



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CENTRO DE PESQUISA LEONIDAS E MARIA DEANE
MESTRADO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA
AMAZÔNIA**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE RIBEIRINHOS SOBRE O
ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, COMUNIDADE
RURAL VILA DE URUCURITUBA, AUTAZES, AMAZONAS**

RAYNER AUGUSTO LIBÓRIO DOS SANTOS MONTEIRO

**MANAUS
2014**

RAYNER AUGUSTO LIBÓRIO DOS SANTOS MONTEIRO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE RIBEIRINHOS SOBRE O
ACESSO AOS SERVICOS DE SAÚDE, COMUNIDADE
RURAL VILA DE URUCURITUBA, AUTAZES, AMAZONAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Multi-institucional, da Universidade Federal do Amazonas, em convênio com o Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane (CPqLMD-FIOCRUZ) e Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. David Lopes Neto

**MANAUS
2014**

FICHA CATALOGRÁFICA
(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

M775r

Monteiro, Rayner Augusto Libório dos Santos.

Representações Sociais de ribeirinhos sobre o acesso aos serviços de saúde, Comunidade Rural de Vila Urucurituba, Autazes, Amazonas. / Rayner Augusto Libório dos Santos Monteiro. - Manaus: UFAM/FIOCRUZ/UFPA, 2014.

74f.

Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) – UFAM/FIOCRUZ/UFPA, 2014.

Orientador: Profº Dr. David Lopes Neto.

1. Representações Sociais 2. Acesso aos serviços de saúde
3. SUS I. Lopes Neto, David (Orient.) II. Título

CDU 316.6:614(811.3)(043.3)

RAYNER AUGUSTO LIBÓRIO DOS SANTOS MONTEIRO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE RIBEIRINHOS SOBRE O
ACESSO AOS SERVICOS DE SAÚDE, COMUNIDADE
RURAL VILA DE URUCURITUBA, AUTAZES, AMAZONAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Multi-institucional, da Universidade Federal do Amazonas, em convênio com o Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane (CPqLMD-FIOCRUZ) e Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

Apreciada em 29 de agosto de 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. David Lopes Neto

Universidade Federal do Amazonas (Orientador)

Profª Drª Nair Chase da Silva

Universidade Federal do Amazonas (membro)

Profª Drª Janete Maria Rebelo Vieira

Universidade Federal do Amazonas (membro)

Aos meus pais, Jorge e Siglia, à minha irmã,
Synde, às minhas avós e a toda minha família
pelo carinho, incentivo, paciência e compreensão
ao longo desta trajetória.

Agradecimentos

A Deus, por estar sempre guiando minha vida e me mostrando o caminho certo a seguir.

Ao meu orientador, Dr. David Lopes Neto, por me ajudar sem medir esforços com suas preciosas orientações e por ter paciência com as minhas dificuldades e limitações, as quais ao lado de pessoas como ele ficaram fáceis de serem superadas.

Aos meus colegas de turma, por me ajudarem e me darem força em momentos que mais precisei deles.

À CAPES e ao Programa de Pós-Graduação Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia, Interinstitucional da UFPA, UFAM e FIOCRUZ, pela bolsa de estudos que garantiu a realização deste estudo.

À Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde de Autazes, por me receberem e autorizarem a realização da pesquisa.

Aos professores e funcionários da Fiocruz e da Ufam.

E, a todos que de certa forma contribuíram para que esse estudo fosse realizado.

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar as representações sociais de ribeirinhos sobre o acesso aos serviços de saúde. O estudo foi do tipo descritivo, qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, realizado com 18 moradores da Comunidade Rural Vila de Urucurituba, do município de Autazes, Estado do Amazonas, no ano de 2012. Foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada por meio de um roteiro e as informações produzidas foram tratadas por Análise de Conteúdo e organizada em três polos cronológicos: pré-análise; exploração do material e, tratamento dos resultados, inferência e a interpretação. A análise teve por base o método de análise de conteúdo temática e considerou as categorias: rede de atenção à saúde, recursos humanos disponíveis, recursos materiais de consumo e referência e contrarreferência. Foram identificadas as seguintes imagens simbólicas: o acesso ao serviço de saúde da comunidade rural é insipiente e ineficaz, com desajuste entre prestação de serviços básicos e especializados de saúde e demanda reprimida, deficiência na assistência farmacêutica básica e indispensável, inexistência e precariedade do sistema de referência e contrarreferência. Há problemas de gestão administrativa da rede de atenção à saúde que dificultam a acessibilidade aos serviços de saúde.

DESCRIPTORES: Acesso aos serviços de saúde; Relações comunidade-instituição; Sistema Único de Saúde; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

The aim of the study was to analyze the social representations of bordering on access to health services. The study was a descriptive, qualitative, based on the Theory of Social Representations, conducted with 18 residents of the Community Rural Village Urucurituba, the municipality of Autazes, State of Amazonas, in the year 2012. Technique was used semi-structured interviews using a script and information produced were treated for content analysis and organized into three chronological poles: Pre-analysis, material exploration and processing of the results, inference and interpretation. The analysis was based on the method of thematic content analysis and considered the categories: network of health care, human resources, material resources and consumer reference and counter-reference. We identified the following symbolic images: access to health services of the rural community is incipient and ineffective, with misfit between the provision of basic services and specialized health and pent-up demand, deficiency in basic pharmaceutical care and essential precariousness and lack of system reference and counter-reference. There are problems of administrative management of the network of health care that hinder accessibility to health services.

DISCRIPTORS: Health Services Accessibility; Community-Institutional Relations; Unified Health System. Qualitative Research.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 PROBLEMATIZAÇÃO	11
3 JUSTIFICATIVA	12
4 OBJETIVOS	15
4.1 Objetivo Geral	15
4.2 Objetivos Específicos.....	15
5 REFERENCIAL TEÓRICO	16
5.1 Os ribeirinhos da Amazônia	16
5.2 O acesso à saúde e as políticas públicas no Brasil: um contexto histórico.	20
5.3 Considerações teóricas sobre acesso.	26
5.4 O acesso como categoria de análise dos serviços de saúde.....	30
5.5 A Teoria das Representações Sociais.....	34
5.6 O município de Autazes	41
5.7 A Vila de Urucurituba.....	42
6 DESENHO METODOLÓGICO	44
6.1 Tipo de estudo	44
6.2 Local de estudo	44
6.3 Sujeitos da pesquisa.....	44
6.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	45
6.5 Caracterização da amostra	45
6.6 Coleta de dados	46
6.7 Organização e análise dos dados.....	47
7 ASPECTOS ÉTICOS	50
8 RESULTADOS	50
9 CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	71
Apêndice A = Formulário de perfil sócioeconômico-demográfico dos sujeitos	71
Apêndice B = Roteiro de entrevista semi-estruturada	72
Apêndice C = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	73
ANEXOS	74
Anexo A = Termo de anuência	74

1 INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil, datada de 1988, ampliou a concepção de saúde e estabeleceu sua garantia por meio de políticas públicas, sociais e econômicas abrangentes, com vistas à redução de riscos de doenças e agravos, proporcionando acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) nasce neste cenário e com ele a população brasileira passa a poder ter acesso aos serviços de saúde, independente de contribuição ou não com a previdência social e, implanta-se como modelo assistencial que serve como um mecanismo de cobertura social de apoio à superação da fragmentação e da exclusão na sociedade brasileira (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Baseado nos princípios da universalidade e igualdade, assim como organizado sob as diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade, o SUS, traçado no interior dos movimentos sociais contra-hegemônicos na década de setenta, é “uma ‘carta fundadora’ de uma nova ordem social no âmbito da saúde” (MENICUCCI, 2009, p. 1620), de leitura pelos usuários do SUS para, desde então, estes buscarem a garantia do direito e cidadania que vem gradativamente se incorporando no interior da sociedade brasileira por meio da acessibilidade universal em todo território nacional aos serviços de saúde (SCHWARTZ *et al*, 2010).

Articulado a outros termos dos princípios e diretrizes do SUS, acesso e acessibilidade tem sido amplamente debatidos e analisados no campo da saúde. A *universalidade*, como princípio do SUS, define que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural (LUIZ; KAYANO, 2010).

O termo *equidade* mesmo não constando entre os princípios SUS e não estando descrito na Constituição de 1988 nem na Lei Orgânica da Saúde, vem sendo progressivamente utilizado em documentos técnicos e normativos no setor saúde brasileiro como sinônimo de *igualdade* e, por conseguinte, relacionado, também, a acesso e acessibilidade. Assim, a equidade, por sua vez, é a possibilidade de concretização da justiça, com a prestação de serviços, destacando uma categoria ou grupo diferenciado como alvo de intervenções especiais, isto é, refere-se à ausência de diferenças desnecessárias, evitáveis, consideradas injustas e insatisfatórias.

De sorte, termos como igualdade, justiça social, moral, direitos humanos e sociais estão intimamente relacionados ao atual pensamento crítico-reflexivo sobre equidade. Logo, equidade e igualdade são termos considerados um contraponto às desigualdades socioeconômicas e de saúde, o que define o SUS como mais que um sistema de saúde, transcendendo para uma política fundamentalmente universal contempladora da forma progressiva de direito a acesso igualitário da população aos serviços de saúde (LUIZ; KAYANO, 2010; PAIM; SILVA, 2010).

Por este prisma, o direito à saúde vai muito além do acesso à assistência saúde. Este direito requer relações sociais que possibilitem a qualidade de vida e está relacionado não apenas à sobrevivência humana, mas a uma vida qualificada pelo usufruto de todos os benefícios inerentes à sociedade, proporcionando possibilidade de intervenção no adoecimento e permitindo a construção do pensamento de saúde como direito alcançável e afirmativo do direito à saúde (LUIZ; KAYANO, 2010).

Nesse sentido, as dificuldades encontradas na concretização do acesso universal aos serviços de saúde implicam em uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público, assim como na construção de uma utopia social igualitária, perante a qual a saúde é vista como direito individual e coletivo que deve ser fortalecido com uma nova

prática social construída a partir de uma gestão democrática e participativa (ASSIS *et al*, 2003).

Entretanto, apesar dos avanços inegáveis na produção de serviços, ainda observa-se desigualdades na oferta de recursos e serviços em saúde (BRASIL, 2008). O fato do SUS expandir o atendimento à saúde para contingentes expressivos da população, que anteriormente eram excluídos do sistema, faz com que seja conferido mérito a esta política na redução de desigualdades no acesso aos serviços de saúde, o que de certa forma torna a atenção menos desigual, porém ainda muito distante do seu ideário igualitário (Paim, 2006).

Magalhães *et al* (2007), em estudo sobre desigualdades sociais no Brasil, ressaltam que alguns grupos específicos, como os mais pobres e com baixo nível escolaridade, leia-se os afro-descendentes, indígenas e habitantes das regiões Norte e Nordeste, tendem a apresentar maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, além de apresentarem piores indicadores sanitários.

No que tange às populações que vivem no campo e na floresta, o exercício dos direitos sociais nestas localidades e, em particular o direito à saúde, encontram-se abaixo da realidade das grandes e médias cidades do país (Brasil, 2008b).

Oliveira *et al* (2004) citam que as populações rurais brasileiras enfrentam barreiras em relação ao acesso aos serviços de saúde em função da menor disponibilidade destes, particularmente em áreas esparsamente povoadas; em função também das grandes distâncias a serem percorridas, assim como das dificuldades de transporte.

Loureiro (2000) destaca que a Amazônia apresenta dois grandes espaços culturais: o espaço da cultura urbana e o da cultura rural. Na cultura urbana estão expressos os modos de vida das cidades de médio porte e das capitais; enquanto que na cultura rural, pela profunda relação do homem com a natureza, manifestam-se os modos de vida típicos do “interior”, onde, a expressão mais tradicional e a que melhor retrata e conserva os valores da história

cultural da Amazônia é o universo das populações ribeirinhas. Gonçalves (2005, p. 154) destaca que o “ribeirinho é sem dúvida, o mais característico personagem amazônico”.

As populações ribeirinhas caracterizam-se por possuir uma relação de dependência com o rio à margem do qual habitam, dependendo desse para suas necessidades básicas de locomoção, alimentação e trabalho (COHEN-CARNEIRO *et al*, 2009).

Considerando que o acesso aos serviços de saúde é um direito garantido por lei para toda a população brasileira, e que este fator é de grande importância para auxiliar na diminuição das desigualdades existentes no país, além de termos em vista que pouco ainda se conhece sobre a real distância entre as formulações legais e constitucionais e da universalização do direito à saúde nestas populações, pensou-se em um estudo que pudesse levantar informações acerca do acesso de ribeirinhos aos serviços de saúde, percorrendo ao encontro do pensamento de Giovanella e Fleury (1996), quando estas pesquisadoras asseveram que o estudo do acesso é a melhor maneira de conhecer como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das populações.

Entre as várias maneiras de estudar o acesso de usuários aos serviços de saúde, optou-se por fazer isso com base no olhar e do pensar dos ribeirinhos desenvolvidos sobre o tema. Para isso, a abordagem das representações sociais foi escolhida, tendo em vista que um estudo como esse possibilitará a construção de uma expressão a partir do significado que os ribeirinhos darão ao acesso aos serviços de saúde em sua realidade. Além disso, as representações sociais possibilitarão a compreensão de como os preceitos e pressupostos do SUS estão se consubstanciando na prática atual para estas populações.

2 PROBLEMATIZAÇÃO

A área coberta pela Amazônia Legal corresponde a 61% do território brasileiro, mas concentra apenas 12,3% da população do país, dispersa pela grande área e vasta hidrografia. O Amazonas é o maior estado da federação, com 1.559.161,682 km² e pouco mais de 2 habitantes por km². O acesso à maioria dos municípios amazonenses só pode ser feito por via fluvial, haja vista que o mesmo conta com poucas estradas, nenhum sistema de transporte ferroviário e apenas 13 municípios contam com pista de pouso e decolagem de transporte aéreo. Estes e outros fatores tornam o Amazonas um estado com características desfavoráveis ao acesso, em especial, a acessibilidade aos serviços de saúde (BRASIL, 2012; IBGE, 2010; MT, 2000).

O Estado do Amazonas é constituído por 62 municípios, todos, inclusive a capital Manaus, com comunidades ribeirinhas. Os ribeirinhos do Amazonas vivem neste cenário, uma vez que habitam, em sua maioria, à beira dos rios, igarapés, igapós e lagos que compõem o vasto e complexo estuário amazônico.

