertencimento a um lugar, a um espaço coletivo. A partir desse achado, percebe-se alguns elementos relevantes que enfatizam os “laços de amizade e a confiança existente entre

os sujeitos”, enquanto uma forma de se ajudarem e se protegerem mutuamente, sobretudo quando o assunto é cuidado de saúde.

Apesar das divergências existentes no grupo, o empenho empregado para a manutenção e coesão do grupo, ainda prevalece. Outro ponto ganha destaque, nos trechos comuns das entrevistas, trata-se da palavra “médico”, denotando o quanto a falta desse profissional repercute negativamente nas comunidades isoladas, levando a preocupações com o possível término de políticas públicas, como o programa “Mais Médicos” (que sensivelmente trouxe mais apoio a essas pessoas); esse aspecto também revela como o sistema de saúde em comunidades ribeirinhas ainda está sustentado numa profissão específica, que geralmente é compreendida naquele contexto, como a única e central na área da saúde. Por outro lado, há menção frequente nessas comunidades que privilegia as figuras locais responsáveis pelos cuidados de saúde, assim como também se encontra entre várias etnias indígenas, a quem traz a “boa palavra”, a “boa conversa”, denotando que existe o reconhecimento acerca da importância de pessoas que se preocupam com questões intersubjetivas da comunidade quando o assunto se refere à saúde, de modo a valorizar idosos, cuidadores/curadores tradicionais. Enfim, alguém que ajude a apaziguar o mal-estar inerente ao convívio humano.

Compreende-se no presente trabalho, que as pessoas das comunidades ribeirinhas se adaptam aos fluxos da natureza e do trabalho e, neste processo sociocultural, fazem suas escolhas (pesca, plantio, colheita e por cuidados de saúde), que ainda reservam singularidades em relação a outras populações, em determinadas circunstâncias contextuais. Contudo, nessas comunidades marcadas por influências de fatores contextuais, o entendimento, o respeito à crença, os valores e as atitudes relacionadas às práticas de saúde carecem de ser atendidas como parte de uma identidade cultural; esse aspecto é essencial para promoção da saúde e manutenção da qualidade de vida dessas populações.

A partir dos achados, percebe-se a necessidade de os profissionais da equipe de saúde atuarem nessas localidades, de maneira mais atenciosas às implicações de saúde originadas a partir das questões socioeconômicas, culturais, religiosas e, principalmente pautadas na importância que as

interações pessoais assumem sobre a percepção e no fazer em saúde dos ribeirinhos. O aperfeiçoamento dessas ações contribui para ir além de um diagnóstico tecnológico e do repasse do modelo biologizante, ao favorecer a qualidade do vínculo e a integralidade nas ações de saúde realizadas nessas comunidades. Ademais, os achados encontrados ampliam a noção de saúde e favorecem sua compreensão a partir da ideia de sujeitos coletivos, inseridos num contexto singular, ou seja, indo ao encontro a conceitos que valorizam aspectos ecológicos quando se pensa no bem-estar em qualidade de vida, que precisam estar articulados com a ideia de sustentabilidade e pertencimento ao lugar.

Apontamos como limitação deste trabalho a ausência de dados empíricos acerca da representação social das práticas de saúde realizadas nas comunidades ribeirinhas sob o enfoque dos profissionais que atuam em unidades de saúde do Baixo Madeira, que possam promover uma comparação dos achados, além de estudos que analisem a representação do cuidado prestado por especialistas de saber local em diferentes contextos, além do ribeirinho. A limitação apontada se deve à escassez de estudos sob esses enfoques.

A proposição inicial de que as representações sociais de saúde e doença são formadas por meio da junção de diferentes saberes que convergem às práticas de saúde existentes nas comunidades ribeirinhas foi confirmada, como demonstram os processos psicossociais que formam as representações de saúde e doença, a partir dos quais são produzidas e repassadas transgeracionalmente, observados ao longo da investigação. A polissemia de discursos e práticas se mostra relevante, não apenas para os psicólogos sociais, mas para todos os estudiosos e profissionais de diversas áreas do conhecimento que se interessam pelos estudos da saúde, da doença, da cultura e das políticas públicas. Cabe considerar ainda, como limitação, a ausência de estudos comparativos entre as representações sociais de saúde e doença desenvolvidos no ambiente social ribeirinho, a fim de confirmar ou refutar os achados.

