



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD

INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ

INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES DE
SAÚDE NA AMAZÔNIA**

PRISCILLA CABRAL CORREIA

**SISTEMA DE AUTOATENÇÃO E VIVÊNCIAS DA GESTAÇÃO EM UMA
COMUNIDADE RURAL DO AMAZONAS**

**MANAUS – AM
2020**



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD

INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
FioCruz Amazônia

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

PRISCILLA CABRAL CORREIA

SISTEMA DE AUTOATENÇÃO E VIVÊNCIAS DA GESTAÇÃO EM UMA
COMUNIDADE RURAL DO AMAZONAS

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira

MANAUS – AM
2020

FICHA CATALOGRÁFICA

C824s

Correia, Priscilla Cabral

Sistema de autoatenção e vivências da gestação em uma comunidade rural de Manaus, Amazonas. / Priscilla Cabral Correia. – Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2020.

151 f.

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

Orientador: Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Garnelo Pereira.

1. Saúde rural 2. Saúde materna 3. Mulheres ribeirinhas 4. Parteiras

I. Título

CDU 618.4(811.3) (043.3)

CDD 618.2098113

22. ed.

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

PRISCILLA CABRAL CORREIA

**SISTEMA DE AUTOATENÇÃO E VIVÊNCIAS DA GESTAÇÃO EM UMA
COMUNIDADE RURAL DE MANAUS, AMAZONAS**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 29 de janeiro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira – Orientador
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz

Prof^a. Dra. Suely Ferreira Deslandes – Membro
Instituto Fernandes Figueira – IFF/Fiocruz

Prof^a. Dra. Ana Lúcia Moura Pontes – Membro
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz

AGRADECIMENTOS

À minha família que fomentou meu caminho para que chegasse até aqui desde a mais tenra idade. Se eu concluí esta etapa foi porque vocês me deram o privilégio de colocar a minha formação como prioridade.

À minha orientadora, Profa. Luiza Garnelo, que não desistiu de mim e segurou minha mão mesmo quando eu afundei em incertezas e inseguranças. Que jornada foi conviver e aprender com você ao longo destes dois anos!

Aos professores Esron Rocha e Denise Gutierrez, pelas preciosas colaborações na banca de qualificação e ao longo dos seminários de acompanhamento, e às professoras Suely Deslandes e Ana Lúcia Pontes pela disponibilidade de ler e colaborar com esta dissertação na defesa.

Ao Cnpq e à Fapeam, que fomentaram, respectivamente, o projeto guarda-chuva que ampara esta pesquisa e esta dissertação em si. Sem o apoio destas instituições não seria possível transpor as águas do Rio Negro para chegar à Santa Margarida.

Aos docentes e técnicos do ILMD, minha segunda casa na maior parte deste período. A instituição me abrigou, acolheu e transformou à sombra da antiga oca, permitindo que eu expandisse meus horizontes para além da minha área de formação. Agradeço especialmente aos membros do Sagespi, com quem dividi as experiências em campo do projeto guarda-chuva e pude reconhecer a população para quem trabalhamos. Ainda, aos técnicos da Posgrad Evelin Campos, Danilo Aersa e, mais recentemente, Eduardo Garcia, que nunca pouparam esforços para sanar dúvidas e resolver qualquer questão que estivesse à nossa frente. Agradeço também à Rose, funcionária da Seca, que sempre nos recebeu com ternura. O ILMD nada seria sem as pessoas que o fazem existir.

Quanto às pessoas do ILMD, não posso deixar de agradecer às amigas do PPGVIDA 2017. Raica, Milene, Jéssica, Camila, Nayara e Dammeree, chegamos ao fim desta jornada em meio a suor, lágrimas e risadas, em uma relação de amparo mútuo da qual me sinto lisonjeada de participar. Agradeço ainda ao Lenilson (*in memoriam*), que nos envolveu com seu afeto para conosco e amor aos animais.

Aos meus amigos da vida, os quais eu não ousou citar nominalmente por medo de escrever mais cinco páginas de agradecimentos. Vocês são a família que eu escolhi, minha rede de apoio, meus principais incentivadores, minha fuga nas horas certas (e às vezes nas erradas também), meus melhores revisores e amparo nos bloqueios de escrita. Eu não existo sem vocês, obrigada por tudo. Michel, você é meu colo, carinho e puxão de orelha sempre que preciso.

Às pessoas de Santa Margarida, que comigo dividiram o peixe e a farinha. Obrigada por me permitir entrar em suas casas e conhecer um pouco mais sobre uma vida tão minha e tão distante de mim. Agradeço especialmente ao Assis e à Mara, funcionários da Semsa com fundamental importância para o desenvolvimento desta dissertação, ambos, sempre com um sorriso, abriram as portas de suas casas e coração para nos receber no território.

No meio do mestrado uma nova aventura começou como psicóloga da Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas. Portanto, agradeço à Psicóloga Taysa Vieira que me incentivou e mostrou os caminhos para que eu conseguisse terminar o campo do meu mestrado, ainda que estivesse na secretaria. Se consegui terminar esta dissertação também foi por você e pela sra. Francineide Leonardo, que não mediram esforços para que eu conseguisse ajustar a vida dupla que eu passei a viver.

Por fim agradeço a você, leitor. Que está disponibilizando seu tempo para ajudar a dar sentido à algumas palavras que escrevi nas próximas páginas.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar o sistema de autoatenção e cuidados relativos à gestação de mulheres de zona rural, ribeirinha, do município de Manaus. De modo que buscou-se identificar as representações e práticas da população estudada relativas ao cuidado na gestação, além de descrever e analisar o itinerário terapêutico percorrido por gestantes da zona rural de Manaus. Para tal foi realizado um estudo de caso exploratório descritivo de cunho qualitativo e etnográfico em uma localidade rural ribeirinha localizada no Rio Negro, Amazonas. Este foi desenvolvido a partir de entrevistas com mulheres grávidas, membros de suas famílias e parteiras, bem como observação de elementos que pudessem desvelar componentes do nível amplo e restrito do sistema de autoatenção à gestação da localidade. Os dados foram audiogravados e registrados em diário de campo, sendo posteriormente analisados a partir do método de interpretação de sentidos. Foi realizada descrição do cenário social da pesquisa, compreendendo o modo de viver na localidade e as diferentes instituições que se fazem presentes – entre estas, a Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) como modelo de atenção primária à saúde disponível mensalmente para esta população. São elementos do sistema de autoatenção das mulheres a própria família e parteiras, profissionais da UBSF e de Ongs religiosas que tem atuação esporádica, além de hospitais e clínicas particulares nas zonas urbanas de Manaus e Novo Airão. As principais estratégias de cuidados são acessadas em itinerários de cuidados que “vêm”, que atravessam o cotidiano das mulheres, e cuidados que “vou”, os quais são ativamente buscados pelas participantes da pesquisa – ambos compõem o mosaico de cuidados das mulheres na gestação. As parteiras se apresentam enquanto atuantes em múltiplos níveis de cuidado, agregando atribuições afetivas, morais e políticas na comunidade, assentadas em vínculos longitudinais e transgeracionais, ainda que subutilizadas pelo sistema oficial de saúde. O reconhecimento do sistema de autoatenção por parte dos profissionais de saúde pode guiar para a oferta de um cuidado culturalmente integrado, sem substituir as práticas de saúde existentes.