Tomando por base a realidade das comunidades rurais ribeirinhas, escolha do local da pesquisa foi feita de maneira subjetiva, levando em consideração a viabilidade de acesso dos pesquisadores ao campo de pesquisa. Com isso, a comunidade rural Vila de Urucurituba, pertencente ao município de Autazes, foi escolhida para a realização do estudo. Logo, partindo do pressuposto de que o isolamento natural dos ribeirinhos do interior do estado do Amazonas dificulta o acesso aos serviços de saúde, a questão de pesquisa que o estudo buscou responder foi: quais são as representações sociais dos ribeirinhos da Comunidade Rural Vila de Urucurituba, do município de Autazes, do Amazonas, sobre o acesso aos serviços de saúde?

3 JUSTIFICATIVA

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), potencializar as medidas para a melhoria do acesso a saúde é um dos principais requisitos na busca por melhoria na qualidade de vida da população (FERNANDES; SECLÉN-PALACIN, 2004).

No Brasil, os estudos que analisam o acesso e o uso dos serviços de saúde em populações urbanas ainda são predominantes em comparação aos realizados em populações rurais. Logo, embora comece a despertar o interesse de pesquisadores e formuladores de políticas, o limitado número de pesquisas voltadas às populações rurais sugere que a extensão das disparidades na saúde e no acesso aos cuidados de saúde nestas populações não está sendo investigada nem monitorada de forma adequada (PROBST *et al*, 2004; VIANNA *et al*, 2001).

Dados referentes ao acesso e utilização de serviços de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2005), mostraram que as principais barreiras de acesso referidas pelas pessoas que não procuraram serviços, quando necessitaram, foram: barreira financeira, demora no atendimento e barreiras geográficas. Porém, este estudo não pôde retratar a realidade de populações ribeirinhas, uma vez que tal pesquisa não incluiu as áreas rurais dos estados do Acre, Amazonas, Amapá, Rondônia, Roraima e Pará, mostrando, assim, a necessidade de estudos referentes ao acesso aos serviços de saúde em populações rurais ribeirinhas destes estados.

No ano de 2010, foi publicada uma portaria do Ministério da Saúde que definiu critérios diferenciados para a implantação, financiamento e manutenção da Estratégia Saúde da Família para populações ribeirinhas da Amazônia Legal e do Mato Grosso do Sul (BRASIL, 2010). Mais recente, em 2011, foi instituída no âmbito do SUS a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) com a finalidade de promover a saúde por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades das

populações do campo e da floresta, visando principalmente ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde, assim como à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida destas populações (BRASIL, 2011).

Esta política define as populações do campo e da floresta como:

povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; **populações ribeirinhas**; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais; dentre outros (BRASIL, 2011, p. 3. *grifo nosso*).

Com base no referencial teórico supracitado, novas pesquisas sobre acesso aos serviços de saúde são importantes para acompanhar a reorganização da atenção à saúde para populações ribeirinhas, uma vez que apenas recentemente é que passou a ser dada a devida atenção diferenciada para populações ribeirinhas.

No Amazonas, uma pesquisa relacionada ao acesso de ribeirinhos aos serviços de saúde, de Cohen-Carneiro *et al*, (2009), sobre oferta e utilização de serviços odontológicos em duas comunidades ribeirinhas do município de Coari, revelou que o acesso é precário a estes tipos de serviços e outra pesquisa, de Vieira, Garnelo e Hortale (2010), analisaram que o processo de gestão da atenção básica no contexto do Programa de Saúde da Família (PSF), em cinco municípios da Amazônia Ocidental, é de baixa capacidade gestora da rede de atenção à saúde, com sérias dificuldade de definição de prioridades para a saúde e com insuficiência de recursos humanos nos serviços de atenção primária à saúde. Mesmo sendo importantes e atuais as duas pesquisas, ainda é irrisória a quantidade de estudos sobre a realidade de saúde das populações rurais no estado, levando-se em consideração suas peculiaridades de agregar populações amazônicas diferenciadas e radicadas às margens dos rios que contam todo o estado do Amazonas: indígenas, quilombolas e estrangeiras de região fronteira.

Diante do exposto, é fato que não existe trabalho científico envolvendo as representações sociais de ribeirinhos referentes ao acesso aos serviços de saúde no Amazonas, o que torna essa pesquisa inédita. Assim, este estudo contribui para o desvelar da situação-problema que permeia a acessibilidade; subsidiar gestores no planejamento, programação de políticas públicas de saúde em nível local, à medida que estas representações apontam o olhar de usuários do Sistema Único de Saúde a partir do significado objetivado ao acesso aos serviços de saúde por eles vivenciados. Com isso, este estudo serve para um repensar nas formas de oferta de serviços de saúde em comunidades rurais ribeirinhas, com vista a atender as reais necessidades destas populações.

Fundamentando a relevância deste estudo, Oliveira D. (1996) elucida que é a partir das representações sociais do acesso e do direito a saúde, que os grupos podem influir na definição das políticas públicas, considerando que estas se desenham, frequentemente, por meio dos interesses sociais, uma vez que a realidade reapropriada e reestruturada vai representar para o grupo a sua própria realidade social.

Com isso, o estudo apresenta uma discussão a respeito da forma de implementação de políticas públicas de saúde em nível municipal, em município interiorano e voltadas para populações ribeirinhas do Amazonas, assim como discute a prática dos direitos sociais das populações rurais, especialmente, as ribeirinhas por meio das suas narrativas.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Analisar as representações sociais de ribeirinhos sobre o acesso aos serviços de saúde da Comunidade Rural Vila de Urucurituba, do município de Autazes, Estado do Amazonas.

4.2 Objetivo Específico

- Categorizar as representações sociais dos ribeirinhos sobre o acesso aos serviços de saúde;
- Interpretar, com base nas categorias temáticas, como os ribeirinhos representam o acesso aos serviços de saúde na Comunidade Rural Vila de Urucurituba.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Os ribeirinhos da Amazônia

Os ribeirinhos da Amazônia são populações estabelecidas por muitas gerações, fruto do processo de miscigenação, iniciado no período de colonização, intensificando-se durante o período pombalino e consolidando-se no período da borracha, no qual ocorreu um grande fluxo migratório, principalmente retirantes nordestinos que fugiam da expropriação e da seca no Nordeste (CHAVES *et al*, 2009).

Para Witkoski (2007), o caboclo ribeirinho da Amazônia, seja ele o nordestino migrante do período da borracha no início do século XX, seja ele o remanescente do amazônico colonizado, tem heranças do modo de vida indígena. Além disso, a própria influência indígena ainda se mantém presente nas populações das várzeas amazônicas, principalmente no que diz respeito à alimentação e moradia.

Harris (2000) afirma que os ribeirinhos são sujeitos que constroem um modo de vida integrado pela agricultura e extrativismo vegetal ou animal, vivendo em função da floresta e dos rios, onde o rio ao mesmo tempo cria vínculos e isolamentos entre as pessoas dessas populações.

O termo ribeirinho, de acordo com Ferreira (2004), designa indivíduos que andam ou vivem às margens de rios ou ribeiras. Porém, os ribeirinhos a serem abordados neste estudo devem ser diferenciados de qualquer indivíduo com tais características, para que possam ser distinguidos, por exemplo, dos habitantes urbanos que, em cidades como Manaus, Belém, Porto Velho, também moram na orla de rios, assim como distingui-los de algumas populações indígenas que também habitam às margens de rios. Logo, para fins deste estudo iremos utilizar a definição de Cohen-Carneiro (2009, p. 1828) para ribeirinho, sendo o “indivíduo que

vive e subsiste fundamentalmente do rio à margem do qual habita, tendo com este uma relação de dependência nas suas necessidades básicas de alimentação, transporte, trabalho e subsistência”.

Uma das principais características físicas dos ribeirinhos é a sua modalidade de ocupação do território, em geral localizada em áreas de terras firmes¹ ou em terras de várzeas², as margens de rios e lagos, onde buscam se estabilizarem, formando, assim, agrupamentos comunitários constituídos de várias famílias, denominados comunidades (CHAVES *et al*, 2009).

Os ribeirinhos vivem dispersos espacialmente em vários agrupamentos de 20 a 40 casas de madeira construídas em palafitas, mais adequadas ao sistema de cheias dos rios. As habitações possuem uma estrutura física simples composta de madeira ou de palha com poucos cômodos (CHAVES *et al*, 2009; SCHERER, 2004).

O modo de vida desses grupos está condicionado ao ciclo da natureza, pois o fenômeno da enchente e da vazante regula em grande parte o cotidiano ribeirinho, de tal modo que o mundo do trabalho obedece ao ciclo sazonal no desenvolver de suas atividades de extrativismo vegetal, agricultura, pesca e caça. Na época da enchente dos rios, por exemplo, a cultura da roça, o cultivo da agricultura para subsistência, bem como a pesca e a caça, ficam em grande parte comprometida (SCHERER, 2004).

A forma de trabalho e a economia do ribeirinho são essencialmente extrativista e agrícola centrado na produção familiar de subsistência, não há uma preocupação efetiva com a produção de quantidades que excedam o necessário, mas eventualmente, o excedente da produção é comercializado, principalmente no período da seca. A vida cotidiana dos ribeirinhos é basicamente determinada pelas cheias e vazantes dos rios, pelo sol e pela chuva,

1 porções de terras altas que não alagam no período da enchente do rio.

2 terras anualmente alagáveis, fato que proporciona o enriquecimento nutricional do solo (CHAVES *et al*, 2009).

pelos dias e pelas noites, onde o tempo é definido pela natureza e pela cultura, pelos mitos e tradições e até pela crença em seres sobrenaturais (CHAVES *et al*, 2009, SCHERER, 2004).

Os ribeirinhos das várzeas desenvolvem estratégias adaptativas peculiares. Existe um fenômeno muito comum a várzea, denominado de terras caídas, que se dá na medida em que a força da água, exercida sobre as margens dos rios, derruba as terras. Este processo faz com que as populações que habitam as margens sejam levadas a recuarem com suas casas e adentrarem na floresta (FRAXE, 2000 *apud* SCHERER, 2004).

O trabalho e a participação na vida social e religiosa da comunidade estruturam a rotina das famílias ribeirinhas. Cada comunidade tem, em grande maioria, sua igreja, podendo ser católica ou protestante, um salão comunitário, onde acontecem as assembléias e as festas, além de casas de produção de farinha, canoas, barcos de pesca, entre outros (SCHERER, 2004).

Teixeira (2001), em um estudo em três comunidades ribeirinhas do Pará, desvelou que as conexões com a natureza produzem, na maioria das vezes, benefícios para os ribeirinhos, pela utilização dos recursos da natureza para os cuidados com a saúde. Revelou também que as redes de saberes e as praticas para o cuidado de saúde entre ribeirinhos além de ser um sistema aberto e complexo, é constituído de dois subsistemas: um clínico institucional (profissional) e um tradicional local (popular). Onde o primeiro tem sido dominante em relação ao segundo. A autora chama atenção para uma maior valorização do “cuidar local” uma vez que não devemos desconsiderar o nascimento da clínica na modernidade, mas também não devemos torná-la paradigma dominante para os modelos de atenção à saúde.

A reprodução dos modos de vida dessas populações é assegurada por meio da história oral, a qual transmite de geração a geração as técnicas de manejo dos recursos naturais, as lendas, os ritos religiosos, o modo de construção das habitações e outros costumes (FRAXE, 1998 *apud* SCHERER, 2004). Segundo Scherer (2004) pelo profundo conhecimento da

fantástica biodiversidade da floresta, os ribeirinhos e os demais povos das florestas, são conhecidos como guardiões da natureza amazônica.

Na região amazônica, são poucas as comunidades rurais que possuem serviços de saúde, saneamento, energia elétrica, abastecimento de água, escolas, ou seja, acesso à infraestrutura básica. Às vezes as comunidades contam com um agente de saúde ou técnicos treinados pelo município mais próximo (CHAVES, *et al* 2009; SCHERER, 2004).

Xavier e Dutra (2005), em uma reportagem fruto de uma expedição com uma ONG em que acompanharam por três dias por comunidades ribeirinhas do estado do Pará, publicada na revista Radis, relataram que o SUS é ausente na prestação dos serviços de saúde para as comunidades ribeirinhas do rio Tapajós no Pará. Contam que os ribeirinhos precisam se deslocar até a cidade mais próxima para atendimento em postos de saúde, ou aguardar da chegada de barcos ou navios-hospitais das forças armadas ou de Organizações Não Governamentais (ONGs), que prestam atendimento médico e odontológico esporádico.

No Amazonas, existe apenas um estudo relacionado ao acesso destas populações aos serviços de saúde, o estudo de Cohen-Carneiro *et al*, (2009), envolvendo a saúde bucal de ribeirinhos do Amazonas, que revelou o acesso precário destes usuários aos serviços de saúde bucal em duas comunidades ribeirinhas do Amazonas.

Ainda são poucos os estudos acerca da saúde de populações ribeirinhas do Amazonas, o que faz deste estudo um esforço importante na busca por elementos que auxiliem em um maior conhecimento sobre as questões que envolvam a saúde destas populações, assim como em um melhor planejamento de políticas que respondam as necessidades desses usuários.

5.2 O acesso à saúde e as políticas públicas no Brasil: um contexto histórico

Revendo a história das políticas de saúde do Brasil foi possível perceber que o modelo de atenção à saúde à população passou por inúmeras transformações até chegar aos moldes em que se encontra hoje. E, entre os vários modelos assistenciais construídos no transcorrer da historicidade da saúde brasileira, o acesso aos serviços de saúde destaca-se como um fator de mudança significativa e conjuntural.

Nos primórdios do descobrimento do Brasil, antes da chegada dos colonizadores, por mais sadia que fosse a existência, os índios brasileiros em situações de problemas de saúde recorriam ao pajé, que, por meio de rituais e utilização de plantas e substâncias diversas, oferecia cuidados aos enfermos (SCLIAR *et al*, 2002).

Durante o período colonial, mesmo existindo instâncias médicas oficiais, estas eram de pouco alcance para a população em geral, até pela pequena quantidade de médicos na época. Com isso, o acesso a este tipo de serviço ficava restrito apenas às camadas altas da população. Aos mais pobres, restava a solidariedade comunal e os diversos tipos de curandeiros para tentar resolver seus problemas de saúde. As ações dos poderes públicos no campo da saúde estavam voltadas, sobretudo, para a regulamentação da arte de curar (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; PONTE; FALLEIROS, 2010). Ainda neste período, mantendo as tradições de Portugal, país onde a medicina era exercida pelos eclesiásticos, os jesuítas que chegaram ao Brasil, além da parte religiosa, ofereciam também assistência à saúde aos pobres e necessitados. Neste contexto, são fundadas no Brasil as primeiras Santas Casas de Misericórdia, as quais também foram as primeiras instituições a realizarem atividades assistenciais e que viriam a desempenhar um importante papel no campo da saúde no decorrer da história da saúde no Brasil (PONTE; FALLEIROS, 2010).