Por fim, acredita-se que o conteúdo aqui exposto contribua para o conhecimento acerca do contínuo saúde-doença, em comunidades ribeirinhas mais afastada, sobretudo que contribuam para a reflexão de

profissionais de saúde, como agentes participativos na transformação social da realidade de saúde praticada junto às comunidades rurais ribeirinhas.

Essas reflexões demandam ações de saúde mais alinhadas à execução de projetos de desenvolvimento e adequação de políticas públicas, especialmente voltadas ao perfil comunitário, ajustadas à identidade local e singularidades existentes nesses contextos, ou seja, ações de saúde mais coerentes às necessidades dos grupos.

Uma vez que essas transformações ocorram gradativamente na prática local de saúde, as representações sociais do grupo social ribeirinho também sofrerão mudanças, o que, por sua vez, gerará transformações nas atitudes e na relação que esses sujeitos estabelecem com o próprio sistema de saúde. A transformação positiva daquilo que foi constatado como frágil e, por vezes, excludente, e a manutenção daquilo que, nestas páginas se evidenciou como um patrimônio cultural e a própria essência do grupo. Contudo, poderá possibilitar ajustes na realidade de saúde praticada localmente, levando em consideração a junção dos diferentes saberes, consensual e reificado, que se convergem nos cuidados de saúde ribeirinho e, evidenciam a força das tradições presente no pensamento social do grupo.

É inenarrável o prazer da realização de um trabalho como esse e ter a companhia de você como leitor.

Referências

ABRIC, J. C. Représentationssociales: aspects théoriques. *In*: ABRIC, J. C. (Org.) **Pratiques Sociales et Représentations**. Paris: PUF, 1994. p.11-35.

_____. A abordagem estrutural das Representações Sociais. *In*: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Eds.), **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB Editora, 2000. p.27-38.

_____. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. *In*: P. H. F. CAMPOS; M. C. da S. LOUREIRO. (Orgs.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: UCG, 2003. p. 37-57.

ADAM, P; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da Medicina**. Bauru: EDUSC. 2001. 144 p.

AFFONSO, A. G.; BARBOSA, C.; NOVO, E. M. L. M., Water quality changes in floodplain lakes due to the Amazon River flood pulse: Lago Grande de Curuaí (Pará), **Brazilian journal of biology**, v. 71, n. 3, p. 601-610, 2011.

AGUIAR, G. F. S., Nutrição e adaptação humana em áreas de pesca na Amazônia : sugestões para políticas em saúde, **Bol. Mus. P ara. Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, Belém, v. 1, n. 2, p. 129-138, 2006.

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. *In*: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 1999. p.125-138.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comum. Saúde Educ.**, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, 2005.

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A.; CABRAL I. E.; FILHO, A. J. A. O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. **Rev. Latino-am Enfermagem [online]**, v. 14, n. 3, p.1-9, mai-jun, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a03.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2013.

ALMEIDA, A. M. O. A pesquisa em representações sociais: proposições teórico-metodológicas. *In*: SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ALMEIDA, Leda

Maria de. **Diálogos com a teoria das representações sociais**. Pernambuco: UFPE, 2005.

AMOROZO, M. C. M. Abordagem etnobotânica na Pesquisa de Plantas medicinais. *In*: DI STASI, L. C. (Org). **Plantas medicinais: Arte e Ciência**. *In*: **Um guia de estudo interdisciplinar**. São Paulo: EDUSP, 1996. p.47-68.

AMBROZIO, S.S. **A comunicação na Mobilização Social:** Um estudo sobre a realidade da comunidade de broqueiros da Barra. 2003. 70 f. Monografia (Bacharelado em Comunicação Social- Habilitação em Relações Públicas) -Centro de Ciências Humanas e da Comunicação. Universidade do Vale do Itajaí, Balneário Camburiú. 2003.

BIDDLE L., Donovan J., Sharp D., Gunnell D. Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: A dynamic interpretive model of illness behaviour. **Sociology of Health & Illness**, v. 29, n. 7, p. 983-1002. 2007.