Palavras chave: Saúde Rural; Antropologia da Saúde; Saúde Materna; Parteiras.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the self-attention and care system related to pregnant women from rural riverside areas in the municipality of Manaus. Therefore, we sought to identify the representations and practices of the studied population related to care during pregnancy, in addition to describing and analyzing the therapeutic itinerary taken by pregnant women. To this end, a descriptive exploratory case study of a qualitative and ethnographic nature was carried out in a rural riverside location located in Rio Negro, Amazonas. This study was developed from interviews with pregnant women, members of their families and midwives, as well as observation of elements that could reveal components of the wide and restricted level of the local self-attention system for pregnancy. The data was recorded in audio and in a field diary, being subsequently analyzed using the method of interpretation of meanings. A description of the social scenario of the research was carried out, comprising the way of living in the locality and the different institutions that are present - among these, the Basic Fluvial Health Unit (UBSF) as a model of primary health care monthly available for this population. The elements of the women's self-attention system are family members and midwives, professionals from UBSF and religious non-governmental organizations who work sporadically, in addition to hospitals and private clinics in the urban areas nearby. The main care strategies are accessed in care itineraries that “come”, meaning it crosses the daily lives of women, and care that “go”, which are actively sought by the research participants - both make up the mosaic of care for women during pregnancy . Midwives present themselves as active in multiple levels of care, adding affective, moral and political attributions in the community, based on longitudinal and transgenerational bonds, even though they are underutilized by the official health system. The recognition of the self-care system by health professionals can guide the offer of culturally integrated care, without replacing existing health practices.

Key words: Rural health; Health anthropology; Maternal health; Midwives

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACS – Agente comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

Esff – Equipes de Saúde de Família Fluviais

Ibama – Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

N/V – Nascidos Vivos

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

Ong – Organização Não-Governamental

PBF – Programa Bolsa Família

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

SAGESPI – Laboratório de Situação de Saúde e Gestão do Cuidado de Populações Indígenas e outros grupos vulneráveis

Semed – Secretaria Municipal de Educação

Semsa – Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido

UBSF – Unidade Básica de Saúde Fluvial

Lista de Figuras

Figura 1 - Microterritorialização do território abrangido pelo “Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas”	44
Figura 2 - Mapa Manaus-Santa Margarida-Novo Airão	52
Figura 3 - Mapa Santa Margarida: Vila principal, igarapé e Lago Verde	53
Figura 4 - Lago Verde: casas, cozinha e Margarida	55
Figura 5 - Casa de madeira no igarapé	56
Figura 6 - Gestante produzindo espetos	58
Figura 7 - Flagrantes da vida na Vila de Santa Margarida	61
Figura 8 - A "invasão": Casas e balsa	62
Figura 9 - O rio em Santa Margarida: atividades domésticas, pesca e possibilidade de trabalho	63
Figura 101 - Comida: fontes alimentares e modos de preparo	65
 - Artigo 1	
Figura 1 – Elementos do sistema de autoatenção	97

Lista de Quadros

Quadro 1 – Participantes da pesquisa	46
Quadro 2 - Situações de interesse para a coleta de dados em campo	47

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	MARCO TEÓRICO	22
2.1	Representações e práticas de saúde	22
2.2	Sistema de autoatenção e cuidados	28
2.2.1	Menéndez: o sistema de autoatenção	29
2.2.2	Cecílio: gestão do cuidado no sistema formal de saúde	33
2.2.3	O sistema de autoatenção e cuidados: uma aproximação de conceitos	35
3	OBJETIVOS	39
4	ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	40
4.1	Tipo de pesquisa	40
4.2	Local de realização da pesquisa	40
4.3	Participantes	41
4.4	Coleta de dados da pesquisa	43
4.5	Análise de Dados	46
4.6	Aspectos éticos e legais da Pesquisa	46
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1	Cenário social da pesquisa: espaço e tempo de Santa Margarida	48
5.1.1	Descrição sócio-espacial da localidade	49
5.1.2	Interfaces com agentes e instituições supra-comunais	62
5.1.2.1	Acesso à saúde: atenção primária, média e alta complexidade	64
5.1.2.2	Educação	66
5.1.2.3	A filantropia no beiradão: Ong's e Igrejas	68
5.1.3	“Tudo foi através de mim”: a associação comunitária e as relações interinstitucionais	70
5.1.4	“Todo mundo é parente”: família, (des)afeto e cuidado	72
5.2	Biografias e trajetórias das gestantes	74
5.2.1	Irma	75
5.2.2	Miriam	77
5.2.3	Bete	78
5.2.4	Gal	79
5.2.5	Celeste	82

5.3 Artigo 1: Sistema de autoatenção e itinerário terapêutico de mulheres grávidas de uma comunidade rural ribeirinha do Amazonas	84
5.4 Artigo 2: A Práxis de Parteiras e Interseções com Atenção Pré-Natal em Comunidade Rural no Rio Negro, Amazonas	110
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
7 REFERÊNCIAS GERAIS	132
APÊNDICES	146
Apêndice A: Termo de consentimento livre e esclarecido	147
ANEXOS	149
Anexo A: Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	150

1. INTRODUÇÃO

A gestação é compreendida enquanto um ponto de transição socialmente construída no desenvolvimento de pessoas do sexo feminino. Mudanças físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais são intrínsecas a este processo, envolvendo a necessidade de reestruturação e reajustamento em diferentes papéis da sua vida. Trata-se de um período complexo e multifacetado diretamente relacionado com a cultura e vivência de cuidados, podendo marcar o desenvolvimento psicossocial da mulher (MALDONADO, 1997; SOIFER, 1980; PAIM, 1998).

Ainda que este período seja encarado como parte do desenvolvimento humano, pode oferecer graves riscos à saúde da mulher e recém-nascido. Por isso, diferentes estratégias e práticas de cuidado são vivenciadas pela população e incentivadas pelo sistema oficial de saúde. Desta forma, diminuir a taxa de mortalidade materna – mortes que acontecem durante a gravidez, ou 42 dias após o parto – é um desafio global, uma vez que, além de afetar diversas famílias, grande percentual destas mortes é evitável (MARTINS; SILVA, 2018).