A história marca que a vinda da corte portuguesa ao Brasil em 1808 resultou na criação das primeiras instancias de saúde pública, ampliando as ações do Estado na fiscalização dos portos e no combate a varíola. Além disso, foram criadas as duas primeiras escolas de medicina e cirurgia do país, uma no Rio de Janeiro e outra na Bahia, ambas em 1808. Mas o avanço da medicina oficial com as escolas não ampliou de pronto os cuidados com a saúde da população, que permaneceu ainda por muito tempo recorrendo aos diversos agentes de cura (SCLIAR *et al*, 2002; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Em meados do século XIX, já no período imperial, em um contexto de crise sanitária com o recrudescimento de epidemias como a de febre amarela, foi criada no Brasil uma Junta Central de Higiene Pública, a qual ampliou as ações do Estado no campo da saúde pública. No entanto, em relação à assistência médica, as ações se restringiam apenas à internação de doentes graves em lazaretos e enfermarias improvisadas, em epidemias, e à internação de “loucos” no Hospício de Pedro II. Os serviços médicos hospitalares eram disponibilizados apenas por entidades filantrópicas, como as Santas Casas (ALMEIDA; DANTES, 2001; SCLIAR *et al*, 2002; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

O fim do século dezenove caracterizou-se como um momento de grandes preocupações no campo da saúde pública no Brasil, em decorrência das precárias condições sanitárias em que se encontravam seus centros urbanos e aos diversos surtos epidêmicos que assolavam sua população. Com isso, o Brasil sendo um país agroexportador e que dependia fundamentalmente da exportação do café, o combate às doenças era além de tudo uma questão de sobrevivência econômica do país (SCLIAR *et al*, 2002; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; PONTE; FALLEIROS, 2010). É neste cenário que surgem nomes importantes para a saúde pública brasileira, como Osvaldo Cruz, Adolfo Lutz e Carlos Chagas. Estes e outros personagens foram fundamentais para o enfrentamento dos problemas de saúde e, conseqüentemente, para a melhoria da situação sanitária do Brasil na época (ALMEIDA;

DANTES, 2001; SCLIAR *et al*, 2002; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; PONTE; FALLEIROS, 2010). Contudo, mesmo assim, é possível perceber que as ações do Estado em relação à saúde da população, salvo a preocupação com as epidemias, não se voltavam para a assistência à saúde dos indivíduos. As alternativas para aqueles que buscavam assistência médica eram as instituições filantrópicas e os hospitais e consultórios privados (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

A primeira atividade estatal em relação à assistência médica data de 1923, quando o governo instituiu as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) para funcionários de empresas ferroviárias e posteriormente aos marítimos e estivadores. Ao final de 1932, existiam 140 CAP com quase 19 mil segurados ativos. Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAP, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos. As CAP posteriormente foram sendo substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), que congregavam os trabalhadores por categorias profissionais (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; MERCADANTE *et al*, 2002).

A partir de 1964, a Previdência Social brasileira passou por importante reestruturação. Os IAP foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultando em um maior controle estatal neste campo. Com o INPS, a cobertura previdenciária foi ampliada para os trabalhadores rurais e posteriormente, mediante contribuição individual, às empregadas domésticas e trabalhadores autônomos. O resultado da ampliação do acesso à assistência médica à população brasileira foi a consolidação de um modelo de assistência à saúde fundado em ações individuais médico-hospitalares, originando um padrão de intervenção estatal de caráter privatista, por privilegiar a contratação do setor privado para a prestação dos serviços médico-hospitalares, e excludente, por excluir do acesso aos serviços de saúde milhões de brasileiros não vinculados ao mercado formal de trabalho (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Este modelo, segundo Giovanella e Fleury (1996 p. 180), “resultou em grandes disparidades no acesso de diferentes grupos sociais às ações de saúde com a exclusão de importante parcela da população do acesso aos vários níveis de atenção”. Segundo Escorel e Teixeira (2008), tal panorama enquadrava-se em uma concepção chamada de “cidadania regulada”, aquela em que apenas parte da população – cara neste caso os trabalhadores formais – tem alcance aos direitos sociais.

O Ministério da Saúde (MS), desde suas origens, ficou responsável pelas ações preventivistas, realizadas, sobretudo através de campanhas sanitárias. No campo de assistência médica, o MS assumiu apenas as funções de criação e manutenção de grandes hospitais para enfermidades crônicas (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Antes da criação do SUS, houve algumas iniciativas do Estado na tentativa de expandir as ações de saúde, sobretudo na parte assistencial, para aqueles que não estavam ligados à previdência social. Mas nenhuma destas tentativas se compara a abrangência alcançada pelo SUS. Como foi o caso da criação em 1949, do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), que teve caráter bastante inovador, mas, por vários motivos, foi extinto alguns anos depois da sua criação. A segunda tentativa foi com o Plano de Pronto Ação (PPA) em 1968, e a importância histórica desta política está no fato de, pela primeira vez após a extinção do SAMDU, a previdência social admitia o uso de seus recursos no atendimento universal. Sua principal inovação foi a determinação de que os casos de emergência deveriam ser atendidos independentemente do paciente ser ou não um beneficiário da previdência social (MERCADANTE *et al*, 2002).

Mas a consagração da saúde como direito universal só foi alcançado de fato com a Constituição Brasileira de 1988, após intensa luta social pelo direito à saúde em um contexto de democratização do país nos anos 80. A saúde, então, passou a ser considerada como direito

de todos, cabendo ao Estado garanti-la mediante políticas sociais que visem à redução de riscos aos agravos. Foi instituído então o SUS, como o responsável pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, organizado seguindo os princípios da descentralização, direção única em cada esfera de governo, integralidade da atenção e participação social (SCLIAR *et al*, 2002; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; PONTE; FALLEIROS, 2010; GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Com a criação do SUS, toda a população, independentemente de vínculo previdenciário, passou a poder ser atendida pelos serviços de saúde do sistema público, composto este último por serviços estatais e serviços privados contratados pela Previdência Social (lucrativos e filantrópicos) (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

O direito universal à saúde por sua vez, gerou outro problema relacionado ao acesso. A universalização do direito à saúde para Faveret e Oliveira (1990) citados por Giovanella e Fleury (1996), tem sido caracterizada como excludente, por assentirem que a inserção de camadas sociais não contribuintes foi acompanhada por um racionamento de gastos, com consequente deterioração do serviço prestado, o que teria levado à auto-exclusão dos segmentos sociais mais favorecidos do serviço público de saúde, com migração destes para o setor privado, representado pelos “planos de saúde”.

Além disso, a nova lógica introduzida pela política universalizadora do SUS trouxe consigo um novo padrão de segmentação na atenção à saúde brasileira. E esta nova forma de segmentação não ficou restrita apenas ao tipo de clientela a ter acesso aos serviços, como na política anterior, pois passa a incluir agora complexidade tecnológica, lógica estrutural e modos de financiamento diversos (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Com isso, o sistema de saúde brasileiro conformou-se basicamente em três subsistemas: o de alta tecnologia, com maior densidade tecnológica, constituído por prestadores de serviço privados e públicos, atendendo menos de 5% da população e mesmo

aos serviços gratuitos deste subsistema, apenas os grupos sociais mais ricos tem acesso a este segmento; o subsistema privado autônomo ou suplementar, que atende cerca de 1/4 da população, voltado para as classes médias e trabalhadoras integrantes do mercado formal; e o subsistema público, com atenção prestada tanto por serviços próprios estatais como privados contratados, caracterizado como o subsistema que atende os setores de menor poder aquisitivo da população (MENDES, 1991, *apud* GIOVANELLA; FLEURY 1996), e, segundo os mesmos autores, esse tipo de modelo segmentado de atenção à saúde da população brasileira dificulta a construção de um forte sistema público de proteção, devido, sobretudo ao intenso conflito de interesses entre as diversas partes envolvidas neste cenário.

Em uma análise de dez anos (1998 a 2008) realizada por Viacava (2010), os resultados apontaram para grandes variações no acesso e no uso dos serviços de saúde no Brasil, resultado provavelmente de mudanças ocorridas no contexto socioeconômico e na política de atenção à saúde brasileira. Segundo ele, o acesso aos serviços de saúde vem aumentando de forma importante nos três níveis de atenção (primário, média e alta complexidade), e o maior aumento no acesso foi observado na população residente nas regiões mais carentes. Porém, afirma que mesmo assim, ainda persistem grandes desigualdades geográficas e sociais relacionadas ao acesso aos serviços de saúde no contexto brasileiro.

Alguns autores como Pinheiro *et al*, (2002); Assis *et al*, (2003) e Travassos & Martins (2004) consideram que os fatores individuais, como a necessidade de saúde dos indivíduos e suas características demográficas, socioeconômicas, culturais dentre outras, além dos fatores que envolvem os prestadores dos serviços de saúde e os fatores envolvidos na organização desses serviços, são determinantes da utilização dos serviços de saúde. Geralmente, os serviços são mais utilizados pelas populações urbanas, mulheres, crianças e idosos, pelos mais ricos e escolarizados, e por detentores de planos de saúde.

O'donnell (2007) é do posicionamento que grande parte dos recursos para a saúde ainda continua sendo, na maioria das vezes, absorvida pelos grandes hospitais, os quais em sua maioria ficam geograficamente distantes da população rural, o que interfere no processo de cobertura de atendimento.

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

5.3 Considerações teóricas sobre acesso

Para Travassos e Martins (2004), o conceito *acesso* é essencial em muitas discussões que têm a finalidade de caracterizar a organização do serviço de saúde, de forma a contribuir para a adoção de modelos de atenção à saúde que se adéquem às necessidades da população e às especificidades de cada localidade. Entretanto, a terminologia empregada é variável entre autores e muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto. Alguns autores optam pelo substantivo *acessibilidade* para designar o caráter do que é acessível, outros preferem o termo *acesso* para designar o ingresso e a entrada nos serviços. Há ainda aqueles que utilizam ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; GIOVANELLA; FLEURY, 1996; DONABEDIAN, 2003).

Não é objetivo do estudo esgotar a discussão acerca do acesso aos serviços de saúde, nem de avançar na discussão conceitual dos aspectos e características dos sistemas e modelos de atenção à saúde. O que faremos é uma breve descrição de alguns pontos que servirão de referências para as análises posteriores.

Pesquisadores como Pechansky e Thomas (1981) tratam o acesso como um conceito geral que engloba um conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os clientes e o sistema de cuidados de saúde, onde acessibilidade é uma dessas dimensões, ou seja, está dentro do conceito de acesso, e é definida como a relação entre localização da oferta e localização dos clientes, levando em conta os recursos para transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos.

Para estes autores, as outras dimensões além de acessibilidade são: disponibilidade, definida por eles como a relação entre o volume e o tipo de serviços existentes e o volume de clientes e o tipo de necessidades; adequação funcional, definida como a relação entre o modo como a oferta está organizada e a capacidade de acomodação pela clientela; capacidade financeira, trazida como a relação entre o preço dos serviços e a capacidade dos clientes em pagar pelos serviços; e aceitabilidade, definida como a relação entre atitudes dos clientes sobre os profissionais e as características das práticas dos provedores de serviço, assim como a aceitação pelos provedores de prestar serviços àqueles clientes.

No entanto, segundo Travassos e Martins (2004), a proposta de Pechansky e Thomas de ampliação da abrangência do conceito de acesso com a incorporação de distintas dimensões não é seguida por muitos autores que, tal como Frenk e Donabedian, preferem manter o conceito em um domínio mais restrito.

Dever (1988) considera *acessibilidade* como um dos aspectos da análise da utilização dos serviços, e ainda a divide em acessibilidade geográfica e acessibilidade social, onde a primeira refere-se aos fatores de espaço, como distância, tempo e custo de viagem, além de acomodação à limitação no tempo em que os recursos estão disponíveis. Enquanto que a acessibilidade social inclui os conceitos de aceitabilidade e à disponibilidade financeira formulada por Pechansky e Thomas.

Starfield (2002) discute acesso e acessibilidade e posiciona-se afirmando que, apesar de serem utilizados de forma ambígua, esses dois termos têm significados complementares. Para esta autora a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde. Porém, o presente estudo considera os termos de acesso e acessibilidade como sinônimos, onde ambos servem para indicar o grau de ajuste entre as características dos usuários e as dos serviços de saúde no processo de busca e obtenção da atenção.

Andersen (1995) define acesso como entrada no serviço de saúde e o recebimento de cuidados subsequentes, relacionando-o com o padrão de utilização desses serviços de saúde. Para este autor, fatores individuais como os fatores predisponentes, ou seja, eventos anteriores ao surgimento do problema de saúde; fatores capacitantes, sendo os recursos disponibilizados; e a necessidades de saúde (agravos de saúde) vão influenciar o acesso no uso de serviços de saúde.

O mesmo autor ainda traz uma segunda classificação para acesso, subdividindo-o em *acesso potencial* e *acesso realizado*. Onde o primeiro refere-se ao nível individual de fatores capacitantes do uso de serviços, enquanto que o segundo refere-se à utilização concreta dos serviços, sendo influenciado por outros fatores, além dos que explicam o acesso potencial. Introduz ainda o conceito de acesso “efetivo” e de acesso “eficiente”. O primeiro consiste em utilização dos serviços com melhora das condições de saúde ou a satisfação das pessoas com os serviços, e o segundo refere-se ao grau de mudanças na saúde ou na satisfação da quantidade de serviços de saúde consumidos.

É possível perceber a grande intimidade entre os termos acesso e uso/utilização de serviços de saúde, em alguns estudos tais termos são tidos como sinônimos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Entretanto, Frenk (1985), diferencia os estudos de utilização dos de acesso

pelo fato dos primeiros tratarem apenas das características da população e dos recursos de saúde, enquanto que os estudos sobre acesso/acessibilidade analisam o grau de ajuste entre estas características. Assim como para Travassos e Martins (2004), o uso de serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele.

Frenk (1985) caracteriza acessibilidade pela ideia de complementaridade entre características da oferta de serviços e da população. Pondera que a acessibilidade é a relação funcional entre *resistência* e *poder de utilização*. Sendo a *resistência* um conjunto de obstáculos que são encontrados na procura e obtenção cuidados, vinculados aos serviços, podendo ser caracterizados como obstáculos ecológicos, financeiros e organizacionais. Já o *poder de utilização* é a capacidade da população para superar tais obstáculos, de forma a melhor utilizar os serviços oferecidos. Neste tocante os obstáculos podem ser classificados como financeiros, de tempo, de transporte e de lidar com a organização dos serviços. Para este autor, a discussão sobre a acessibilidade se daria, desta forma, na relação existente entre as características dos indivíduos e dos serviços oferecidos.