BONOMO, M.; SOUZA, L. Representações hegemônicas e polêmicas no contexto identitário rural. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v.31, n.2, p.402-418, 2013.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de assistência farmacêutica. **Fitoterapia no SUS e o programa de pesquisas de plantas medicinais da central de medicamentos.** Brasília: (DF): MS, 2006a. p.9-28.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia em Insumos Estratégicos. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Brasília: M.S., 2006b.

_____. Decreto n. 6040, de 7 de fevereiro de 2007. Instituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. **Diário Oficial da União**, 8 fev. 2007, Seção 1, p. 316.

_____. Ministério da Saúde. **Políticas de promoção da equidade em saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégicas e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CABRAL, A.L.L.V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no BRASIL. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 16, n.11, p.4433-4442, 2011.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrn=iso>. acessos em 12 ago. 2021. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.

CAPRA, Fritjof. Ponto de Mutação. A ciência e sociedade e a cultura emergente. 17. ed. Cutrix. São Paulo: 1996.

CEDARO, José Juliano; VILAS BÔAS, Luana Michele da Silva; MARTINS, Renata Moreno. Adolescência e sexualidade: um estudo exploratório em uma escola de Porto Velho - RO. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n.2, p.320-339, 2012.

COHEN-CARNEIRO F. et al., Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil : estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari, **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 25, n. 8, p. 1827-1838, 2009.

COHEN-CARNEIRO F. et al., Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1122-1130, 2010.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, abr. 2008. Disponível em: <www.determinantes.fiocruz.br>. Acesso em: 21 dez. 2013.

COUTTS, S. J.; COOMBES, A., Pterygium: prevalence and severity in an Amazonian ophthalmic setting, Brazil, **Rev. Bras Oftalmol.**, v. 71, n. 6, p. 372-376, 2012.

CPRM - SERVIÇO GEOLÓGICO DO BRASIL. **Relatório da Administração 2014**. [Brasília], [2014]. 133 p. il. color.

CUNHA, N. F. L.; SABÓIA, S. M. N. Ervas: uma terapêutica no campo da Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 34 n.3 /4, p. 269-313, 1981.

DIEGUES, A. C., Etnoconservação da natureza: Enfoques alternativos. *In*: DIEGUES, A.C. (Org.). **Etnoconservação: Novos rumos para a conservação da natureza**. São Paulo: Hucitec, 2000. p.1-46.

DOISE, W. Les representations sociales: définition d'un concept. **Connexions**, v.45, p.243-253, 1985.

_____. Da psicologia social à psicologia societal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 18 n.1, p. 27-35, 2002.

ELISABETSKY, E. Etnofarmacologia. **Ciência e Cultura**, v.55, n.3, p.35-36, 2003.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. *In*: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FARMER, P. An Anthropology of Structural Violence. **Current Anthropology**, v.45, n.3, p. 305-325, jun. 2004.

_____. On Suffering and Structural Violence: A View from below. **Race /Ethnicity**, v. 3, n.1, p.11-28, 2009.

FERREIRA, L. S. C. et al, Soroprevalência do vírus linfotrópico de células T humanas em comunidades ribeirinhas da região nordeste do Estado do Pará, Brasil, **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 1, n. 3, p. 103-108, 2010.

FLAMENT, C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. p.173-186.

FLAMENT, C.; ROUQUETTE, M.-L. **Anatomie des idées ordinaire**: comment étudier les représentations sociales. Paris: Armand Colin. 2003.

FREITAS, D. B., SILVA, M.J., GALVÃO, C.E.F. A relação do lazer com a saúde nas Comunidades Quilombolas de Santarém. **Revista Brasileira de Ciência e Esporte**, v.30, n.2, p.89-105, jan. 2009. Disponível em: <<http://www.rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE/article/view/438>>. Acesso em: 19 jan, 2014.

GALVÃO, E. **Santos e visagens**: um estudo da vida religiosa de Itá, Baixo Amazonas. 2.ed. São Paulo: Ed. Nacional, 1951.

GIATTI, L. L.; CUTOLO, S. A., Acesso à Água para consumo humano e aspectos de saúde pública na Amazônia Legal, **Ambiente & Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 93-109, 2012.