Além de ser um indicador de qualidade de vida, a mortalidade materna reflete o nível de organização e qualidade da assistência prestada a mulheres em todo o mundo (GUIMARÃES *et al.* 2017). Segundo Alkema *et al.* (2016) em 2015 as taxas de mortalidade materna variaram desde 12 mortes a cada 100.000 n/v (nascidos vivos) em países desenvolvidos até 546 mortes a cada 100.000 n/v na África Subsaariana. Atualmente, a Organização Mundial de Saúde relata que 99% destas mortes acontecem em países em desenvolvimento, de modo que 80% deste total poderia ser evitado por meio de intervenções como boas práticas de higiene, nutrição e melhor atendimento ao pré-natal e parto (OMS, 2018). Logo, é possível afirmar que existem disparidades entre regiões do mundo, no que diz respeito ao acesso e desfechos do cuidado à gestação.

Esforços técnicos e políticos realizados, especialmente, a partir do fim dos anos 80 permitiram que as taxas de mortalidade materna mundiais diminuíssem em 44% entre 1990 a 2015, resultando em uma redução de 385 mortes a cada 100.000 n/v para 216 mortes a cada 100.000 n/v. Apesar da queda da taxa, esta continua a ser considerada inaceitável, por isso, a partir de 2015 os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) visam reduzi-la para 140 mortes a cada 100.000 n/v em todos os países até 2030 (OMS, 2015; UNICEF, 2009). A fim de atingir este objetivo Alkema *et al.* (2016) sugerem que sejam desenvolvidas pesquisas que compreendam o incentivo a intervenções clínicas e não clínicas, assim como ações políticas e de vigilância que identifiquem as prioridades em que devem ser alocados recursos em saúde. Por conseguinte, depreende-se que são necessárias políticas transversais que favoreçam acesso e atendimento de qualidade nos serviços de saúde, bem como melhores condições de vida (OMS, 2018; OMS, 2015).

No que tange às políticas brasileiras para a saúde materna, diferentes abordagens visaram a diminuição da mortalidade desta população, principalmente através de ações voltadas para pré-natal, parto e puerpério. Estas abrangeram desde concepções exclusivamente voltadas para a construção de braços fortes para o país até políticas com o viés da humanização que estabeleceram critérios mínimos de efetividade para este público (BRASIL, 2000; 2002; 2011; CASSIANO *et al.* 2014; SANTOS NETO *et al.* 2008).

A partir de 1988, o estabelecimento de um sistema de saúde nacional, único e universal com foco na Atenção Primária à Saúde (APS), aumentou a cobertura e equidade de diversos indicadores reprodutivos, do pré-natal e da atenção ao parto. Iniquidades regionais e socioeconômicas também decresceram neste período, possibilitando melhorias relacionadas à pobreza, educação de mulheres, urbanização, fertilidade, renda e acesso a água – atuando nos determinantes sociais de saúde da população. Contudo, ainda que se evidenciem efetivas melhoras nos últimos 30 anos, a razão de mortalidade materna continua a ser expressiva, de modo que em 2010 esta foi equivalente a 56 mortes a cada 100.000 n/v. Por isso o país continua a estabelecer políticas que visem a redução desta taxa e, até 2030, objetiva-se reduzi-la para até 20 mortes a cada 100.000 n/v (SOUZA, 2013; VICTORA *et al.* 2011; SMALL; ALLEN; BROWN, 2017).

Um dos pontos deficitários destas políticas era a baixa, ou nenhuma, integração entre os serviços de pré-natal e parto (VICTORA *et al.* 2011). A fim de superar este e outros desafios a Rede Cegonha (BRASIL, 2011) é instituída em 2011. Esta é uma rede de cuidados que busca garantir o acesso, acolhimento e resolutividade à saúde da mulher, além de um novo modelo de atenção ao parto. Considerada uma das políticas mais amplas e melhor estruturadas para a saúde da mulher, prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e da criança, como a vinculação da gestante à unidade de referência, implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento e direito ao acompanhante de livre escolha da mulher ao longo de sua estadia na maternidade, além de ações de planejamento familiar e transporte (CASSIANO *et al.* 2014). Nessa pesquisa fazemos referência ao pré-natal, item da Rede Cegonha cujo bom desenvolvimento está diretamente associado à diminuição das taxas de mortalidade materna.

Viellas *et al.* (2014), Tomasi *et al.* (2017) e Guimarães *et al.* (2018) afirmam que, apesar da cobertura praticamente universal do pré-natal em todas as regiões do país, esta não é diretamente proporcional a seu bom desenvolvimento. Deste modo, Guimarães *et al.* (2018) apontam que apenas 26% das equipes de Estratégia de Saúde da Família que realizam pré-natal no país dispõem de infraestrutura adequada para seu desenvolvimento. Além disso, somente 26,9% das mulheres participantes na pesquisa de Viellas *et al.* (2014) foram consultadas pelos menos 6 vezes (o mínimo

requerido pela política vigente) e, das que foram atendidas, Tomasi *et al.* (2017) estimam que apenas 15% obtiveram atenção de qualidade. Portanto, é possível afirmar que a alta cobertura nacional não equivale necessariamente a boas condições de acesso da população ao serviço e qualidade de atendimento (BRASIL, 2011; VIELLAS *et al.* 2014; GUIMARÃES *et al.* 2018; TOMASI *et al.* 2017).

Disparidades regionais se fazem presentes ao analisar o pré-natal em nível nacional. Segundo Viellas *et al.* (2014) e Guimarães *et al.* (2018) as barreiras de acesso são três vezes maiores na região Norte que nas regiões Sul e Sudeste. A região norte também tem carência de infraestrutura, limitações expressivas nas ações gerenciais e na cobertura da assistência, menor proporção de registro de exames e orientação sobre parto, alcançando apenas 2% de adequação das ações do pré-natal ofertado na região. Amazonas e Pará, quando comparados aos demais estados da região, têm as piores condições de renda, IDH, cobertura da AB e número quase 3 vezes menor de médicos, assim como o pior índice de adequação pré-natal. Estes são resultados que indicam a necessidade do aprimoramento da qualidade do pré-natal e ampliação do seu acesso para as gestantes nortistas, além da promoção de políticas transversais (GUIMARÃES *et al.* 2018; SILVEIRA; PINHEIRO, 2014).

Quanto ao componente parto e nascimento as recomendações da Rede Cegonha se apoiam no documento “Boas práticas de atenção ao parto e nascimento” da OMS (1996). Este, assim como documentos atuais do ministério da saúde (BRASIL, 2017b), indicam ações a serem estimuladas no momento do parto, como o incentivo ao parto normal, acompanhamento da gestante por pessoa de sua preferência ao longo da sua estadia na maternidade e acesso a informações por parte da mulher e seu acompanhante. Contudo, ainda persistem altos números de cesarianas, medicalização excessiva e baixo número de acompanhantes em todos os momentos do processo do parto (LEAL *et al.* 2014).