Unglert (1990) avança nessa discussão e identifica aspectos que os tomadores de decisão devem levar em conta para que os obstáculos relativos ao acesso aos serviços possam, de alguma maneira, ser minimizados ou mesmo eliminados. Para vencer os obstáculos geográficos é importante o adequado planejamento da localização dos serviços de saúde. No tocante aos obstáculos funcionais ou organizacionais faz-se necessário o intermédio por meio da oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população. Para a superação dos obstáculos socioculturais é interessante a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem. Nos obstáculos econômicos é essencial a remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou de contribuição pelo usuário. Entretanto, esse último não se adéqua necessariamente à realidade da população

brasileira, pois o acesso aos serviços de saúde independe, teoricamente, de pagamento ou contribuição.

Considerando as definições anteriores, pode-se observar que o conceito de acesso sempre implica a relação entre o usuário, suas necessidades de saúde e os serviços de saúde. Portanto, ao se tratar do tema acesso, deve-se olhar para além da oferta e organização dos serviços e dos recursos tecnológicos disponíveis. Com isso, é a partir dessa perspectiva que se caminhou neste estudo.

5.4 O acesso como categoria de análise dos serviços de saúde

Em busca de abstrair modelos teóricos para a seleção de variáveis na tentativa de encontrar maior coerência entre o referencial teórico e a definição conceitual a ser utilizada para analisar as condições de acesso/acessibilidade aos serviços de saúde, Giovanella e Fleury (1996) demarcaram quatro modelos evidenciados a partir de outros estudos e da legislação brasileira: o modelo economicista, o modelo sanitarista-planificador, o modelo sanitarista-politista e o modelo da representação social.

Segundo as autoras, o modelo *economicista* preocupa-se com a relação da oferta e demanda dos serviços de saúde, através da diferenciação dos distintos grupos populacionais no acesso aos bens e serviços de saúde, onde esta relação é moldada na forma de assistência médica. Entretanto, este modelo encontra seu próprio limite ao reconhecer que a soberania do usuário do sistema de saúde em seu processo de decisão, não pode ser reduzida à simples disponibilidade de oferta de serviços, devendo ser levado em consideração, além disso, as “aptidões ideológicas” dos consumidores, ou seja, aquelas representações intrínsecas relacionadas aos distintos sistemas de cura presentes na sociedade (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

O modelo *sanitarista-planificador*, decorre de estudos que se baseiam na possibilidade de consumo de serviços de saúde por parte dos usuários, considerando o acesso, a partir da ação planejadora do Estado na garantia da localização adequada, da disponibilidade e da articulação funcional dos serviços em uma rede organizada de acordo com a demanda, da informação adequada aos usuários, assim como de um fluxo ágil no interior dos distintos níveis do sistema. Ou seja, este modelo baseia-se em analisar se a atenção à saúde encontra-se estabelecida de acordo com o preconizado para a organização dos serviços de saúde. Contudo, segundo as autoras, o problema crônico das políticas públicas de saúde em não conseguir “integrar os serviços públicos de saúde em uma rede hierarquizada, [...] torna esta concepção do acesso mais uma ‘imagem-objeto’ do que uma realidade a ser analisada” (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 193).

O modelo *sanitarista-politicista* toma como conceito-chave a noção de consciência sanitária. Propõe-se neste modelo que a questão do acesso pode ser entendida pela própria definição de consciência sanitária, onde as autoras utilizam para isso a definição de Berlinguer, como:

a tomada de consciência sanitária de que a saúde, como afirma o artigo da Constituição, é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Mas como este direito é sufocado e este interesse descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo (BERLINGUER, 1978, *apud* GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p.193).

Neste sentido, a consciência sanitária esta intimamente relacionada com o fato dos usuários terem (ou não) conhecimento de que se tem um direito a ser garantido por lei, e a partir disso, então, lutarem por esta garantia. Além disso, este também pode ser considerado um processo de politização, pois a compreensão desta realidade de fato, pode levar à:

formação de uma contra-hegemonia, através da construção de um novo saber e de uma força social capaz de cobrar o cumprimento das disposições legais acerca da atenção à saúde, da organização do sistema de serviços e da universalização do acesso (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p.194).

Portanto, o acesso neste modelo não está relacionado diretamente ao contato dos usuários com os serviços de saúde em momentos de suas vidas em que estes necessitam. Mas está relacionado principalmente com a participação destes usuários na conformação dos serviços, assim como no requerimento pela participação na gestão e no controle social. Sobre este modelo, as autoras comentam que mesmo esta abordagem estando mais relacionada com as lutas políticas no campo da Saúde Coletiva do que no estudo do acesso, esta pode vir a ser uma variável significativa na explicação de diferenças na utilização dos serviços de saúde, assim como na avaliação destes por parte da população.

Por fim, as autoras trazem o modelo teórico da representação social, o qual, segundo elas, se distancia da visão positivista dos modelos citados anteriormente, por não reconhecer nada que é exterior à ordem simbólica. Neste modelo, considera-se que o real só se consolida através da mediação de uma ordem simbólica, a qual lhe dá consistência, para assim poder ser compartilhada por um grupo determinado dotado de características comuns. Ou seja, a realidade é uma constituição subjetiva, que não pode ser abstraída fora do sujeito coletivo e histórico, os quais servem de suporte, assim como de transmissores destas construções (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Herzlich (2005), tratando da representação social no campo da doença, comenta que a representação social não é apenas esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, pois, através da interpretação coletiva dos estados do corpo (doença) é possível abstrair a própria ordem social. Este autor explica o a importância do fenômeno da doença na interpretação da realidade, onde segundo ele,

Por ser um evento que ameaça ou modifica, às vezes irremediavelmente, nossa vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo, a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira (HERZLICH, 2005, p.66).

Tendo em vista que a busca por atenção à saúde esta direta ou indiretamente relacionada a situações que envolvem o processo saúde-doença, esse processo é passível de constituição de representações acerca das experiências lidadas com os serviços de saúde por parte dos usuários. Ou seja, mesmo o acesso aos serviços de saúde não se tratando de uma questão de adoecimento em si, os dois processos estão intimamente relacionados.

Giovanella e Fleury (1996) utilizando as idéias de Minayo (1992) comentam que mesmo as representações sociais sendo fruto da vivencia das contradições que permeiam as classes sociais, apresentando, portanto elementos tanto de dominação quanto de resistência, cada grupo constrói sua representação particular de acordo com sua posição social. Pois esta representação carrega interesses próprios de cada grupo ou classe social, assim como seu próprio dinamismo.

Em suma, a discussão teórica realizada por Giovanella e Fleury (1996) delineou que ao se tratar da política de saúde a partir das condições de acesso/acessibilidade aos serviços de saúde, deve-se buscar ter uma visão compreensiva baseada nas seguintes dimensões:

uma **dimensão econômica**, referente à relação entre oferta e demanda; uma **dimensão técnica**, relativa à planificação e organização da rede de serviços; **uma dimensão política**, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e **uma dimensão simbólica**, relativa às *representações sociais* acerca da atenção e ao sistema de saúde (GIOVANELLA e FLEURY, 1996, p. 196, grifo nosso).

Com isso, a dimensão simbólica relativa às representações sociais foi o eixo recortado no presente estudo para, a partir de identidade da comunidade rural ribeirinha, que é uma identidade territorial (HAESBAERT, 1999), materializar, por meio do processo de representar os pensamentos individuais, agregadores do objeto – acesso aos serviços de saúde, constituintes da relação simbólica e imaginária dos ribeirinhos.

5.5 A Teoria das Representações Sociais

As representações sociais não pertencem a um único campo de conhecimento. Possuem suas raízes epistemológicas na Sociologia, na Psicanálise de Freud e se desenvolvem na Psicologia Social de Serge Moscovici, aprofundando-se com o pensamento científico de Denise Jodelet (DUARTE, 2009).

Do ponto de vista sociológico, o autor que primeiro tratou do conceito de representações sociais foi Émile Durkheim, usando a expressão *representações coletivas*, conceituando-a como “a categoria de pensamento por meio das quais uma determinada sociedade elabora e expressa sua realidade” (MINAYO, 2008. p. 220).

Para Durkheim, é a sociedade que pensa e tem como essência a associação de indivíduos que compõem a consciência social e as representações coletivas. Nesse sentido, as representações são tidas como exteriores aos indivíduos e independentes dos mesmos. Logo, as representações coletivas, ao se formarem, ganham vida própria e podem circular, sem sofrer alterações a outros grupos sociais, impondo-se aos mesmos. Durkheim expressa que algumas representações, mais do que outras, exercem uma peculiar coerção sobre uma determinada sociedade para que seus membros atuem em determinado sentido. Apresenta como exemplos dessas representações, as religiões e a moral. Assim, considera as representações a partir de um lugar que não seja a consciência individual, reconhecendo a importância do social na construção das representações que são estáticas após serem formadas (DURKHEIM, 1978, *apud* MINAYO, 2008).

A construção teórica das representações sociais teve nos esforços sinérgicos de Serge Moscovici o traçar de uma teoria que se preocupa com um problema crônico das Ciências Sociais: a relação entre o pensamento científico e aquele que se refere ao senso comum, o pensamento popular (MOSCOVICI, 2003).

Os estudos contemporâneos sobre representações sociais tiveram como precursor Serge Moscovici, o qual se inspirou em Durkheim para a elaboração da Teoria das Representações Sociais. No entanto, a abordagem teórica moscoviciano se diferencia da abordagem sociológica clássica das Representações Coletivas de Durkheim, que concebe as representações sociais como entidades estáticas, externas aos indivíduos e ao caráter individualista da Psicologia Social norte-americana, por propor uma abordagem psicossociológica das representações sociais, na qual o individual e o coletivo não possuem independência relativa (FARR, 2007). Para Moscovici (2003), não existe uma separação entre o universo interior e exterior, tanto de indivíduos quanto de grupos, estando o sujeito e o objeto social presentes em um mesmo plano.

Dessa maneira, a substituição de coletiva por social é, dessa forma, uma maneira de acentuar essa diferença, haja vista que as representações sociais de Moscovici deixaram de ser um conceito que explica o conhecimento e crenças de um grupo para se tornar um fenômeno que exige explicação e que produz conhecimento pela representação do pensamento humano (HOROCHOVSKI, 2004).

De acordo com Jodelet (2001), que propaga as idéias de Moscovici, a dinâmica das representações sociais tem capacidade de mudar e de abranger diferentes grupos sociais, explicitando a importância da comunicação para que as representações não permaneçam estáticas, uma vez que, no cotidiano, as pessoas formulam e reformulam suas ideias, constroem e reconstroem seus imaginários e, conseqüentemente, suas ações.

Por este prisma, concebe-se que é com o olhar da Psicologia Social que Moscovici define *representações sociais* como:

um conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos, e sistemas de crença das sociedades tradicionais; podem ser vistas como a versão contemporânea do senso comum (MOSCOVICI, 1981, *apud* OLIVEIRA J. *et al*, 2007, p.387).

Jodelet (2001 p. 32) corrobora com Moscovici e define *representações sociais* como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

As representações sociais, idealizadas por Moscovici, funcionam como um sistema de interpretação da realidade, atuando nas relações estabelecidas pelos indivíduos em seu meio, orientando, desta maneira, seus comportamentos e práticas. Como bem diz seu pensador, não são apenas "opiniões sobre" ou "imagens de" e sim teorias coletivas sobre o real (Moscovici, 2003).

Embora elas não determinem inteiramente as decisões tomadas pelos indivíduos, limitam e orientam o universo de possibilidades colocadas a disposição das pessoas, ou seja, é uma ferramenta que fornece ao indivíduo parâmetros para o comportamento e orientação para as relações sociais (VERGARA; FERREIRA, 2005).

Carvalho (2005) ao escrever sobre *representação social*, afirma que esta não sendo considerada uma teoria científica, mas uma versão do senso comum, não a confere o *status* de pensamento primitivo ou menor. Pelo contrário, ela se apresenta como uma categoria especial de conhecimento, que varia em função de onde, quando e de quem se serve dela. E, por se definir em função de um contexto, a representação social, também, se caracteriza por atualizar um componente histórico no comportamento do grupo, ou seja, o comportamento não é função apenas de circunstâncias imediatas, mas, de alguma maneira, é controlado por aquilo que foi preservado do passado, não sendo este um passado de eventos apenas, mas, um passado de relações entre indivíduos.

A partir das representações trabalhadas por Moscovici (2007), identifica-se algumas funções que lhes são concernentes: *função saber* –permitem que os indivíduos compreendam e expliquem seu mundo e o construa a partir do que vivenciam; *função de orientação* –guiam e orientam os comportamentos e as práticas sociais; *função identitária* – definem a identidade

social e sustentam a especificidade dos grupos; *função justificatória* – permitem a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos prévios ou da própria mudança de atitude.

Partindo dessa compreensão, é possível enfatizar o sentido da heterogeneidade da vida social moderna, permitindo a percepção de que a pesquisa sobre representações sociais assume um foco distinto na emergência de nova forma de *representação social* para a criação de um novo conceito dela abstraído.

Há autores que defendem que as representações sociais são vistas como atributos pessoais, como estruturas de conhecimento individuais, embora compartilhadas, perante a qual este compartilhamento se refere a crenças, imagens, metáforas e símbolos dentro de um grupo, comunidade, sociedade ou cultura. Logo, são entendidas como um conteúdo mental cognitivo, avaliativo, afetivo e simbolicamente estruturado a respeito de um fenômeno social relevante, que toma a forma de imagens ou metáforas, sendo compartilhado com os demais membros do grupo social de modo consciente (DUARTE *et al*, 2009).

A opção por escolher-se a abordagem psicossocial de Serge Moscovici decorreu pelo entendimento de que as experiências tidas pelos usuários do Sistema Único de Saúde com os serviços de saúde, nas esferas estadual e federal, em sua satisfação ou não quanto ao atendimento recebido, resultam em construções mentais elaboradas socialmente, que circulam nas comunicações estabelecidas entre os indivíduos, fazendo parte de uma lógica cultural e de valores presentes na sociedade, quer sejam latentes ou manifestos (JODELET, 2001).

Sá (1998) destaca algumas temáticas na produção empírica das representações sociais: a primeira trata da relação entre a Ciência e o pensamento erudito com o pensamento popular ou a representação popular. A segunda temática aborda a relação saúde-doença, que responde com significativa geração representacional pelo caráter ameaçador da vida. O desenvolvimento humano constitui uma terceira temática com estudos voltados para a infância. Uma quarta temática apresentada por Sá, está relacionada à educação, com estudos

representacionais envolvendo aluno e professor no cotidiano escolar, no ensino fundamental, no ensino superior e em outros contextos educacionais. O mundo do trabalho, as profissões, as organizações e empresas, condições de trabalho, entre outras relações de trabalho são objetos de uma quinta área temática. A sexta e a sétima temáticas defendidas por Sá correspondem, respectivamente, a estudos sobre comunidades e afins, questão de exclusão social, em que a primeira abriga estudos de identidade, a questão comunitária em sentido amplo e os estudos em comunidades religiosas. A segunda trata das questões de discriminação racial, assim como outros problemas de exclusão social (SÁ, 1998).