GUEDES, M. V. C. et al. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: SILVA, Y. F.; FRANCO, M. C. **Saúde e doença**: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis: Papa-Livro, 1996. p.75-96.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Tradutores: Claudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HERZLICH C. **Santé et maladie, analyse d'une représentation sociales**. Réédition. Paris-La Haye:Mouton; 1991.

JODELET, D. **Folies et Représentations Sociales**. Paris: PUF. 1989.

_____. **As representações sociais**. (Org.). Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

_____. Représentations sociales : un domaine en expansion. In: JODELET, D.(sous la direction de). **Les représentations sociales**. 7e éd. Paris: PUF, [1989] 2003.

_____. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

JODELET, D.; MOSCOVICI, S. Les représentations sociales dans le champ social. **Rev. Int. Psychol. Soc.**, v.3, p.285-288. 1990.

JOVCHELOVITCH, S. Representações Sociais: saberes sociais e polifasia cognitiva. In: Cultura e Pesquisa. **Edu. Cadernos**, Blumenau, n.2, p.45-78, set. 2001.

_____. Psicologia social: saber, comunidade e cultura. **Psicologia e Sociedade**, v.16, n.2, p.20-31, 2004.

_____. **Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura.** Petrópolis: Vozes, 2008.

KAMPALIKIS, N., HASS, V. More than a theory: a new map of social thought. **Journal for the Theory of Social Behaviour**, v. 38, n. 4, p. 449-459. 2008

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science and Medicine**, v.12, p.85-93,1980.

LAPERRIÈRE, H. Práticas de enfermagem em saúde coletiva nos contextos de pobreza, incerteza e imprevisibilidade: uma sistematização de experiências pessoais na Amazônia, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, número especial, p. 1-9, 2007.

LEININGER, M. A relevant nursing theorie: transcultural care diversity and universality. *In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM*, 1., 1985, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1985. p.232-276.

LIMA-COSTA M. F., & BARRETO S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.12, n.4, p.189-201,2003.

LOBO, M. A. A., et al, Avaliação econômica de tecnologias sociais aplicadas à promoção de saúde: abastecimento de água por sistema Sodus em comunidades ribeirinhas da Amazônia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p.2119-2128, 2013.

LOYOLA, M. A. Médicos e Curandeiros: Conflito Social e Saúde. São Paulo, Difel, 1984.

LOYOLA FILHO, A I. et al. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.1, p.55- 62, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14 maio 2013.

LOUREIRO, J. J. P. **Cultura amazônica: uma poética do imaginário.** São Paulo: Escrituras Editora e Distribuidora de Livros Ltda, 2001.

LUZ, M. T. A cultura contemporânea e medicinas alternativas: Novos paradigmas em saúde no fim do século XX. PHISIS: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.13-43, 1997.

_____. As novas formas de saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. A ciência como cultura do Mundo Contemporâneo: a utopia dos saberes das (bio) ciências e a construção midiática do imaginário social. **Sociologias**, Porto Alegre, v.15, n.32, p.236-254, jan/abr 2013.

_____. **Natural e Racional, Social: Razão médica e Racionalidade Científica Moderna.** Rio de Janeiro: CAMPUS, 1997.

MACHADO, F. S. N. et al., Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia : experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS, **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 1, p. 247-254, 2010.

MARCONI, M. A., LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente**. Petrópolis: Vozes. 2006.

MENDONÇA, S. M. et al. Etnobotânica e o saber tradicional, *In*: FRAXE, T. J. P.; PEREIRA, H. S.; WITKOSKI, A. C. (Orgs.). **Comunidades ribeirinhas amazônicas**: modos de vida e uso dos recursos naturais. Manaus: EDUA, 2007. p.91-105.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde**. Niterói: UFF, 2007.

MIRANDA E. D., LIRA K. S., ALENCAR A. B, & Oliveira, A. R. C. Atividade Física do Trabalho Versus Atividade Física do Lazer: A Falta de Informação e Incentivo em Populações Ribeirinhas do Médio Solimões. **Sau & Transf. Soc**, v.3, n.1, p. 55-58. 2012.

MOLINER, P. Formation et stabilisation des représentations sociales. *In*: MOLINER, P. (Ed.). **La dynamique des représentations sociales**. Grenoble: PUG, 2001. p.15-41.