Também são verificadas desigualdades no momento do parto. Segundo Leal *et al.* (2017, p. 10) “mulheres pretas e pardas, além de um pré-natal com menor número de consultas e exames, vinculam-se menos à maternidade para o parto e recebem menos orientações, o que resulta em maior peregrinação para parir”, além de ter o direito ao acompanhante mais violado do que mulheres brancas. Ademais, as regiões norte e nordeste apresentaram a menor prevalência de boas práticas do país, de modo que a gravidez da mulher nortista tem maior chance de evoluir para uma cesariana (LEAL *et al.* 2014).

A literatura acerca do pré-natal, parto e nascimento indica que existe uma tendência a piores índices de qualidade de atendimento e acesso ao serviço no caso de mulheres negras, indígenas, com menor escolaridade, maior número de gestações e/ou residentes das regiões norte e nordeste do Brasil (VIELLAS *et al.* 2014; LEAL *et al.* 2017; GUIMARAES *et al.* 2018). Estes são dados que

acompanham a tendência mundial, em que áreas rurais tendem a apresentar maior mortalidade materna e menores condições de acesso a serviços de saúde. Neste sentido, pode-se afirmar que a qualidade e acesso à saúde, frente a iniquidade e especificidades do ambiente rural, ainda é um problema a ser solucionado (CARDOSO; MENDES; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2017; ROSMANS; GRAHAM, 2006; SMALL, ALLEN; BROWN, 2017).

Os resultados referenciados acima quanto à alta mortalidade materna e baixa qualidade do pré-natal no ambiente rural a nível mundial e na região norte do Brasil nos impulsiona a pesquisar quais as peculiaridades da aplicação da Rede Cegonha no espaço rural amazonense. Deste modo, apresenta-se a seguir um recorte acerca da saúde rural, assim como do estado do Amazonas e suas especificidades.

O estado do Amazonas é o maior do país em área territorial, contando com 3.483.985 habitantes segundo o último censo, destes, 20,91% residem em área rural (IBGE, 2017). Contudo, frente aos municípios do interior e às áreas rurais do estado, a capital monopoliza o maior número de instituições de saúde, impondo aos municípios interioranos um tipo de organização da assistência em que são obrigados a constantemente buscar na capital cuidados em saúde (GARNELO; SOUSA; SILVA, 2017).

Para além da concentração das instituições de saúde na capital do estado, são diversos os desafios impostos às políticas de saúde dadas as características ambientais amazônicas. Dentre os mais citados estão as longas distâncias, uso do rio como principal meio de transporte e intensa relação da população com a floresta, com grande número de pessoas vivendo de forma parcialmente isolada. (FRAXE, 2009; GARNELO; SOUZA; SILVA, 2017; LIMA *et al.* 2016). No entanto, ainda que sejam reconhecidos e ressaltados como geradores de dificuldades, estes não costumam ser objeto de políticas públicas que visem transpô-las ou neutralizá-las (GARNELO; SOUSA; SILVA, 2017).

Essa não é uma característica exclusiva do estado do Amazonas. A invisibilidade do rural frente a políticas de saúde verticalizadas e distantes dos modos de vida e necessidades de saúde das pessoas é uma questão nacional (RUIZ; GERHARDT, 2012). Pesquisando sobre o tema, Kassouf (2005) verificou que o insucesso na busca de serviços de saúde e a desistência do atendimento devido a espera superam em mais de 40% ocorrências similares para área urbana. Portanto, percebe-se que estas áreas do país muitas vezes situam-se em um não-lugar, o que se reflete também na limitada produção científica acerca do tema. Garnelo, Sousa e Silva (2017) salientam que a maior parte das publicações que se propõe a tratar da temática de saúde das populações rurais reflete sobre morbidades específicas ou instaladas, havendo poucas publicações que objetivem dialogar acerca das condições de vida e saúde destas populações.

Uma das políticas de saúde atuais que objetiva superar estes obstáculos é a Política Nacional de Atenção Integral das Populações do Campo e da Floresta (BRASIL, 2013). Esta busca priorizar as populações de camponeses, ribeirinhos, quilombolas, habitantes de reservas extrativistas, populações atingidas por barragens, entre outras, propondo ações que atendam aos modos de vida e necessidades de saúde rurais. Assim, entre outros tópicos, a portaria prevê a promoção da criação de espaços para implantação da política de forma participativa, valorização do conhecimento local, educação permanente aos trabalhadores de saúde na região e a produção e atualização de dados consistentes com as características locais. Deste modo, essa política objetiva priorizar a saúde rural a partir de seus quatro eixos estratégicos, que incluem: monitoramento, avaliação e instituição do acesso ao serviço; educação permanente e educação popular; e promoção e vigilância à saúde.

A fim de fornecer atenção de qualidade a essas populações específicas a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017a) propôs estratégias voltadas a população na Amazônia Legal e Pantaneira. Ambos possuem significativas populações ribeirinhas - residentes à calha dos rios e têm modos de vida em intrínseca relação com a água e a floresta. Por isso, a PNAB preconizou, a partir de 2011, dois arranjos organizacionais de equipes de saúde da família: terrestre e fluvial. O segundo tipo de equipe (Equipes de Saúde de Família Fluviais - eSFF), assiste as comunidades do território estudado na pesquisa aqui apresentada.

As eSFF são responsáveis pelo atendimento a comunidades dispersas e de acesso fluvial adscritas a territórios de abrangência de Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) (BRASIL, 2017a). Tais equipes podem contar com, minimamente: um médico, um enfermeiro, um técnico de saúde bucal e um bioquímico ou técnico de laboratório, além de até dois profissionais cedidos do NASF. Cabe à estas equipes garantir a continuidade do cuidado para populações ribeirinhas, no mínimo, a cada 60 dias, desenvolvendo ações que incluem o pré-natal, puericultura e outras ações à saúde da mulher, cuidados a usuários com condições crônicas, vacinação e outras atividades típicas de APS (BRASIL, 2017a).

Quanto à estrutura física das UBSF, a PNAB afirma que estas são embarcações adaptadas com o objetivo de atender às populações. Logo, devem contar com consultórios médico e de enfermagem, áreas para assistência farmacêutica, laboratório, sala de vacina e sala de procedimentos, além das áreas de alojamento da equipe e de convivência. (BRASIL, 2017a).