Para Trindade (1996), as representações sociais na área da saúde, assim como em outras, têm sido frequentemente utilizadas para identificar determinados significados de objetos para uma compreensão mais abrangente acerca de fenômenos sociais. Elas têm, assim, grande potencial para contribuir com as Ciências da Saúde.

A teoria inaugurada por Moscovici, também chamada de *grande teoria*, desdobra-se ainda em três correntes teóricas: a processual, tida como a mais fiel à teoria original, e vem sendo liderada por Denise Jodelet; a corrente estrutural, representada por Jean-Cloude Abric e que dá ênfase à estrutura dos conteúdos cognitivos das representações; e a corrente relacional ou societal, liderada por Willem Doise e que tem seus alicerces nos preceitos sociológicos (SÁ, 1998).

Segue-se então em um aprofundando maior sobre a vertente processual, que apresenta forte relação ao objeto de estudo dessa dissertação. Esta vertente vem sendo liderada por Denise Jodelet, que constitui um arcabouço teórico que amplia consolida e fortalece os preceitos de Serge Moscovici. Ela vem contribuindo com a evolução da teoria nos dias atuais, destacando-a no campo das Ciências Humanas com um domínio conceitual de pesquisa com metodologia própria. Esta abordagem tem proporcionado entendimento sobre as representações sociais de maneira a pensá-las tanto em nível individual como coletivo, na

qual o sujeito constitui-se e reconstitui-se nas experiências vivenciadas nas relações cotidianas. Essa vertente teórica da representação social confere ênfase ao processo de constituição das representações simbólicas e imaginárias e afirma a importância do seu produto, que são seus conteúdos (SÁ, 1998).

Nas palavras de Jodelet (2001):

as representações são abordadas concomitantemente como produto e processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e de elaboração psicológica e social dessa realidade. Isto quer dizer que nos interessamos por uma modalidade de pensamento, sob seu aspecto constituinte – os processos, e constituído – os produtos ou conteúdos. Modalidade de pensamento cuja especificidade vem de seu caráter social (p. 22).

Segundo esta autora, os processos formadores das representações sociais partem de processos cognitivos assim como das interações sociais. A autora versa sobre as representações como formas de saber prático ligando um sujeito à um objeto, ou seja, o estudo das representações sociais permite compreender a forma como as pessoas representam um objeto, assim como a finalidade e a função deste objeto.

Com isso, considerando o processo de construção das representações sociais, faz-se necessário o entendimento de dois mecanismos de um processo que se baseia na memória e em conclusões passadas: a *objetivação* e a *ancoragem*.

Para Moscovici, a objetivação é definida como a passagem de conceitos ou idéias para esquemas ou imagens concretas, as quais, pela generalidade de seu emprego, se transformam em "supostos reflexos do real" (MOSCOVICI, 1978).

A *objetivação*, neste caso, é o processo pelo qual se tenta reabsorver um excesso de significações, dando materialidade às mesmas, haja vista que:

A quantidade de significantes e indícios que um determinado grupo utiliza pode se tornar de tal maneira abundante que os sujeitos, frente a esta situação, procuram combatê-la tentando ligar as palavras a coisas. Moscovici entende que desta forma os conceitos ganham cor ou se concretizam, e assim a objetivação permite ao sujeito apoderar-se de determinado conhecimento, eliminando intermediários. Transportando para o seu mundo um conhecimento que era apenas inferência ou símbolo, os sujeitos o incorporam ao oferecer-lhe status de objeto e, então, podem manuseá-lo (CARVALHO, 2005, p.147).

A *ancoragem*, por sua vez, é tida como a constituição de uma rede de significações em torno do objeto, relacionando-o a valores e práticas sociais. Desta maneira, a ancoragem é o outro lado da moeda em relação à objetivação. Se a objetivação busca integrar o objeto social a um universo cognitivo, a ancoragem busca fazer do objeto incorporado um instrumento de ação e modificação da realidade. O conceito de ancoragem evoluiu do conceito de “amarração”, pelo processo ser comparado ao ato de “amarrar um barco a um porto seguro”, isto é, a ancoragem ajusta o objeto representado à realidade da qual ele foi abstraído, promovendo a constituição de uma rede de significações em torno do objeto e orientando as conexões entre ele e o meio social. Logo, a ancoragem é o modo pelo qual o conhecimento se enraíza no social e retorna a ele e é por meio do qual dá sentido ao objeto. Com isso, o objeto, via representação social, passa a ser um instrumento auxiliar para a interpretação da realidade. (OLIVEIRA E. *et al*, 2004; MOSCOVICI, 2003; CARVALHO, 2005).

Jodelet (2001), tratando da abordagem processual, considerando o processo de ancoragem e relacionando-o dialeticamente à objetivação, define as três funções básicas da representação: a função cognitiva da integração da novidade, a função de interpretação da realidade e a função de orientação das condutas e das relações sociais. Parte da interpretação que este processo permite compreender como a significação é conferida ao objeto representado; como a representação é utilizada como sistema de interpretação do mundo social e instrumentaliza a conduta; e como se dá sua integração em um sistema de recepção e como influencia e é influenciada pelos elementos que aí se encontram.

Logo, o conhecimento se constitui em processos de desenvolvimento contínuo e permanente nas reflexões e seu produto se constitui das decisões e elaborações que emergem em âmbito coletivo ou individual advindo das relações sociais. Com isso, e sendo a representação social uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto – portanto, construída em uma relação – faz-se necessário a consideração de três questionamentos

fundamentais em estudos desse tipo: “‘Quem sabe e de onde sabe?’; ‘O que e como sabe?’; ‘Sobre o que sabe e com que efeitos’” (JODELET, 2001, p. 28).

Desta forma, com base no pensamento e proposições de Denise Jodelet, a perspectiva teórica da abordagem processual das representações sociais enfatiza a importância de tratá-las não apenas como produtos do pensamento social, mas, também, como processos de construção coletiva pela compreensão de como as representações são produzidas e mantidas.

5.6 O município de Autazes

O município de Autazes (Figura 1) tem uma população de 31.876 habitantes, sendo que 56,44% s e encontra na área rural do município. Geograficamente, Autazes localiza-se na 7ª Sub-Região – Região do Rio Negro - Solimões, tem área territorial de 7.896 km². O acesso ao município é por via fluvial, e este se distancia 108 km em linha reta da capital do estado, e 100 milhas por via fluvial. Faz limites com os municípios de Nova Olinda do Norte, Borba, Careiro Castanho e Careiro da Várzea (IBGE, 2010; AMAZONAS, 2012).

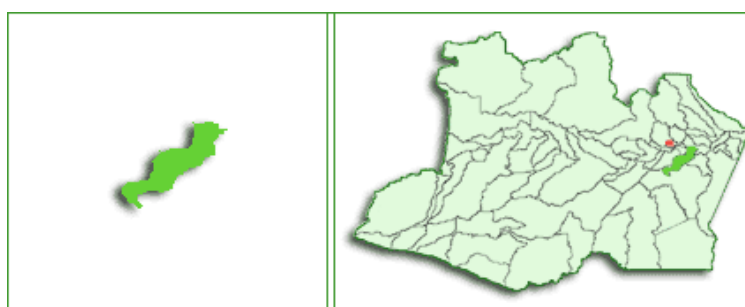


Figura 1: Localização do município de Autazes no estado do Amazonas
FONTE: Amazonas, 2012.

As atividades econômicas do município estão divididas em setores primário, secundário e terciário. O setor primário caracteriza-se pela agricultura baseada, especialmente, no cultivo de produtos como mandioca de várzea e de terra firme, milho, feijão (culturas temporárias), com destaque para o cupuaçu, guaraná, banana, e laranja (culturas

permanentes); a pecuária é a atividade econômica de maior importância, tanto na ocupação da mão-de-obra como na geração de renda do município; a pesca; a avicultura; o extrativismo vegetal tem a castanha do Brasil e a borracha como os principais produtos extrativos; e a hortifruticultura, atividade pouco desenvolvida está voltada somente para o consumo doméstico e explorada de forma empírica (AMAZONAS, 2012).

No setor secundário, tem-se a indústria de madeira, de tijolo, de gelo, de mobiliário, da construção naval, de produtos alimentícios e beneficiamento da borracha. O setor terciário está voltado para as atividades do comércio varejista e atacadista, que vão desde gêneros alimentícios até material de construção, além de serviços: oficina mecânica, borracharia, oficina de refrigeração, protético, pintor de parede, cabeleireiro, costureira, fotógrafo, banco, hotéis e outros (AMAZONAS, 2012).

O município de Autazes encontra-se em condição de gestão da saúde em Gestão Plena da Atenção Básica, com os seguintes serviços públicos de saúde: Federal 1, Estadual 1 e Municipal 8, destes sendo 1 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, 7 Centros de Saúde/Unidade Básica, 1 Unidade de Apoio Diagnose e Terapia, 1 Unidade de Vigilância em Saúde e 1 Unidade Mista de Saúde . No início de 2012, 100% da população encontrava-se coberta pela Estratégia Saúde da Família por 13 equipes da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2012).

5.7 A Vila de Urucurituba

A Vila de Urucurituba caracteriza-se como um aglomerado populacional de pequeno porte, dotado de economia de autossuficiência e subsistência, com dependência territorial e administrativa ao município de Autazes, predominando economicamente o setor terciário de comércio e serviços locais.

A comunidade ribeirinha localiza-se à margem esquerda do rio Madeira, dista de barco (voadeira de 25HP) aproximadamente 2 horas de viagem da sede do município de Autazes (Figura 2).



Figura 2: Imagem aérea da comunidade ribeirinha Vila de Urucurituba
FONTE: Google Maps, adaptado pelo autor.

A Comunidade Rural Vila de Urucurituba tem uma população de 1.177 habitantes, dividida em 299 famílias (SEMSA Autazes, 2012). Os habitantes da comunidade trabalham principalmente na agricultura, além de praticarem a pesca artesanal de subsistência, e alguns comercializam gênero de primeira necessidade. No setor saúde, a comunidade possui uma Unidade Básica de Saúde. A equipe de saúde é composta por: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 dentista, 1 Técnico em Saúde Bucal (TSB) e 4 Agente Comunitário de Saúde (ACS), que se deslocam da sede do município para a comunidade de segunda a quarta-feira, com exceção dos dois últimos profissionais que moram na comunidade.

6 DESENHO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa de informações fundamentadas na Teoria das Representações Sociais (Moscovici, 2007) triangulada com o método de organização e de procedimentos analíticos de Análise de Conteúdo (Bardin, 2011).

6.2 Local de estudo

A pesquisa foi realizada na Comunidade Rural de Vila de Urucurituba, pertencente ao município de Autazes, no Estado do Amazonas.

A Comunidade Rural Vila de Urucurituba foi escolhida por ser uma das mais distantes da sede do município e por não ser uma comunidade indígena, haja vista que entre as comunidades rurais de Autazes, grande parte é de comunidade indígena, devido esta região ser bastante povoada pelos índios mura. O motivo da escolha do município procede da viabilidade de acesso do pesquisador ao campo de pesquisa e pelo suporte que a secretaria municipal de saúde de Autazes se dispôs em dar para a realização da pesquisa.

6.3 Sujeitos da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram 18 ribeirinhos, moradores da Comunidade Rural Vila de Urucurituba, do município de Autazes, Estado do Amazonas, que se enquadraram nos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C).

6.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram:

- 1 - ser morador da Comunidade Rural Vila de Urucurituba;
- 2 - ser maior de idade (entre 18 e 65 anos);
- 3 – ser do sexo masculino ou feminino;
- 4 – estar em condição de saúde para responder à pesquisa;
- 5 - aceitar participar do estudo e assinar o TCLE.

Os critérios de exclusão foram:

- 1 – não ter residência fixa na comunidade rural;
- 2 – ser menor de idade (18 anos) e ter idade maior de 65 anos;
- 3 – não consentir sua participação no estudo.

6.5. Caracterização da amostra:

Dos dezoito entrevistados, 72% dos informantes são do sexo feminino, com idade entre 31 a 40 anos (37%), seguida de 41 a 51 anos (31%). São oriundos do município de Autazes (56%), sendo 28% da sede do município, 22% da Vila de Urucurituba e 6% da Vila Soares e, os outros 44% são provenientes de Manaus (22%) e do município de Nova Olinda do Norte (22%), com maior tempo de residência fixa na comunidade variou entre 01 a 10 anos (33%) e de 11 a 20 anos (28%). Informaram possuir uma renda familiar de até um salário mínimo, sendo o setor agropecuário, o que congrega grande parte desses trabalhadores juntamente com os que exercem suas atividades laborais como servidores públicos municipais e do ramo de comércio.

O estado civil mais evidenciado foi o de casado (83%), com uma prole de, em média, 1 e 3 três filhos (55%), predominando o ensino fundamental incompleto (39%). Dos informantes, 10 disseram receber algum tipo de apoio social, sendo que todos eram do tipo

Bolsa Família. Doze dos entrevistados afirmaram que eles mesmos ou alguém da família tinham transporte próprio, sendo que todos são do tipo “rabeta”, canoa de madeira com um motor de baixo potencial de velocidade. Todos os informantes afirmaram não ter plano de saúde e apenas 03 entrevistados disseram não serem cadastrados na Estratégia Saúde da Família da comunidade.

6.6 Coleta de Dados

Para a obtenção das informações concernentes às representações sociais dos ribeirinhos sobre o acesso aos serviços de saúde, utilizamos como técnica de coleta a entrevista semiestruturada (Apêndice B = Roteiro de Entrevista), a qual possibilitou, em campo, a comunicação direta do pesquisador com os informantes a fim de favorecer a interação interpessoal para obtenção de dados objetivos e subjetivos referentes ao objeto de estudo, constituintes do *corpus*.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento de cada participante e transcritas na íntegra para um editor de texto, do qual se elaborou arquivos por entrevista/informante, que recebeu uma letra em maiúsculo relacionada com o sexo (M = masculino e F = feminino), seguida de um número correspondente à idade do entrevistado. Não houve repetição de letras e números.

Para a eleição dos informantes da pesquisa, buscamos fazer um *rapport* entre o pesquisador e as lideranças da comunidade para o estabelecimento de uma relação positiva e mútua de confiança. Em seguida, as lideranças foram convidadas a participarem da pesquisa e a indicarem comunitários que se adequassem aos critérios de inclusão da investigação, o que gerou recomendação pessoa-pessoa para cada entrevista e convites aleatórios aos comunitários por parte do pesquisador, com terminalidade das entrevistas pela regra de exaustividade, com saturação das respostas advinda da homogeneidade dos termos.