MOREIRA, K. F. A. et al. Parteiros ribeirinhas de Calama – Porto Velho/RO e o VEPOP-SUS: o encontro de saberes. **Extensão em Foco**, Curitiba, n. 3, p.79-88, jan./jun. 2009. Editora UFPR. 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/extensao/article/view/24858>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

MOSCOVICI, S. **La Psychanalyse, son image et son public**. Paris: PUF. 1961/1976.

_____. A representação social da psicanálise. *In*: **A representação social da Psicanálise**. Trad. de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar1978. p.41-81. 1978.

_____. On social representation. *In*: FORGAS, J. P. (Ed.). **Social Cognition**. London: European Association of Experimental Social Psychology/ Academic Press, 1981. p.181-209.

_____. The phenomenon of Social Representations. *In*: FARR, R. M.; MOSCOVICI, S. (eds). **Social Representations**. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p. 3-69.

_____. Notes towards a description of social representations. **European Journal of Social Psychology**, v.18, p.211-250, 1988.

_____. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. *In*: JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. p.45-66.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Tradução de Pedrinho Guareschi. 8.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

NASCIMENTO SILVA, M. G. **Espaço Ribeirinho: migração nordestina para os seringueiros da Amazônia**. 1996. 172f. Dissertação (Mestrado em 1996). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

NASCIMENTO, M.C. Medicamentos, Comunicação e Cultura. *In: **Mídia e saúde pública, v.10 (sup), p.179-193, ano. II 29/2/2008***.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Documentos básicos**. 26.ed. Ginebra: OMS, 1976.

OLIVEIRA, R. C. O trabalho antropológico: olhar, ouvir e escrever. **Revista de Antropologia**, São Paulo, USP, v. 39, n.1, p. 13-37, 1996a.

OLIVEIRA, D.C. Representações sociais e práticas cotidianas: a busca de definição. *In: **A promoção da saúde da criança: Análise das Práticas Cotidianas através do Estudo de Representações Sociais***. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 1996b. p. 27 - 40.

_____. Representações Sociais e Saúde Pública: A Subjetividade como Partícipe do Cotidiano em Saúde. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, Edição Especial, p.47-65,2000.

_____. Um olhar sobre o tempo: como o paradigma “biológico” migrou para o “social”. *In: Oliveira, D. C. **A enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber/fazer das representações sociais***. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro-UERJ (Tese de Professor Titular), 2001. p.29-57.

_____. A teoria de representações sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. *In: ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.; Trindade, Z.A. **Teoria das Representações Sociais 50 Anos***. 1.ed. Brasília: Technopolitik, 2011. p.585-624

OLIVEIRA, D. C. et al. Análises das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. *In: PAREDES, A. S. **Perspectivas Teórico-Metodológicas em representações sociais***. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005a. p.573-603.

OLIVEIRA, D C. et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.197-206, jan. 2008.

OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T.; MARQUES, S. C. Análise estatística de dados textuais na pesquisa das representações sociais: alguns princípios e uma aplicação ao campo

da saúde. *In*: Menin, M. S. S.; Shimizu, A. M. (Orgs.). **Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005b. p.157-200.

OLIVEIRA, V.G. et al. Vacinação: o fazer da enfermagem e o saber das mães e/ou cuidadores. **Rev. Rene**, Vol. 11, 2010.

OLIVEIRA, C. S. F., et al, Hepatitis B and C virus infection among Brazilian Amazon riparians, **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 44, n. 5, p. 546-550, 2011.

OLIVEIRA, F. B. A. et al, Prevalência de hipertensão arterial em comunidades ribeirinhas do Rio Madeira, Amazônia Ocidental Brasileira, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1617-1630, 2013.

OLIVEIRA J. L. C.; MOREIRA K. F. A. Políticas sociais: a questão da saúde - um estudo de caso em áreas ribeirinhas na Amazônia. *Rev. Documenta*, v. 17, p. 1-16. 2007.

ORDAZ, O.; VALA, J. Objetivação e ancoragem das representações sociais do suicídio na imprensa escrita. *In*: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**, Goiânia, v. XXXII, n. 143-144, p.353-384, 1998.

PORTO VELHO. Secretaria Municipal de Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica (DAB/SIAB)**. Porto Velho: SEMUSA, 2014.