Estudos recentes buscaram conhecer como estes dispositivos funcionam no Amazonas. Este é o caso de Lima *et al.* (2016), Kadri *et al.* (2017) e Kadri *et al.* (2019) que investigaram a primeira UBSF do estado, pertencente ao município de Borba. Os autores afirmam que este arranjo aumentou 10% da cobertura municipal e é fator que favorece a produção de cuidados em saúde para populações

específicas, uma vez que tais serviços de saúde atuam a partir e a favor das especificidades locais. Também evidenciaram distinções entre as eSFF e as equipes tradicionais, no que diz respeito à delimitação do território de abrangência, ao monitoramento e avaliação e gestão do cuidado, processo do trabalho e educação permanente. Também afirmam que o modelo assistencial adotado nas UBSF é favorável às peculiaridades amazônicas, propiciando foco no grupo familiar, lidando com uma temporalidade diferente da urbana e se adequando às características ambientais próprias da Amazônia; também foi capaz de promover o fluxo de referência e contra referência de usuários, via comunicação com a sede municipal.

O município de Manaus possui duas UBSF atuantes, que cobrem um trecho de 150km da calha dos rios Amazonas e Negro. Uma vez que este estudo é parte de uma investigação maior, intitulada “Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão - Amazonas” (GARNELO *et al.* 2017), a abrangência dos dados analisados nessa dissertação contemplará as comunidades atendidas pela UBSF Ney Lacerda, que percorre o Rio Negro, no trecho compreendido entre os municípios de Manaus e Novo Airão.

Segundo estimativa do Distrito de Saúde Rural da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, a UBSF Ney Lacerda atende a 3.578 pessoas que residem em 21 pequenas comunidades espalhadas em uma região geográfica situada à margem esquerda do baixo Rio Negro, além de lagos, igarapés e outros cursos d’água tributários do Rio Negro. Nesta região existem cinco unidades de saúde fixas, com resolutividade limitada, que contam com microscopistas e agentes comunitários de saúde e endemias que apoiam o atendimento da equipe da UBSF (entre estes, médicos, enfermeiros, odontólogos e farmacêuticos bioquímicos) durante sua trajetória mensal da unidade móvel fluvial no território (GARNELO *et al.* 2017).

Pucciarelli (2018) descreveu a organização do trabalho e modelo assistencial na UBSF que atua nessa região. Dentre seus resultados ressalta a vitalidade do trabalho vivo (MERHY, 1997; 2000) da equipe, evidenciando a existência de iniciativas conjuntas dos profissionais que atuavam na UBSF, “customizando” a realização de determinados serviços para fazer frente e ofertar resposta às singularidades do território e do modo de vida da população. Nesse âmbito, exemplifica estratégias adotadas pela equipe de odontologia, a assistência farmacêutica e um conjunto de iniciativas de reconhecimento dos modos de vida das famílias, com vistas ao aprimoramento da territorialização instituída pela UBSF. Aponta, entretanto, que os profissionais parecem ser vistos pela gestão do distrito sanitário rural – departamento que gere a UBSF - apenas como recurso humano a quem são delegadas tarefas a serem cumpridas, não os reconhecendo enquanto sujeitos capazes de pensar e

aprimorar o processo de gestão do cuidado. O território, assim como ressaltado por Kadri (2019), Kadri et al. (2018) e Lima (2017), é identificado como potência dessa modalidade de organização da assistência, que, ao cruzá-lo periodicamente também institui um modo de ocupação do espaço social e geográfico que ultrapassam as fronteiras e limitações do atendimento prestado em consultórios.

Souza (2018), nesta mesma realidade, investigou a adequação da oferta do pré-natal. Neste, foi verificada uma adequação próxima às condições ideais da estrutura da embarcação, elevada disponibilidade de medicamentos e ocorrência de atendimento odontológico à gestante, bem como a realização de todos os exames referendados pela política pública na UBSF. Em contrapartida, em casos em que seja necessária a realização de exames complementares não ofertados na unidade móvel fluvial, a gestante é encaminhada a Manaus, estreitando a via de acesso a esse recurso. Nesse caso os custos se tornam elevados, pois o deslocamento e a estadia ficam às expensas da gestante. A autora também afirma que quando consultas são realizadas no espaço comunitário, a ausência de consultórios médicos nas unidades fixas limita a privacidade da usuária, também verificou a ausência de vinculação da gestante às maternidades do município, o que força a peregrinação das mulheres e suas famílias no momento do parto.

Os estudos realizados (LIMA *et al.*, 2016; KADRI *et al.*, 2017; KADRI et al, 2019; PUCCIARELI, 2019; SOUZA, 2018) têm discutido as especificidades de trabalho das UBSF no território amazônico e algumas de suas consequências, propiciando reflexões acerca da produção de cuidado e processo de trabalho desde modelo de atenção. O regime de trabalho, a necessidade da equipe embarcada de encontrar formas eficientes de lidar com a longa jornada de trabalho, as distâncias geográficas e a impossibilidade de comunicação com as famílias, que permanecem em Manaus são apontados também como arranjos organizativos do trabalho, com interveniência na produtividade dos profissionais e na resolutividade do cuidado em saúde, mostrando-se como especificidades deste modelo de atenção.

Tendo em vista os supracitados esforços de pesquisa sobre este território de interesse, permanecem inexploradas as representações, crenças, atitudes e práticas de saúde da população que habita este território, assim como o modo que percebem e interagem com a UBSF. Esta é entendida como expressão concreta dos modelos de atenção disponibilizado pelo sistema oficial de saúde, bem como sua coexistência com os demais modelos de atenção ali presentes, dos quais a população também lança mão na lide com seus problemas de saúde. O desenvolvimento de estudos que contemplem essa temática podem ampliar o entendimento do processo saúde/doença e seus significados, abarcando a cultura, o aprendizado e vivências da população para fazer frente aos males que afligem a saúde (ALVES; RABELO, 1998).

Dentre as diversas abordagens possíveis para investigar tais temáticas, priorizamos o conceito de autoatenção proposto pelo antropólogo Eduardo Menéndez (2003), uma vez que este diz respeito às representações e práticas da população ao lidar com o processo saúde-doença. Abrange desde práticas intencionais até a forma como o coletivo se relaciona com o mundo e estabelece interpretações singulares em relação à saúde, que atravessam gerações. Através deste e do aporte referente ao cuidado nos será permitido considerar o sistema oficial de saúde como apenas um dos possíveis modelos de atenção e cuidados acessados pela população. Além das práticas e concepções instituídas pelo sistema oficial, o modelo de autoatenção também leva em conta as relações familiares, os modos de vida, as interrelações com ambiente, bem como a atuação de diferentes curadores, especialistas e não especialistas.

A partir deste referencial pretende-se (re)conhecer os modos como os sujeitos e grupos sociais percebem e utilizam e os modelos de atenção ao seu alcance (MENÉNDEZ, 2003). Por isso, questiona-se como o sistema de autoatenção instituído em torno da gestação é concebido e expresso em práticas pelas mulheres da zona rural de Manaus? E como estas concepções e práticas se relacionam com as atuais políticas de saúde voltadas para população rural amazônica?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Representações e práticas de saúde

Tomando tais premissas como base serão apresentados a seguir os pressupostos teóricos que sustentarão a investigação sobre as representações sociais e itinerários terapêuticos.