6.7 Organização e análise dos dados

As informações produzidas com as entrevistas foram tratadas por meio da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011). Entre as opções metodológicas para o estudo das representações sociais, Moscovici (1978, p. 32) sugere a análise de conteúdo, pela sua aplicabilidade a análise das comunicações, o qual firma que “qualquer transporte de significações de um emissor para um receptor controlado ou não por este, deveria poder ser escrito e decifrado pelas técnicas de análise de conteúdo”. Souza Filho (1995) corrobora e cita que:

a tarefa básica de um estudo de representação social é explicitar elementos de sentido isolados ou combinados em construtos representacionais, produzidos, mantidos e extintos em funções de condições sociais específicas vividas por indivíduos e grupos. Desse modo, essas unidades de sentido e de contexto podem ser inventariadas segundo o método de análise de conteúdo (p. 113).

De acordo com Bardin (2004, p. 44), a análise de conteúdo pode ser entendida como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A técnica de análise de conteúdo organizou-se em diferentes fases e dividiu-se em três pólos cronológicos: a) *a pré-análise*; b) *a exploração do material*; c) *o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação*.

A *pré-análise* consistiu-se da fase de organização das informações, correspondendo a um período em que o intuito do pesquisador tornou sistematizadas e operacionais as idéias iniciais do entrevistado para a condução dos planos de análise. São basicamente três as incumbências desta primeira fase: a escolha dos documentos a serem analisados - entrevistas, o seguimento das hipóteses/questões norteadoras e dos objetivos formulados e, a elaboração de indicadores categóricos para a interpretação final.

A fase de *exploração do material* consistiu na administração sistemática das decisões tomadas na fase de *pré-análise*. Correspondeu a uma fase essencialmente de operações de codificação e enumeração das categorias temáticas constituintes do *corpus*.

Na fase de *tratamento dos resultados obtidos e interpretação*, os achados brutos dos textos foram representados pelo processo aleatório de unidades de registro (temas), recortadas a partir de cada entrevista, com posterior agregação e enumeração dos temas congruentes para a fase de interpretação (BARDIN, 2011), ou seja, com a técnica de análise de conteúdo foi possível a identificação dos *grupos temáticos* que se agregaram em *unidades de registro*, o que tornou possível definir as *categorias* e os *núcleos estruturadores do discurso*. As *unidades de registro* puderam ser graficamente apresentadas por meio de uma palavra ou frase de identificação, sendo desprendidas do texto de cada entrevista e vinculação aos objetivos da pesquisa. Identificadas as unidades de registro, estas foram submetidas à agregação, a quantificação e à classificação para a escolha das *categorias temáticas*.

As *categorias temáticas* se constituíram em rubricas provenientes de junções semânticas das unidades de registro, que foram agregadas aos temas mais amplos, em torno dos quais os depoimentos prestados se manifestaram. Optamos por dispor esses elementos em um quadro de análise, haja vista que esta forma gráfica possibilita uma visualização da quantificação dos elementos dos discursos que se agregaram em torno da temática do estudo. Por meio do quadro foi possível fazer uma análise criteriosa dos discursos dos ribeirinhos, buscando identificar os sentidos implícitos e/ou explícitos que possibilitaram a uma melhor descrição e interpretação do conteúdo das mensagens. O produto da análise e interpretação do conteúdo do *corpus* teve como referência analítica a Teoria das Representações Sociais.

Para a organização e análise dos dados e das informações contidas no instrumento de coleta de dados – Apêndice A = Formulário de perfil socioeconômico-demográfico dos

sujeitos, fizemos o uso do programa Excel 2007®, com tabulação estatística em número e percentual.

Das falas dos informantes emergiu a representação social da simbologia abstraída da perspectiva coletiva sobre *o acesso aos serviços de saúde na comunidade*, objeto investigativo principal do estudo. Para o tratamento das informações obtidas nessa fase, procedeu-se a codificação da análise quantitativa e categorial semântica dos conteúdos, que resultou na classificação e agregação em categorias: Rede de Atenção à Saúde, Recursos Humanos Disponíveis, Recursos Materiais de Consumo e Referência e Contrarreferência (Figura 3).

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Rede de Atenção à Saúde (RAS)	- Infraestrutura (RASI) - Serviços (RASS)
Recursos Humanos Disponíveis (RHD)	- Equipe de saúde (RHDES) - Especialidades médicas (RHDEM)
Recursos Materiais de Consumo (RMC)	- Medicamentos (RMCM) - Prática integrativa e complementar (RASPIC)
Referência e Contrarreferência (RCR)	- Sede do município (RCRSM) - Capital (RCRC) - Casa de Apoio (RCRCA)

Figura 3 – Codificação das categorias e subcategorias temáticas.

7 ASPECTOS ÉTICOS

A execução do projeto de pesquisa seguiu o que preconiza o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, sendo aprovado sob o CAAE: 11449912.5.0000.5020.

8 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa estão dispostos no artigo intitulado: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE RIBEIRINHOS SOBRE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE COMUNIDADE RURAL. Este manuscrito foi formatado com base nas normas de publicação de artigo original, da Revista Saúde Pública, da Universidade de São Paulo.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE RIBEIRINHOS SOBRE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE COMUNIDADE RURAL

SOCIAL REPRESENTATIONS OF RIVERINES ON ACCESS TO HEALTH SERVICES FOR RURAL COMMUNITY

RESUMO

OBJETIVO: Analisar as representações sociais de ribeirinhos sobre o acesso aos serviços de saúde.

MÉTODOS: Estudo qualitativo fundamentado na Teoria das Representações Sociais, realizado com 18 moradores da Comunidade Rural Vila de Urucurituba, do município de Autazes, Estado do Amazonas, no ano de 2012. Os critérios de inclusão foram: ser morador ribeirinho, pertencer à comunidade em estudo e ser maior de idade. A análise teve por base o método de análise de conteúdo temática e considerou as categorias: rede de atenção à saúde, recursos humanos disponíveis, recursos materiais de consumo e referência e contra-referência.

RESULTADOS: Foram identificadas as seguintes imagens simbólicas: o acesso ao serviço de saúde da comunidade rural é insipiente e ineficaz, com desajuste entre prestação de serviços básicos e especializados de saúde e demanda reprimida, deficiência na assistência farmacêutica básica e indispensável, inexistência e precariedade do sistema de referência e contra-referência.

CONCLUSÕES: Há problemas de gestão administrativa da rede de atenção à saúde que dificultam a acessibilidade aos serviços de saúde.

DESCRIPTORIOS: Acesso aos serviços de saúde. Relações comunidade-instituição. Sistema Único de Saúde. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the social representations of the riverine on access to health services.

METHODS: Qualitative study based on social representations theory, carried out with 18 families selected from a community rural of Amazonas, North Brazil in the year 2012. Criteria for inclusion included being resident in the rural community riverside. The analysis was based content analysis and encompassed the following categories: health care network, human resources available, material resources consumption and reference and counter-reference.

RESULTS AND DISCUSSION: We identified the following symbolic images: the access to health services in the community rural is incipient and ineffective, pharmaceutical assistance deficient, with precariousness and lack of system reference and counter-reference.

CONCLUSIONS: There are problems in the organization of the health services network that difficult the accessibility to health services in the rural community riverside.

DISCRIPTORS: Health Services Accessibility. Community-Institutional Relations. Unified Health System. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

A garantia da atenção integral à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) envolve os termos *acesso* e *acessibilidade*, haja vista que um dos fatores que corroboram para a sua discussão é a visível inacessibilidade de milhares de pessoas aos serviços de saúde. Distintos e complementares entre si, acesso e acessibilidade, ao mesmo tempo em que significam, respectivamente, acesso aos serviços de saúde ofertados e adentrar aos serviços ou recursos ofertados.¹

De terminologia variante e polissemia complexa, os vocábulos *acesso* e *acessibilidade*, muitas vezes, são empregados de forma inadequada e imprecisa, expressando uma obscuridade semântica não explicativa das relações comunidade-instituições de saúde pelo usuário do SUS quanto ao uso dos equipamentos, serviços e produtos de saúde disponíveis, visto que os termos comportam dimensões socioeconômicas, geográficas, culturais e políticas do contexto social e assistencial.²

O acesso, com seus múltiplos significados, agrega um conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os usuários e o sistema de serviços e de cuidados de saúde. Neste sentido *lato sensu*, a acessibilidade emerge da raiz conceitual de acesso para definir-se como a relação geoespacial da localização da oferta de serviços de saúde com a dos usuários, constituintes das diferentes situações de transporte, tempo de viagem, distância, custos e os recursos disponíveis e com suas combinações tecnológicas e organizacionais.^{3,4}

Estudiosos sobre acesso e acessibilidade^{2,5} são consoantes que outras dimensões que têm o acesso e a acessibilidade como eixo devem ser consideradas, como: disponibilidade, definida como a relação entre o volume e o tipo de serviços existentes e o quantitativo de usuários e o tipo de necessidades; adequação funcional, definida como a relação entre o modo como a oferta está organizada e a capacidade de acomodação pela clientela; capacidade financeira, trazida como a relação entre o preço dos serviços e a capacidade dos clientes em pagar pelos serviços; e aceitabilidade, definida como a relação entre atitudes dos usuários sobre os profissionais e as características das práticas dos provedores de serviço, assim como a aceitação pelos provedores de prestar serviços aos usuários, especialmente quando essas populações são rurais e ribeirinhas.

A abstração de modelos teóricos para a seleção de variáveis na tentativa de encontrar maior coerência entre o referencial teórico e a definição conceitual a ser utilizada para analisar as condições de acesso/acessibilidade aos serviços de saúde demarcam quatro modelos: o modelo economicista, o modelo sanitarista-planificador, o modelo sanitarista-politicista e o modelo da representação social.⁵

O modelo teórico da representação social, fundamento teórico-explicativo deste estudo sobre o acesso aos serviços de saúde por ribeirinhos, se distancia da visão positivista dos modelos economicista sanitarista-planificador e sanitarista-politicista, por não reconhecer nada que é exterior à ordem simbólica. Neste modelo, considera-se que o real só se consolida por meio da

mediação de uma ordem simbólica, a qual lhe dá consistência, para assim poder ser compartilhada por um grupo determinado de pessoas – o caboclo ribeirinho, dotado de características comuns, que mergulham na realidade subjetiva do seu universo circundante, que não pode ser abstraída fora do sujeito coletivo e histórico, os quais se percebem como construtores do seu *modus vivendi*.⁵

Dever (1988)⁶ considera *acessibilidade* como um dos aspectos da análise da utilização dos serviços. Divide-a em acessibilidade geográfica e acessibilidade social. A primeira se refere aos fatores de espaço, como distância, tempo e custo de viagem, além de acomodação à limitação no tempo em que os recursos estão disponíveis. A segunda inclui os conceitos de aceitabilidade e disponibilidade financeira. E, ambas, corroboram com o pensamento de Giovanella e Fleury (1996)⁵ ao refletirem a representação social do termo acessibilidade.

O estudo teve por objetivo analisar as representações sociais de ribeirinhos de uma comunidade rural sobre o acesso aos serviços de saúde.

MÉTODOS

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa de informações fundamentadas na Teoria das Representações Sociais⁷, triangulada com Análise de Conteúdo.¹¹

O estudo foi realizado com 18 ribeirinhos da Comunidade Rural Vila de Urucurituba, pertencente ao município de Autazes, no Estado do Amazonas, Região Norte do Brasil. A amostra apresentou o seguinte perfil sociodemográfico: mulheres, de 31 a 40 anos, com baixa escolaridade e atividade ocupacional de baixa renda.

A Vila de Urucurituba caracteriza-se como um aglomerado populacional de pequeno porte, dotado de economia de autossuficiência e subsistência, com dependência territorial e administrativa ao município de Autazes. No setor saúde, a comunidade possui apenas uma Unidade Básica de Saúde (UBS), composta por uma equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família, com 1 médico, 1 enfermeiro, 1 cirurgião dentista, 1 técnico em saúde bucal (TSB) e 4 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que se deslocam da sede do município para a comunidade rural de segunda a quarta-feira, com exceção dos TSB e dos ACS que moram na comunidade.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e coleta de dados socioeconômicos, o que possibilitou, em campo, a comunicação direta do pesquisador com os informantes a fim de favorecer a interação interpessoal para obtenção de dados objetivos e subjetivos referentes ao objeto de estudo, constituintes do *corpus*.

As entrevistas foram realizadas por pesquisadores, com duração média de 50 minutos, gravadas mediante autorização prévia e transcritas na íntegra para um editor de texto, do qual se elaborou arquivos por entrevistado, recebendo uma letra em maiúsculo relacionada com o sexo, seguida de um número correspondente à idade do entrevistado.

A análise de conteúdo organizou-se em diferentes fases e dividiu-se em três polos cronológicos: a) *a pré-análise*; b) *a exploração do material*; c) *o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação*.

Para a organização e análise dos dados referentes a caracterização socioeconômica e demográfica dos informantes da pesquisa, usou-se o programa Excel 2007[®], com tabulação estatística em número e percentual.

Das falas dos informantes emergiu a representação social da simbologia abstraída da perspectiva coletiva sobre *o acesso aos serviços de saúde na comunidade*, objeto investigativo principal do estudo. Para o tratamento das informações obtidas nessa fase, procedeu-se a codificação da análise quantitativa e categorial semântica dos conteúdos, que resultaram na classificação e agregação em categorias temáticas: Rede de Atenção à Saúde, Recursos Humanos Disponíveis, Recursos Materiais de Consumo e Referência e Contra-Referência.

O projeto seguiu o que preconiza o Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sendo aprovado sob o CAAE: 11449912.5.0000.5020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas 18 entrevistas analisadas, foram identificadas 4 categorias que expressaram no recorte do *corpus* as representações sociais sobre o acesso aos serviços de saúde para a garantia da acessibilidade de ribeirinhos da comunidade rural aos diferentes níveis de assistência, sendo a

atenção básica à saúde, prioritariamente a porta de entrada do atendimento a estes usuários do SUS.

Na categoria de análise Rede de Atenção à Saúde (RAS) emergiram 2 subcategorias: infraestrutura e serviço. No processo de representar o pensamento coletivo dos ribeirinhos, as falas apresentadas nos discursos revelaram que a RAS não funciona como um arranjo organizativo de serviços e equipamentos de saúde disponíveis aos usuários da comunidade rural que ocupa determinado espaço geográfico.