PORTO VELHO. Secretaria Municipal de Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica (DAB/SIAB)**. Porto Velho: SEMUSA, 2016.

PROSENEWICZ; I.; LIPPI, U. G. Acesso aos Serviços de Saúde, Condições de Saúde e Exposição aos Fatores de Risco: percepção dos pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.1, p.219-231, 2012.

QUEIROZ, M. **Saúde e doença: um enfoque antropológico**. Bauru: EDUSC, 2003.

QUINTANA, A. M. **A Ciência da Benzédura**. Bauru /SP: EDUSC, 1999.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.499-513

ROUQUETTE, M-L. Representações e práticas sociais: Alguns elementos teóricos. *In*: A.S.P. Moreira e D.C. de Oliveira (Orgs.), **Estudos interdisciplinares de representação social** p.39-46. Goiânia: AB Editora. 2000.

RUZANY, M. H. et al., Problemas de saúde mental dos adolescentes e jovens Desenvolvimento Sustentável Mamirauá, Amazonas, **Revista Pediatria moderna**, v. 46, n. 6, p. 231-237, 2014.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado da teoria. *In*: SPINK, M. J. (Org). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p.19-45.

_____. Sur les relations entre représentations sociales, pratiques socio-culturelles et comportement. **Papers on Social Representations**, v. 3, p.40-46,1994.

_____. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

_____. O campo de estudos das representações sociais *In*: SÁ, C. P. (Org.). **Núcleo Central das representações sociais**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p.29-49.

_____. Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. **Temas psicol., Ribeirão Preto**, v. 4, n. 3, p. 19-33, dez. 1996. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1996000300002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 ago. 2021.

SÁ, C. P.; ARRUDA, A. O estudo das Representações Sociais no Brasil. **Revista de Ciências Humanas**, Ed. Especial Temática, Edição Especial Temática, p.11- 31, abr. 2000.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. Porto: Edições Afrontamento, 1994.

SANTOS, E. C. de O. et al., Exposição ao mercúrio e ao arsênio em Estados da Amazônia: síntese dos estudos do Instituto Evandro Chagas / FUNASA, **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 6, n. 2, p. 171-185, 2003.

SANTOS, F. S. et al, Prevalência de enteroparasitismo em crianças de comunidades ribeirinhas do Município de Coari, no médio Solimões, Amazonas, Brasil, **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 1, n. 4, p. 23-28, 2010.

SANTOS, J.F.L, PAGAN, E, RAMOS J., & RODRIGUES E. Observations on the therapeutic Practices of riverine communities of the Unini River, AM, Brazil. **Journal of ethnopharmacology**, AM, Brazil, v.142, n.2, p.503-515, 2012.

SANTOS, N. Seringueiros da Amazônia: sobreviventes da fátura. 2002. Tese (Doutorado em Geografia Humana), Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em :<doi:10.11606/T.8.2002.tde-07052002-130429>. Acesso em: 28 ago.2016.

SARTORI, M. S. **Saúde, doença e representação**: um estudo com mulheres rurais. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2002.

SEVALHO, G. Uma Abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Caderno de. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p.349-363, jul/set, 1993.

SEVCENKO, N. **A corrida para o século XXI: no loop da montanha russa**. São Paulo: Companhia das Letras. 2001.

SILVA, J. C.; SOUZA FILHO, T. A. O viver ribeirinho. *In: SILVA, J. C. Nos Banzeiros do Rio: Ação Interdisciplinar em busca da sustentabilidade em Comunidades Ribeirinhas da Amazônia*. Porto Velho/RO: EDUFRO, 2002. p.23-40.

SILVA-JUNIOR, N. D.; GONÇALVES, G.; DEMÉTRIO, F. Escolha do itinerário terapêutico diante dos problemas de saúde: considerações socioantropológicas. *In: Encontro Baiano de Estudo em Cultura- EBE CULT*, 2012. p.1-13

SILVA, S. A.; MOURA, E. C., Determinantes do estado de saúde de crianças ribeirinhas menores de dois anos de idade do Estado do Pará, Brasil: um estudo transversal, *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 26, n. 2, p. 273-285, 2010.