Inaugurado por Serge Moscovici, este campo de estudos diz respeito ao processo de produção, transformação e projeção de conhecimento no mundo social. Assim, remete ao conhecimento que se dá na comunicação entre os universos reificado e consensual, respectivamente do campo do erudito e da interação social cotidiana na construção do pensamento convencional. Portanto, objetiva-se (re)conhecer o conhecimento presente e fomentado no senso comum (MOSCOVICI, 2003; SÁ, 1995).

Representar algo, segundo Moscovici (2003), não é meramente reproduzir, mas modificar e reconstituir – interpretar. Segundo o autor, para a transformação do não-familiar em familiar, ou seja, para a formação representações sociais, atuam dois processos: ancoragem e objetificação. O primeiro diz respeito à classificação e denominação do novo, mediante sua aproximação com conceitos pré-existentes. Já o último é voltado para a comparação ou transformação de algo abstrato em quase concreto, como a produção de uma imagem a partir de um conceito. Em suma a ancoragem refere-se à domesticação da novidade, enquanto a objetivação diz respeito à cristalização da representação. Ambos são fundamentais para o reconhecimento da formação das representações sociais. (SPINK, 1993; MOSCOVICI, 2003; SÁ, 1995).

Jodelet (1989, p. 36 *apud* SÁ, 1995) define representações sociais como “uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. O caráter social é essencial para este, logo, ainda que expressas como imagens, conceitos ou teorias (elementos cognitivos), as representações devem ser compreendidas a partir da inscrição sócio histórica dos sujeitos - produtos e produtores de sua realidade social (SPINK, 1993). Deste modo, apreende-se que ao estudo das representações sociais parte da não determinação dos sujeitos pelo meio, mas sua constante interação com este.

Em seus estudos, Moscovici afirma a funcionalidade do campo das representações sociais e a necessidade de realização de incessantes estudos acerca do tema, para que este pudesse ser, de fato, conhecido. Esta característica possibilitou que diferentes metodologias de estudo pudessem ser exploradas, assim como as diversas funções das representações sociais, tais como: social, identitária, afetiva, cognitiva e justificadoras da realidade (ABRIC, 2001; SPINK, 1993). Assumindo que neste

estudo o interesse central é o conteúdo das representações sociais – tanto as já constituídas com as em possível estado de transformação - de cuidado à gestação a partir do sistema de autoatenção, será enfatizada a abordagem estrutural das representações sociais (SÁ, 1996).

Os avanços da Teoria das Representações Sociais desde sua concepção até as aceções mais recentes permitem aos pesquisadores aproximar-se do conhecimento produzido e transformado no cotidiano. Deste modo, percebe-se que estas podem ser expressas de diferentes modos e em múltiplos contextos pelas pessoas. Acredita-se que os pressupostos aqui apresentados desta teoria podem guiar a compreensão das representações de saúde e doença das populações, bem como as estratégias adotadas e caminhos trilhados em busca de solucionar os problemas de saúde, quando ocorram.

A investigação sobre representações sociais e práticas tradicionais ou populares de saúde parte do pressuposto da não determinação de um processo sobre o outro. Ao contrário, representações e práticas se retroalimentam mutuamente e, se encontram com o sistema científico de conhecimento, sendo constantemente transformadas pelo encontro com a alteridade e a facticidade da vida cotidiana. Segundo Alves e Rabelo (1998, p. 29)

As representações estão longe de ser um sistema fechado que determina as práticas: constituem um conjunto aberto e heterogêneo que comporta zonas de imprecisão e elementos contraditórios e que é continuamente feito – ampliado, deslocado, problematizado – ao longo das práticas e relações dos indivíduos com seu meio e entre si.

Neste sentido a ação, em mediação com as possibilidades gerenciadas com o mundo, não é mera consequência das representações, mas acontece em negociação ou apesar destas. Deste modo, quando nos referimos às práticas assume-se que estas estão permeadas pelo real, pela cultura e pelos sistemas interpretativos que dão significado à ação – e não a um ato desprovido de interpretação. Assim, a tríade ação-intersubjetividade-linguagem é destacada quando da experiência de adoecimento e proposta enquanto superação da dicotomia cartesiana (ALMEIDA; SANTOS; TRINDADE, 2000; ALVES; RABELO, 1998).

Algumas características são fundamentais quando da análise de representações e práticas. As relações vividas ao experienciar a doença, o modo de colocar-se frente a esta e, também, a tentativa de organizar tais experiências em um voltar-se intencional ao mundo através da linguagem são alguns dos pontos chave para a compreensão destes processos (ALVES; RABELO, 1998).

A fim de compreender e apropriar-se destas, serão utilizadas as teorias referentes às representações sociais e ao itinerário terapêutico percorrido por gestantes da zona rural de Manaus. Ao tratar dos modos de interação entre representações e práticas, Sá (1986) concede primado à prática ao afirmar que as práticas são as principais fontes das cognições que se manifestam mais prontamente

no discurso espontâneo e devem ser consideradas para além da mera inferência das representações sociais. Alves e Souza (1999), por sua vez, compreendem que tais representações e práticas exercem forte influência sobre o itinerário terapêutico (IT) construído ao longo da história da pessoa e são compartilhadas com o grupo social frente ao campo de possibilidades que o mundo circundante o possibilita

Os IT, inicialmente, partem de uma concepção que o caracterizava como uma busca por cuidado pautada pela lógica interna de funcionamento dos serviços de saúde e a partir da perspectiva do consumo (ALVES, 2015; ALVES; SOUZA, 1999). A identificação dos itinerários terapêuticos das populações se constitui em uma das estratégias para a identificação dos modelos de atenção efetivamente acionados e utilizados no plano do cotidiano, como estes dialogam e quais suas repercussões nos modos de viver e cuidar da saúde nos grupos sociais (MENÉNDEZ, 2003).

Especialmente nos anos oitenta, os diferentes modos de conceber e lidar com doenças são enfatizados, priorizando a interrelação com as culturas de grupos sociais específicos (ALVES, 2015). Por isto, parte-se do princípio de que a busca por tratamento e a compreensão de doenças não é influenciada somente por aspectos biológicos e estáticos, mas que a percepção das enfermidades, seus sintomas e cura é mediada pelo sistema cultural (LANGDON, 2001). Decorrem desta compreensão duas correntes da antropologia, a antropologia médica e a da doença (ou da saúde).

A antropologia médica se interessou mais pela compreensão das práticas sociais de doença e cura em sociedades tradicionais, particularmente as indígenas e preconizou que tais práticas estão organizadas institucionalmente e devem ser estudadas de modo similar às instituições hegemônicas no meio social (GARNELO, 2009). A partir dessas premissas, as explicações de determinado padecimento viriam a definir as evidências clínicas suficientemente relevantes para organizar um leque de possibilidades de tratamento (ALVES; SOUZA, 1999).