Pela articulação e acoplagem das imagens raízes do ideário de cada figura de linguagem, materializou-se a subcategoria *Infraestrutura*, representada pelas falas:

“Aqui tudo é difícil, porque não tem hospital” (M31). “Mas ainda tem muita coisa que precisa pra cá. Não tem ainda um hospital, uma coisa que seja estruturada para isso, né!” (M37). “E eu acho que fica mau pra nós já que nossa comunidade já não está tão pequena (...)” (M37-2).

Compreende-se que a situação de saúde da comunidade se mostra com um modelo de atenção à saúde com sistema de saúde fragmentado de pontos isolados e incomunicáveis de atenção à saúde entre si, caracterizados pela inexistência de continuidade da atenção e sem estratificação de riscos, com forma organizacional desarticulada de diferentes tipos de ações intervencionistas para as subpopulações dos conglomerados ribeirinhos com suas necessidades assistenciais de saúde.⁹

A política de saúde brasileira estabelece que a Rede de Atenção à Saúde ofereça serviços que visem a integralidade da assistência no SUS. Todavia, a efetivação da oferta desses serviços, na comunidade em estudo, deve passar pela organização da rede nas diferentes esferas de governo, com consequente disponibilização de serviços desde a atenção básica até a alta complexidade da assistência, com garantia de governabilidade pela união, estados e municípios.

Na subcategoria *Serviço*, os excertos representam que a rede de atenção à saúde apresenta certa instabilidade quanto a oferta de serviços, notadamente, de consulta médica e exames laboratoriais. Com base nos pressupostos teóricos moscovicianos⁷, a apreensão da realidade da acessibilidade aos serviços de saúde pelos ribeirinhos formou elementos significantes que

objetivaram um universo de léxicos que formaram um imaginário sobre os serviços, materializados nas narrativas:

“Aqui só tem um posto. (...) Vem um médico aí, passa dois dias e aí e vai embora!” (H41). “(...) o tempo de permanência dos médicos é de três dias” (H50). “difícil é a questão de exames. Porque a gente vai no médico (...) Aí ele diz que precisa fazer um exame, mas o exame só faz em Autazes. Aí isso não tem condições” (H46). “É sempre assim, ele consulta, aí passa um exame e só fazem o exame em Autazes ou em Manaus” (H50).

Dos seguimentos dos textos caracterizadores da subcategoria *Serviços*, interpreta-se que incipiência e inexistência são léxicos que apontam a fragilidade da rede de atenção à saúde no processo de oferta de serviços para atender a demanda populacional rural, com evidente outorga de um modelo biomédico hegemônico, caracterizado pela medicalização da assistência¹⁰, decorrente de um plano assistencial de deslocamento semanal de profissionais de saúde da sede do município para as comunidades ribeirinhas, que contraria a proposta de reorientação do modelo assistencial, que visa a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde para acompanhar um número definido de famílias, em uma área geográfica delimitada por meio de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e, por conseguinte, manutenção da saúde da comunidade, com enfoque na educação em saúde.¹¹

Em contraposição às instabilidades relevadas sobre os serviços ofertados na comunidade em estudo, foram apresentadas, também, falas positivas quanto às potencialidades nas mudanças ocorridas nos serviços de saúde disponibilizados para a comunidade, como dizem:

“A gente já teve algum avanço aqui na nossa comunidade. Como é o caso de dentista, por exemplo, antes se a gente quisesse ser atendido por um dentista era só indo pra Autazes porque aqui não tinha isso. A mesma coisa era médico, enfermeiro. Mas acho que isso ainda não é tudo, tem muito que melhorar ainda” (M43).

A categoria *Recursos Humanos Disponíveis* para atender a comunidade ribeirinha apresenta elementos que representam as subjetividades que coadunam com as necessidades de assistência prestadas por profissionais de saúde quando em suas falas, os informantes expressaram exaustivamente os vocábulos que permitiram a construção das subcategorias *Equipe de Saúde e Especialidades Médicas*.

Da subcategoria *Equipe de Saúde* foram evocados núcleos de análises (*clusters analysis*) com sentidos que transcenderam a existência de profissionais de saúde na comunidade, reconceituando o conceito de equipe de saúde de existência de profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente e com trabalhos especializados ¹² para um sentido interpretativo de inclusão, permanência e convivência de profissionais de saúde com a comunidade para construção de elos propulsores de relação recíproca entre trabalho e interação profissional de saúde-comunidade, como pode ser representado nas falas:

“Agora tem médico, enfermeiro, dentista, mas eu acredito que pra mim eles deveriam ficar todos os dias aqui (...) eles só ficam três dias aqui. Chegam segunda e voltam pra Autazes quarta” (H46). “O que eu acho em relação a isso é que não poderia ser só três vezes na semana [...] a gente não adoecer só 3 dias na semana” (M43).

Há de se apreender dos discursos que a provisão de assistência à saúde por diferentes categorias profissionais, especialmente, médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas e farmacêuticos, requer uma interação e conectividade destes com a pessoa, família e comunidade rural ¹³, alicerçada por uma política pública de saúde de fixação de profissionais de saúde de nível superior e médio no meio rural, haja vista essa realidade ser um problema generalizado e de significativa magnitude nos municípios brasileiros de pequeno porte, passando a ser essa problemática um desafio para os governantes municipais devido à precarização das relações de trabalho empregador-empregado decorrente da ausência de concursos públicos, baixos salários e prestação de serviços por contratos temporários irregulares, somada ao *status* da economia municipal, tendo em vista que a precariedade do trabalho advém de desdobramentos econômicos, jurídicos, políticos e morais, interpretando-se que precariedade trabalhista é um processo de perda de qualidade nas relações mercantis de trabalho, com desdobramento em consequências sociais por falta de assistência à saúde para a população ocasionada pela instabilidade nos postos de trabalho. ¹⁴

As falas de (H46) *“Não só eu, mas, muita gente daqui já precisou ir pra cidade porque aqui não tinha o médico que nós estava precisando (...) “Porque o médico que vem pra cá é só clínico geral e o médico que eu precisava, no caso, era um cardiologista” e a fala de (M32) “A gente mulher precisa de um ginecologista e aqui não tem”* caracterizam a subcategoria *Especialidades Médicas*, evidenciando a necessidade da população de homens e mulheres rurais em terem suas necessidades de saúde atendidas, seja em nível local, seja na sede do município ou sede da capital do estado.

Com uma política pública de saúde municipal descentralizada para as comunidades rurais, com predominância da atenção primária a saúde, percebe-se que a Comunidade Rural Vila de Urucurituba está desprovida de atendimento especializado de saúde, o que conduz para a necessidade do estabelecimento de prioridades, como o provimento de recursos humanos em saúde com especialização e o planejamento e programação em saúde com cobertura assistencial periódica para que haja efetividade do sistema de saúde.

Pesquisa sobre a demografia médica mostra que decisões de gestores de instâncias governamentais por si só são incapazes de dar resolutividade ao problema da necessidade de médicos, considerando que o problema deve ser debatido com os diferentes atores sociais, com garantia da participação da sociedade.¹⁵

A assimetria da distribuição espacial dos profissionais de saúde demonstra que a desigualdade social e a inequidade em saúde afetam os municípios brasileiros e, por conseguinte, as regiões mais longínquas como as comunidades rurais. Sabe-se que a carência de profissionais de saúde nas comunidades rurais não passa exclusivamente pela quantificação estipulada por uma densidade profissional de saúde/população rural, mas, principalmente pelo reordenamento das políticas públicas de saúde em nível municipal, redução das disparidades socioeconômica, haja vista que à demografia médica não se reduz exclusivamente a quantificação numérica.¹⁶

A categoria *Recursos Materiais de Consumo* teve como subcategorias *Medicamentos* e *Práticas Integrativas e Complementares*. Os informantes foram unânimes em relatar que quando o médico atende na comunidade, ele receita medicamentos e estes não são fornecidos pelo serviço público de saúde municipal, tendo os comunitários que recorrerem a remédios caseiros. Como narram:

“Outro problema que a gente tem aqui é a questão de falta de remédios [medicamentos]. Tem o medico na comunidade e tudo, mas ele passa um remédio [medicamento], mas não adianta nada, porque a gente vai pegar o remédio no posto e não tem. Aí, se a gente quiser, tem que comprar na cidade o remédio. Aí isso dificulta muito pra gente” (H46).

“Falam que falta remédio [medicamento], mas eu não sei!” (M39). *“Mas quando a gente vai lá [posto de saúde] não tem remédio, aí o quê que a gente faz? Compra quando tem dinheiro”* (M36), *mas nunca tem remédio pra gente pegar aí no posto*” (M32).

“Os outros dias que não tem médico a gente tem que, às vezes, tomar remédio por conta própria ou fazer um remédio caseiro. Por isso que eu digo que acho que era pra ser todo dia” (M43). *“Eu prefiro fazer um remédio caseiro ou vou à taberna se tiver alguma coisa”* (M37).

Das falas referentes à categoria *Recursos Materiais de Consumo*, abstrai-se que a assistência farmacêutica está deficiente quanto ao abastecimento de medicamentos básicos e indispensáveis, o que faz com que as pessoas da comunidade busquem suprir suas necessidades por meio da automedicação e pelo uso de práticas integrativas complementares.

A inacessibilidade ao elenco de medicamentos essenciais, básicos e indispensáveis à população ribeirinha criou uma ruptura entre a Política Nacional de Medicamentos (PNM)¹⁷ no âmbito do SUS e o atendimento das necessidades medicamentosas da comunidade rural ribeirinha, possivelmente, pela não adoção, pela Secretaria Municipal de Saúde, da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME)¹⁸ contida em uma das diretrizes da PNM do governo federal.

Estudo sobre as políticas públicas de medicamentos mostram que a iniquidade das condições de vida da população brasileira tem seus reflexos, também, no acesso aos medicamentos, com ênfase na inacessibilidade destes por pessoas de baixa renda e a inobservância de prioridades na adoção da PNM são, além de situações irregulares no setor saúde, condicionantes de descumprimento das ações governamentais, especialmente, quanto à aquisição de medicamentos ofertados pelo SUS por meio de acesso por blocos de componentes básico (agravos e programas específicos), intermediário (programas estratégicos) e especializado, garantidos pela pactuação entre as três esferas de governo.^{19, 20}

Quanto às Práticas Integrativas e Complementares pelo uso de remédio caseiro, ressalta-se que a concepção errônea de dar o significado igual para medicamento e remédio tem sido um erro comum pelas pessoas, haja vista que este último está relacionado a todo e qualquer tipo de cuidado utilizado para curar ou aliviar doenças, sintomas, desconforto e mal-estar.²¹

Tradicionalmente, plantas medicinais têm sido utilizadas no meio doméstico e comunitário como tratamento saneador de problemas de saúde. Neste contexto, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, instrumento norteador para o desenvolvimento das ações e programas com plantas medicinais e fitoterapia científica e

popular, promove e reconhece as práticas populares, notadamente, as de comunidades rurais, de uso de plantas medicinais e remédios caseiros.

No Brasil, alguns estados e municípios já avançaram na implantação de Políticas estaduais/municipais com diretrizes para plantas medicinais e fitoterapia no SUS. No Amazonas, mesmo em meio à magnitude da sua biodiversidade, tem-se muito a aprender com a população ribeirinha das comunidades rurais quanto à exploração racional da diversidade biológica para fins terapêuticos, cabendo aos gestores e profissionais de saúde a formulação de políticas públicas de saúde com sensibilização, pela junção de saberes e práticas, que estimulem a implantação de novos programas no SUS, com melhoria do acesso da população a produtos e serviços seguros e de qualidade.²²

Com relação a categoria Referência e Contrarreferência, estão associadas as subcategorias - Sede do Município, Capital e Casa de Apoio que apontam unidades de análise em que as falas apresentam conteúdos negativos nos mecanismos de referência e contrarreferência por não garantirem o acesso dos ribeirinhos aos distintos níveis de assistência quando referenciados para a sede do município (Autazes) ou para a capital (Manaus), com agravamento do problema pela falta de apoio dos serviço de saúde para tratamento fora do domicílio. Os segmentos de textos que corporificam essa categoria de análise partem da objetivação abstraída das falas:

“(...) quando não resolve aqui o problema da pessoa tem que levar pra Manaus, pra Autazes” (M32) “encaminham pra Autazes, quando não, remetem pra lá [capital] (...) Tem uma lanchinha que leva o pessoal” (M37). “Porque se for uma doença mais grave a gente tem que ir pra lá” [sede do município ou capital] (H41). “Nos outros dias que não tem médico ou enfermeiro tem uma lanchinha que leva as pessoas doentes pra cidade (...) eles só levam em caso de urgência, se tiver precisando muito” (M43). “Eu não gosto quase de tá indo a Autazes porque quando a gente vai lá não tem parente, aí tem que ficar no hospital mesmo” (M36).

Da apreensão cognoscível do objeto representado, a categoria referência e contrarreferência ampliou o horizonte da inacessibilidade sobre o acesso aos serviços de saúde. Neste caso, a representação social dos ribeirinhos apresenta um sentido atribuído às imagens concretizadas nas falas que permitiram estes representarem o fenômeno de forma negativa.

Partindo da compreensão que referência representa o maior grau de complexidade e especialidades de assistência para encaminhamento de um usuário do serviço de saúde e contrarreferência ao menor grau dessa complexidade, a descontinuidade desse sistema mostra inexistência ou precariedade da referência e, conseqüentemente, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde mais complexos como hospital, maternidade, clínicas e laboratórios especializados.²³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações sociais constituíram de forma objetiva os conhecimentos socialmente materializados pelos ribeirinhos que compreendem que o acesso aos serviços de saúde na comunidade rural, no âmbito do SUS, avançou, paulatinamente, na reorganização da atenção à saúde, não garantindo o acesso da população aos serviços de saúde.

A despeito da reforma do setor saúde no município de Autazes, o serviço de saúde da Comunidade Rural Vila de Urucurituba continua incipiente e ineficaz, com desajuste entre prestação de serviços básicos e especializados de saúde, oferta de serviços e demanda reprimida; deficiência na assistência farmacêutica básica e indispensável e precariedade do sistema de referência e contrarreferência.

Representam que há inadequada relação profissional de saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico e cirurgião dentista) pela inexistência de uma política de valorização de profissionais de saúde para fixação destes na comunidade rural, escassez de recursos materiais permanentes e de consumo e inexistência exames laboratoriais.

Significou-se do imaginário dos ribeirinhos amazônidas um conjunto de representações sociais e linguagens imagéticas que revelam que a situação diagnóstica da acessibilidade aos serviços de saúde é de baixa efetividade, em decorrência da oferta esporádica de atendimentos de saúde por médico, cirurgião dentista, farmacêutico e enfermeiro; encaminhamento de usuários apenas em casos de urgência e, por barco inapropriado, com deslocamento oneroso do ribeirinho para tratamento fora do domicílio, resultando em baixa governabilidade na atenção primária à saúde.