SILVA, Y. F.; SCHOLZE, A.S.; FAGUNDES, A. M. A. **Riscos Potenciais à Saúde em Itinerários de Cura e Cuidado Observados por Agentes de Saúde que Visitam Famílias com Pessoas sob Cuidados Domiciliares**. 2004. 62 p. Relatório Final (Programa Integrado de Pós-Graduação e Graduação). Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2004.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOUZA, L. F. **Estudos Etnobotânicos na comunidade de Baús: O uso de Plantas Medicinais (Município de Acorizal, Mato Grosso)**.1998. 212f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente), Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá,1998.

SOUSA, M. V. R. M. & MACÊDO, M. R. **As lendas da floresta contadas por seringueiros acreanos**. Rio Branco/AC: Fundação Elias Mansour: Printac Gráfica e Editora, 2007.

SOUSA, E.V.S.; RODRIGUES, M.A.S.; ROCHA, F.E.C.; MARTINS, C.R. **Guia de utilização do Software Alceste: Uma ferramenta de análise lexical aplicada a interpretação de discursos de autores na agricultura**. Planaltina /DF: Embrapa Cerrados, 2009. 12p.

SOUZA, I. M. Na Trama da Doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. *In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.171-185.

SPINK, M. J. P. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 9, n. 3, p. 300-308, jul/set, 1993. Disponível em < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

TESSER, C. D., LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.195- 206, 2002a.

_____. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p.363-372, 2002b. Disponível em < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

TEXEIRA, M. A.D.; FONSECA, D. R. **História Regional: Rondônia**. 2.ed. Porto Velho: Rondoniana, 2001.

VALA, J.; CASTRO, P. Pensamento social e representações sociais. *In: Vala, J. & Monteiro, M. B. (coord.). Psicologia social*, Lisboa, v.6, n. 2, p.569-602, 2013.

VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.4, n. 7, p. 37-56, 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/Y4QnFzjWtPwCV9kC3JZdyGN/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 15 abr.2013.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. *In: VALA, J.; MONTEIRO, M.B. (Orgs.). Psicologia social*. 7.ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2006. p.457-502.

VILAS BÔAS, LMS. Saber Popular e o Saber Científico: Um Diálogo Intercultural Possível no Cuidado Ribeirinho. *In: Congresso Ibero Americano em Investigação Qualitativa em Saúde*, 5., 2016. *Anais....* Porto/Portugal: CIAIQ 2016. v.2, p.90-99.

VILAS BÔAS, L.M. S., OLIVEIRA, D.C. *A Saúde nas Comunidades Ribeirinhas da Região Norte Brasileira*: Revisão Sistemática da Literatura. *In: Congresso Ibero Americano em Investigação Qualitativa em Saúde*, 5., 2016. *Anais...* Porto/Portugal: CIAIQ 2016. v.2, p.1386-1395.

VILAS BÔAS, LMS, SILVA, J.C., OLIVEIRA, D.C., CEDARO, J.J. A Vida das Mulheres Parteiras Ribeirinhas: Experiência a partir do Trabalho de Campo. *Revista Latino-americana de Geografia e Gênero*, Ponta Grossa, v.8, n.2, p.224 - 241, ago. / dez. 2017.

WARBER, S. L.; ZICK, S. M. Biologically based complementary medicine for cardiovascular disease. Help or Harm? *Clinics in Family Practice*, v.3, n.4, p.945-975, dec. 2001. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1522572005701070>>. Acesso em: 15 abr. 2003

WOLTER, R. M. C. P.; SÁ, C. P. As relações entre representações e práticas: o caminho esquecido. *Rev. Internacional, de Ciências Sociales y Humanidades*, v.XII, n.1-2, p.87-105, 2012.

WÜNSCH S, BUDÓ M. L. D., GARCIA, R. P., OLIVEIRA, S. G., GEWEHR, M., SCHIMITH, M. D., & SILVEIRA C. L. População rural e enfermagem: uma revisão bibliométrica. *Rev. Enferm. UFSM*, v. 2, n. 3, 539-546. 2012.

ZILLMER, J. G. V, SCHWARTZ, E., CEOLIN, T., & HECK, R. M. A família rural na contemporaneidade: um desafio para a enfermagem. *Rev enferm. UFPE on-line*, v. 3, n.2, p. 749-54. 2009.