Um dos expoentes da antropologia médica é Arthur Kleinman (1978), cujos estudos se interessaram em delinear modelos explicativos dos sistemas de cuidados com a saúde. Segundo este autor a maioria dos sistemas de cura e cuidados de saúde contém três subsistemas de representações e práticas: popular, folk e profissional. No primeiro, estão compreendidas atividades relacionadas, principalmente à família, mas também atividades comunitárias e as redes sociais das quais fazem parte os indivíduos. O segundo abarca curadores não profissionais e o terceiro os curadores profissionais provenientes da medicina científica ou conhecimentos tradicionais profissionalizados, como a medicina chinesa, quiroprática e ayurvédica. O autor compreende que estes fazem referência

a diferentes realidades clínicas, cujos percursos de cuidado e cura seriam culturalmente adaptados (KLEINMAN, 1978).

Críticas à abordagem da antropologia médica afirmam que esta consideraria como hegemônico o modelo biomédico, subordinando a antropologia à este modelo e seus pressupostos uma vez que os outros dados e modelos – fatores históricos e sociais - são considerados acessórios. Assim, em um contexto de pluralismo médico, os limites entre os subsistemas seriam cada vez mais turvos, raramente excluindo-se entre si (ALVES; SOUZA, 1999; GARNELO, 2009).

A vertente francesa foi melhor desenvolvida que a americana. Esta tem como objetivo “demonstrar a coerência interna e a racionalidade do pensamento na procura do significado ou do sentido, o seu poder explicativo e terapêutico” (BUCHILLET, 1991, p. 23). Para tal, a antropologia da doença (ou da saúde) preocupa-se com a investigação das representações de doença e cura e sua articulação com as formas de organização social que as originam (GARNELO, 2009). Por isso, contrariamente aos modelos explicativos quanto ao funcionamento de sociedades predominantes nos estudos advindos da língua inglesa, a escola francesa privilegia as representações e práticas relativas à doença e seu tratamento (BUCHILLET, 1991).

Para os antropólogos franceses há a necessidade de compreender a dimensão processual do adoecimento e seus diferentes níveis de causalidade - identificação da doença, como acontece, agente e/ou sua origem. Por isto, a fim de esclarecer a lógica subjacente a essa dinâmica, o conceito de itinerários terapêuticos é inaugurado por Augé como

o conjunto de processos implicados na busca de um tratamento desde a constatação de uma desordem, passando por todas as etapas institucionais (ou não) onde podem se atualizar as diferentes interpretações (paciente, família, comunidade, categorias de cuidadores etc.) e curas (AUGÉ, 1984, apud BUCHILLET, 1991, p. 28).

A partir deste conceito, os parâmetros biomédicos indicam apenas uma das múltiplas possibilidades existentes no cuidado com a saúde, contrariamente ao modelo americano que têm como eixo principal o sistema formal de saúde. Em produção brasileira afirma-se que o itinerário terapêutico busca identificar a dinâmica contextual com base na qual se delineiam os projetos individuais e coletivos de tratamento (ALVES; SOUZA, 1999, p. 125-126). Logo, trata-se de evidenciar as experiências, trajetórias e projetos individuais vivenciados e circunscritos histórica e culturalmente.

Portanto, pode-se afirmar que o itinerário terapêutico é fruto de negociações entre as crenças que versam acerca do processo saúde-doença e os limites e possibilidades impostos pelo mundo circundante, aí incluídas a disponibilidade de cuidados de saúde ofertados e a possibilidade de acessá-

los. Esta estratégia diz respeito aos caminhos criativos estabelecidos para a concretização do cuidado, nos quais intersubjetividade e autonomia estão constantemente presentes. Assim sendo, os diferentes atores (humanos ou não) envolvidos neste processo, a (re)constituição de laços e o desenvolvimento de práticas, habilidades, hesitações e incertezas devem ser levados em consideração por quem se propõe a estudar os itinerários terapêuticos. Caso contrário, perder-se-á o fundo que baseia as experiências de cuidado em saúde (ALVES, 2015; 2016)

Os estudos que contemplam o tema costumam perpassar duas ordens de abordagem do problema: cognitiva ou socioeconômica. A primeira é relativa às construções de significados, escolhas e decisões de cuidados à saúde, além da caracterização de valores e ideologias relacionadas ao sofrimento. A segunda, por sua vez, envolve questões como desigualdades sociais, gênero e questões étnicas que interferem no acesso a serviços de saúde.

Gerhardt (2006) compreende itinerário terapêutico como busca de cuidados terapêuticos, tendo como fim descrever e analisar as práticas individuais e socioculturais de saúde nos diversos caminhos percorridos em busca de saúde. Alves (2015) aponta quatro grandes temáticas de pesquisa que permitem caracterizar o que sejam itinerários terapêuticos. Via de regra as investigações abrangem: (a) identificação de estratégias desenvolvidas para resolução de problemas de saúde; (b) caracterização de modelos ou padrões nos percursos de tratamento ou cura; (c) trânsito de pacientes nos diferentes subsistemas de cuidados à saúde; e (d) funcionamento e organização de serviços de cuidado à saúde. No conjunto essas características expressam a diversidade de dimensões abrangidas pela noção de itinerário terapêutico.

Cabral *et al.* (2011) mapeiam o estado da arte da investigação sobre itinerário terapêutico na produção brasileira acerca do tema e identificam três grandes perspectivas. A primeira, predominante entre os estudos encontrados, versa acerca das percepções da pessoa sobre a doença e seu comportamento quanto à procura de atenção; A segunda realiza a avaliação da efetividade de redes de serviços na garantia do acesso e detecção de necessidades para desenvolvimento de propostas de educação em saúde; E, finalmente, a terceira incorpora as anteriores, reconhecendo os diferentes sistemas de atenção e considerando tanto os macrocontextos quanto a dimensão subjetiva e cultural que interferem na forma como as pessoas utilizam o sistema formal de saúde.

Gerhardt *et al.* (2016) realizam esforço similar realizando ampla busca de produções acerca do tema em artigos, livros, capítulos, teses e dissertações. Estes autores corroboram com os achados de Cabral *et al.* (2011) ao afirmar que a maior parte das produções versam acerca da experiência do adoecer, ainda que falhem no que diz respeito ao contexto cultural em que estas pessoas se inserem.

Ainda que muitas vezes a produção científica foque no sistema formal de saúde, os autores afirmam que essa reflete o conceito ampliado de itinerário terapêutico. Verifica-se, segundo esta revisão, o potencial desta estratégia para apreender e descrever a característica diversa e plural de cuidado em saúde.