O estudo tem limitações para dar resposta finalística sobre o acesso aos serviços de saúde por população ribeirinha rural com os atuais instrumentos metodológicos, mas abre caminho para novos estudos sobre a temática.

REFERÊNCIAS

1. Conill EM, Pires D, Sisson MS, Oliveira MC, Boing AF, Fertoni HP. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Cienc Saude Coletiva*.2008;13(5):1501-10. DOI:10.1590/S1413-81232008000500015.
2. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*.2004;20(Suppl2):190-8. DOI:10.1590/S0102-311X2004000800014
3. Penchansky R, Thomas W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19:127-40.
4. Unglert CVS, Rosenberg CP, Junqueira CB. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev. Saúde Pública*, Out 1987, vol.21, no.5, p.439-446. DOI:10.1590/S0034-89101987000500009
5. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996. p.177-198
6. Dever GEA. A epidemiologia da utilização dos serviços de saúde. A epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo, Pioneira, 1988. p.211-36.
7. Moscovici S. Representações Sociais: investigações em Psicologia Social. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.
9. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2297-2305. ISSN 1413-8123. DOI:10.1590/S1413-81232010000500005.
10. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):451-7.
11. Alves VS. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
12. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* 2001;35(1):103-9.
13. Targa LV et al. As recomendações da Wonca para a Saúde das Populações Rurais. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S.l.], v. 8, n. 1, Abr. 2013. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<http://www.rbmfcc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/724>>. Acesso em: 27 Jul. 2013. doi:10.5712/rbmfc8(1)724.
14. Girardi S, Carvalho CL, Wan Der Mass L, Farah J, Freire JA. Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, maio 2010.
15. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia Médica no Brasil. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2011.
16. Burdillat M. Les Nouvelles Questions Posées à la Demographie Medicale, Regards croisés sur l'économie, n. 5, p. 74-85, 2009.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, 2001. Série C(25): 23-6.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Gerência Técnica

- de Assistência Farmacêutica. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
19. Portela AS, Leal AAF, Werner RPB, Simões MOS, Medeiros ACD. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*, 2010;31(1):09-14.
 20. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 27(2), 2010.
 21. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O que devemos saber sobre medicamentos. Brasília: ANVISA, 2010.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
 23. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Cienc Cuid Saude* 2008 Jan/Mar; 7(1):065-072.

9 CONCLUSÃO

A pesquisa teve como propósito conhecer as representações que pessoas moradoras de comunidades rurais, localizadas às margens de rios, do Estado do Amazonas, Norte do Brasil, tem acerca do acesso aos serviços de saúde.

O referencial teórico das representações sociais de Moscovici (2003) possibilitou a apreensão de imagens raízes que classificaram o acesso aos serviço de saúde da Comunidade Rural Vila de Urucurituba como de baixa resolutividade.

A dimensão simbólica do acesso aos serviços de saúde por ribeirinhos revela que há comprometimento governativo na rede municipal de atenção à saúde que dificultam a acessibilidade aos serviços de saúde, seja pela escassez de recursos humanos e materiais seja pela falta de uma política pública de saúde voltada às comunidades rurais ribeirinhas.

REFERÊNCIAS

ALMEDIA, M.; DANTES, M. A. O serviço sanitário de São Paulo, a saúde pública e a bacteriologia. In: DANTES Maria Amélia. (Org.). **Espaços da ciência no Brasil, 1800-1930**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p. 135-155.

AMAZONAS. **Biblioteca Virtual do Amazonas. Municípios do estado**. Autazes. Disponível em: <<http://www.bv.am.gov.br/portal/conteudo/municipios/autazes.php>> Acesso em: 12 fev. 2012.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health Social Behavior**. Los Angeles, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.

ASSIS, M. M. A. *et al.* Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Situação do Ministério da Saúde**. 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage>> Acesso em: 12 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011**. Brasília. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.191, de 3 de agosto de 2010**. Brasília. 2010.

_____. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz; 2008a. 216 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Síntese do Relatório do I Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta: 1 e 2 de dezembro de 2006**. Brasília, 2008b.

CARVALHO, J. E. C. As Representações Sociais e o Conhecimento do Cotidiano: uma crítica metodológica a partir da Filosofia da Linguagem. **Revista Neurociências**, v. 13 n.3, p. 145-151, jul/set, 2005

CHAVES, M. P. S. R. *et al.* Populações tradicionais: manejo dos recursos naturais na Amazônia. **Revista Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 111-122, 2009.

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. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, ago. 2009.

DEVER, G. E. A. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1988. 394 p.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press. 2003.

DUARTE, S. J. H. Opções Teórico-Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n.4, p.620-626, 2009

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. S.. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. *et al*. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Cebes, 2008. p. 333-384.

FARR, R. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (orgs.). **Textos em representação social**. Petrópolis: Vozes, 2007.

FERNANDES, A. S.; SECLÉN-PALACIN, J. A. Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2004.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3ª ed. Revista e atualizada. Curitiba: Positivo. 2004.

FRENK, J. El concepto y la medicion de accesibilidad. **Revista de Salud Pública de México**. Ciudad de Mexico, 1985.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina. **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p.177-198.

GONÇALVES, C. W. P. **Amazônia, Amazônias**. 2 ed. São Paulo: Contexto. 2005.

HAESBAERT, R. Identidades Territoriais. In: RODENDHAL, Z. CORRÊA, R. L. (Orgs.). **Manifestações Culturais no Espaço**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1999.

HARRIS, A. G. **Life on the Amazon. The anthropology of a brazilian peasant village**. Oxford, UK: University Press, 2000.

HERZLICH, C. A Problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 57-70, 2005.

HOROCHOVSKI, M. T. H. Representações Sociais: delineamentos de uma categoria analítica. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2 n. 1, p. 92-106, jan/jun, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resultados Preliminares do Universo do Censo Demográfico 2010**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=am>> Acesso em: 12 fev. 2012.

JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. 420p.

LOUREIRO, J. J. P. **Cultura amazônica: Uma poética do imaginário**. São Paulo: Escrituras. 2000.

LUIZ, O. C.; KAYANO, J. Saúde e direitos: princípios para a ação. BIS. **Boletim do Instituto de Saúde** (Impresso), v. 12, p. 115-121, 2010.

MAGALHAES, R., *et al.* Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, dez. 2007.

MENICUCCI, T.M.G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, jul. 2009.

MERCADANTE, O. A. *et al.* Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMEN, J. (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec. 2008.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: Investigações em psicologia social**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

_____. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar; 1978. 291p.

_____. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 404p.

MT. Ministério dos Transportes. GEIPOT - **Anuário Estatístico, 1996-2000**. Disponível em <<http://www.transportes.gov.br/bit/infoestado/info-am.htm>> Acesso em: 12 fev. 2012.

O'DONNELL, W. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2820-2834, dez. 2007.

OLIVEIRA, D. C. **A Promoção da saúde da criança: Análise das práticas cotidianas através do estudo de representações sociais**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996. 365 p.

OLIVEIRA, J. R. *et al.* A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. **Revista de Enfermagem**. USP, p.386-394. 2007.

OLIVEIRA, E. X. G. *et al.* Territórios do Sistema Único de saúde: Mapeamento das Redes de Atenção Hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 386-402, mar./abr. 2004.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. 2010. BIS. **Boletim do Instituto de Saúde** (Impresso). v. 12, p. 109-113, 2010.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.

PENCHANSKY, R.; THOMAS W. The concept of Access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 2, n. 19, p. 127 -140, 1981.

PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 2003**. Rio de Janeiro: Centro de Documentação, IBGE; 2005.

PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. 337 p.

PROBST, J.C. *et al.* Person and Place: The Compounding Effects of Race / Ethnicity and Rurality on Health. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 10, out. 2004.

RODRIGUES, M. S. P; LEOPARDI, M. T. **O método da análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SCHWARTZ, T. D. *et al.* Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.

SCHERER, E. **O defeso e a defesa do meio ambiente**. Universidade Federal do Amazonas. (Relatório Técnico). 2004, 15p.

SCLIAR, M. *et al.* **Saúde Pública: histórias: Políticas e revolta**. Coleção Mosaico - Ensaio e Documentos. São Paulo: Scipione, 2002. 204 p.

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde de Autazes. **Relatório Anual de Gestão**. Autazes: SEMSA, 2012.

SOUZA FILHO, E. Análise das representações sociais. In: SPINK, M. J. (org). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995. p.109-145.

STARFIELD, B. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TEIXEIRA, E. **Travessias, redes e nós**: complexidade do cuidar cotidiano de saúde entre ribeirinhos. Belém: Ltda; 2001.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

TRINDADE, Z. A. Representação social: “Modo de conhecer” no cenário da saúde. In: TRINDADE, Z. A.; CAMINO, C. (Orgs.) **Coletâneas da ANPEPP: Cognição e juízo moral**. Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia, v. 1, n. 6, p. 45-59, 1996.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.

VERGARA, S. C; FERREIRA, V. C. P. Representação social de ONGs segundo formadores de opinião do município do Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, p. 1137-59, set./out. 2005.

VIACAVA, F. Dez anos de informação sobre acesso e uso de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, dez. 2010.

VIANNA, S. M. *et al.* Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. **Organização Pan-Americana de Saúde**, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 224p, Brasília, 2001.

VIEIRA, J. M. R.; GARNELO, L.; HORTALE, V. A. Análise da atenção básica em cinco municípios da Amazônia Ocidental, com ênfase no Programa Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo , v. 19, n. 4, Dec. 2010.

XAVIER, J; DUTRA, A. Ribeirinhos do Tapajós ainda esperam pelo SUS. **Radis-Comunicação em Saúde**, v. 35, 2005. p. 9-15.

WITKOSKI, A. C. **Terras, florestas e águas de trabalho** – os camponeses amazônicos e as formas de uso de seus recursos naturais. Manaus: EDUA, 2007.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
MESTRADO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Apêndice A = Formulário de perfil socioeconômico-demográfico dos sujeitos

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Iniciais: _____ Denominação na Pesquisa: _____
 Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____
 Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____ Cor: (B/P/PD/A/I) _____
 Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
 Religião: _____
 Endereço: _____

2. PERFIL ECONÔMICO

Trabalha atualmente? ☐ sim Em que? _____ Há quanto tempo? _____ ☐ não
 Renda própria: _____
☐ até 1 sm ☐ de 1 a 2 sm ☐ de 2 a 5 sm ☐ mais de 5 sm
 Familiar: _____
☐ até 1 sm ☐ de 1 a 2 sm ☐ de 2 a 5 sm ☐ mais de 5 sm
 Renda familiar total: _____
 Plano de Saúde: ☐ não ☐ sim

3. SITUAÇÃO DE MORADIA

Tipo de Moradia: _____ ☐ Próprio ☐ Alugado ☐ Cedido
 Quantas pessoas moram na casa? _____ Nº de cômodos: _____
 A residência está inserida em equipe de ESF/ACS? ☐ Sim ☐ Não Qual: _____
 Alguém na casa tem transporte próprio? ☐ Sim ☐ Não Quem? _____

4. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Estado Civil: ☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo
 Filhos: ☐ Sim ☐ Não Quantos? _____
 Tipo de família: ☐ única ☐ convivente

5. EM RELAÇÃO AO APOIO SOCIAL

Recebe algum auxílio social?
☐ não ☐ sim Qual(s)? _____

6. SITUAÇÃO EDUCACIONAL E CULTURAL

☐ analfabeto ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental completo
☐ Ensino Médio Incompleto ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Incompleto
☐ Ensino Superior Completo
 Número de anos de estudo? _____
 O que costuma fazer para seu divertimento? _____

7. OBSERVAÇÕES:



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
MESTRADO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA
INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES**

Apêndice B = Roteiro de Entrevista

1 – Fale sobre acesso aos serviços de saúde em sua comunidade (compreensão):

DIRETRIZES DA PERGUNTA: rede de atenção a saúde (serviços), recursos humanos disponíveis (equipe de saúde), recursos materiais de consumo (medicamentos, exames laboratoriais), referência e contrarreferência com a sede do município.

Apêndice C = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PROGRAMA MULTIINSTITUCIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS DA AMAZÔNIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Comitê de Ética em Pesquisa Humana - Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar do estudo intitulado: **“Representações Sociais de ribeirinhos sobre o acesso aos serviços de saúde, Comunidade de Vila de Urucurituba, Autazes, Amazonas”**, por preencher os critérios para, na condição de sujeito, participar desta pesquisa. *Sujeito da Pesquisa* é a expressão dada a todo ser humano que, de livre e espontânea vontade e após ser devidamente esclarecido, concorda em participar de pesquisa, doando material biológico, se submetendo a variados procedimentos invasivos ou não, ou ainda fornecendo informações.

Neste estudo você será submetido(a) a uma entrevista com o objetivo de fornecer informações para o melhor entendimento do assunto em questão, e você terá toda autonomia para decidir **entrar ou não na pesquisa**. As entrevistas serão gravadas com o seu consentimento. Também, você terá toda liberdade para se retirar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza, sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. Tanto sua pessoa quanto os dados por você fornecidos serão mantidos sob absoluta confidencialidade e, portanto, ninguém mais terá conhecimento sobre sua participação.

O Sr (a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico. Sr(a) receberá uma cópia deste termo.

Sempre que for necessário esclarecer alguma dúvida sobre o estudo, você deverá buscar contato com os pesquisadores:

Rayner Augusto Libório dos Santos Monteiro
Fone: (92) 9159-3037
e-mail: raynermonteiro@live.com

David Lopes Neto
Fone: (92) 8113-2221
e-mail: davidnetto@uol.com.br

Para quaisquer informações, fica disponibilizado o endereço do Instituto de Pesquisa Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ, sito à Rua Terezina, 476. Adrianópolis. Manaus - AM. CEP: 69.057-070. Tel.: (92) 3621-2323. E-mail: seca@amazonia.fiocruz.am.gov.br.

C O N S E N T I M E N T O

Li, tomei conhecimento, entendi os aspectos da pesquisa e, voluntariamente, concordo em participar do estudo e autorizo a gravar minha entrevista.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Cidade:

Estado:

Data:

TERMO DE ANUÊNCIA

Após termos sido informados sobre os objetivos e propósitos da pesquisa "REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE RIBEIRINHOS SOBRE O ACESSO A SERVICOS DE SAÚDE, COMUNIDADE VILA DE URUCURITUBA, AUTAZES, AMAZONAS", concordamos com a pesquisa e nos dispomos no que for possível a colaborar com a mesma.

Autazes, 04 de outubro de 2012.


Karen Simão Martins
Secretário Municipal de Saúde de Autazes
Karen Simão Martins
Sec. Municipal de Saúde
413 / 2011 / PMA - 6P