Posfácio

Tive o prazer de conhecer a Luana, ainda como discente do Curso de Psicologia, em 2007, quando coordenei por um ano, o Projeto intitulado “Projeto Calama: ribeirinhos do rio Madeira”, o qual foi financiado por um programa do Ministério da Saúde denominado VEPOP-SUS. Coordenei, junto com mais dois docentes do Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva – CEPESCO – 30 alunos bolsistas das diversas áreas do conhecimento (não apenas da saúde), divididos em dois grupos, os quais desenvolviam suas atividades de extensão em Calama, quinzenalmente, de sexta à domingo e, logicamente, eu, o Prof. Jorge (sociólogo) e o Prof. Mário (Prof. Educação Física) todos os finais de semana, durante um ano, estávamos no distrito de Calama com os respectivos grupos. Foi nesse período que a Luana se inseriu no projeto e participou ativamente no processo de formação das parteras do Baixo Madeira, em Calama, coordenado por mim e pela profa. Elaine Santana.

Depois de Graduada em Psicologia, Luana partiu para sua Qualificação Acadêmica. Quando a reencontrei, um dia no Centro de Pesquisa em Saúde Coletiva (), soube que estava escrevendo sua tese de doutorado sobre os ribeirinhos do Baixo Madeira, e que o Projeto “Calama” foi determinante para sua imersão nessa comunidade para pesquisar suas representações sociais acerca de saúde-doença-cuidado e os serviços de saúde.

Fiquei hiper honrada e feliz com o seu convite para escrever o posfácio de seu livro, fruto de sua tese de doutorado. Ao ler os originais do seu livro, dei uma primeira olhada e, ato contínuo, senti um encantamento por voltar em minha mente tudo que vivenciamos em Calama, com base nos escritos da Luana. Por isso, certamente, o convite para escrever este posfácio.

Encantamento não deve ser explicado, por correr o risco de ser desfeito. Me vi então, procurando palavras para dizer alguma coisa sobre esse livro. Não seria o da análise crítica ou o da professora de Saúde Coletiva. Eu queria só ler o manuscrito! Por isso, é difícil descrever o conteúdo desta obra sem nos referirmos à dinâmica interpessoal, à experiência cotidiana da autora durante a sua criação.

Mais do que a perspectiva cronológica, o livro tem uma divisão engenhosa cujos tópicos sublinham a mais interessante perspectiva narrativa metodológica e das representações sociais dos atores entrevistados sobre saúde-doença-cuidado, interpretados e analisados generosamente e cientificamente pela Luana.

Verifica-se neste livro que o processo saúde-doença é determinado socialmente (a forma como se organiza socialmente a produção), que precipita determinantes e condicionantes como saneamento, salário, habitação, vivência comunitária, alimentação, lazer, educação, posse da terra, etc.; que facilitam a emergência de uma doença biológica, a qual é resolvida, em algumas vezes, com os remédios caseiros e benzedeiros, diante da ausência do atendimento por profissionais de saúde, particularmente médicos. Entretanto, em vários momentos valoriza-se o poder dos medicamentos e a ótica médica-curativa. A ausência do SUS nas atividades cotidianas é compreendida como abandono.

É através do entendimento das expectativas e conceitos dos ribeirinhos ante o saber científico – o saber médico – que se torna possível a compreensão dos valores que são ressignificados pelo filtro social, vivenciados na relação profissional de saúde-usuário, que fazem parte de um contexto maior que é o processo saúde-doença-cuidado e suas vicissitudes.

Creio que as Representações Sociais contidas neste livro às diversas concepções acerca de um determinado objeto, aqui saúde-doença-cuidado enfatiza suas implicações nos moldes de relacionamento entre o profissional de saúde, o ribeirinho e o seu meio social, três esferas de uma única realidade.

Esta obra foi elaborada para contribuir com a formação de profissionais de saúde, professores, humanistas, pesquisadores, políticos e estudantes sobre populações tradicionais e o diálogo entre a diversidade e complexidade inerente à saúde-doença no campo da Psicologia Social e Saúde Coletiva. Que todos possam desfrutar de uma excelente leitura.

Katia Fernanda Alves Moreira

Porto Velho, outubro de 2020

<http://lattes.cnpq.br/3724748838946483>