Mediante as conclusões de Alves (2015), Cabral *et al.* (2011) e Gerhardt *et al.* (2016) percebe-se que os itinerários terapêuticos, seja pela ordem cognitiva (predominante na literatura brasileira) ou socioeconômica, dizem respeito a estratégias investigativas que permitam empreender descrições da busca de acesso à saúde. Tal caracterização de itinerário terapêutico não se refere apenas ao serviço formal, mas pode abarcar todos os modelos de atenção utilizados pelas pessoas a fim de compreender suas estratégias de cura ou, ainda, propor alternativas de (re)conhecimento das suas necessidades frente às ofertas dos serviços de saúde.

A trajetória dos estudos sobre itinerários terapêuticos e seu atual uso por pesquisadores da área, indicam a diversidade e potência da estratégia para a compreensão das práticas de saúde e representações subjacentes à estas. Salienta-se que tais perspectivas foram desenvolvidas e transformadas ao longo dos sessenta anos que sucederam os estudos iniciais acerca de itinerários terapêuticos e dos vinte anos em que este vem sendo utilizado pela Saúde Coletiva (PINHEIRO *et al.* 2016).

Cabral *et al.* (2011) afirmam que modelos assistenciais centrados no usuário e seu território desafiam o serviço a conhecer as características e determinantes na busca de cuidado. Por este motivo, saber como e em que momento se dá/dão a(s) busca(s) pelo cuidado é um movimento de reconhecimento pelos pesquisadores e instituições formais de saúde sobre os itinerários percorridos pelos usuários, permitindo-se trabalhar em conjunto. O itinerário terapêutico deve ser entendido, portanto, como afirmação da autonomia do usuário, para além do lugar de suposto saber do conhecimento científico. Este desafio - reconhecer as múltiplas práticas de saúde da população - configura-se enquanto oposição à exclusão e afastamento do usuário do sistema formal de saúde.

Já em 1991, Buchillet indicou a necessidade de que planejadores e profissionais de saúde se inteirassem acerca das práticas de saúde vividas pelas populações, adotando um sentido contrário à pretensão do sistema biomédico de ser fonte única de resoluções de cuidado e cura. Produções atuais, como Alves (2015; 2016) e Gerhardt *et al.* (2016) reiteram a necessidade de que pesquisadores de itinerários terapêuticos atentem para as complexas relações entre condutas e construções de significados acerca da condição de saúde da população para a compreensão deste processo

Por isso, Alves e Souza (1999) indicam alguns pressupostos para a compreensão dos itinerários terapêuticos: a múltipla causalidade, a intersubjetividade e a diferença entre os planos e os cursos destas ações. Não há, portanto, uma causa definidora do itinerário terapêutico. Este é influenciado pelas crenças e receitas práticas de como lidar com o mundo, que são aprendidas ao longo de história do indivíduo e compartilhados com o grupo social a que ele pertence e que são selecionadas dentre um amplo campo de possibilidades que o mundo circundante possibilita. Portanto, o itinerário terapêutico é definido a partir do conjunto das situações impostas pela facticidade e as relações intersubjetivas inerente à inscrição histórica do indivíduo (ALVES; SOUZA, 1999; ALVES, 2016).

Deste modo, a fim de reconhecê-lo, deve-se levar em consideração a distinção entre o plano de ação e a efetivação desta. A estratégia estudada enfatiza os trajetos percorridos, o concreto, somados ao discurso acerca de tais ações. Assim, estes são compreendidos a partir da tentativa do sujeito de ordenar, no presente, as situações e escolhas que ocorreram no passado. A fim de compreender o significado destas ações, deve-se, portanto, levar em consideração tanto a imagem do que poderá ser o curso futuro projetado quanto sua legitimação (ALVES; SOUZA, 1999).

Este modelo vem sendo utilizado há pelo menos 20 anos pela saúde coletiva como um construto teórico-metodológico. Acredita-se que além de fornecer investigações sobre sofrimentos de pessoas reais, ele favorece à “visibilidade da pluralidade de saberes, práticas e demandas de cuidado no campo da saúde” (PINHEIRO *et al.*, 2016, p. 13), ou seja, (re)conhecer as reais práticas de gestão e cuidados existentes no cotidiano das populações e serviços de saúde. Gerhardt *et al.* (2016) salientam que o cuidado não é apenas produzido pelos modelos de atenção à saúde e seus profissionais, mas também nos diferentes arranjos, estratégias e estabelecimentos de redes sociais das pessoas e grupos.

A fim de melhor explicitar que tipo de conexões podem ser encontradas entre itinerário terapêutico e o cuidado em saúde na análise sobre as representações e práticas de gestantes que interessam ao desenvolvimento dessa pesquisa serão apresentados a seguir mais alguns conceitos que guiarão nosso olhar. Um dos caminhos buscados é apresentar o sistema de autoatenção proposto pelo antropólogo Eduardo Menéndez (2003), que propõe um modelo investigativo capaz de congrega num mesmo desenho de pesquisa representações e práticas de cuidado à saúde em nível de sujeito e de seu grupo social, sem desconsiderar as facetas da busca por serviços oficiais de saúde. Trata-se de uma abordagem integradora que supera, com vantagem, as proposições de Kleinman (*op. cit.*).

2.2 Sistema de autoatenção e cuidados

Nas subseções que se seguem serão apresentados autores que caracterizaram as diversas formas de cuidado produzidas pela população e pelo aparato oficial de saúde. Dentre estes destaca-se a obra de Eduardo Menéndez que reconhece no modelo de autoatenção uma expressão do cuidar que opera para além do modelo biomédico de atenção. Em seguida, a fim de compreender as diversas dimensões subagentes ao conceito de cuidado e os diferentes *locus* em que este é experienciado serão expostas as concepções de Ayres (2001; 2004; 2005; 2009) e Cecílio (2011) a respeito do tema.

2.2.1. Menéndez: o sistema de autoatenção

A fim de dar conta e trazer à luz os processos e fatores culturais que acontecem no lidar com o processo saúde-doença, Menéndez (2003) refere-se às múltiplas dimensões societárias envolvidas formal e informalmente na atenção à saúde mediante a elaboração do conceito de autoatenção. O autor considera que se houver interesse do setor da saúde de conhecer o real sistema de atenção que seus usuários utilizam, é necessário identificar, descrever e analisar, não apenas o plano formal, institucional da atenção à saúde, mas também as diferentes formas de atenção que são concebidas e utilizadas por estes, o que é denominado por ele, como a autoatenção.

Por autoatenção, nos referimos neste artigo às representações e práticas que a população utiliza no nível do sujeito e do grupo social para diagnosticar, explicar, assistir, controlar, aliviar, suportar, curar, resolver ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginário, sem a intervenção central, direta e intencional dos curadores profissionais, ainda que estes possam ser a referência da atividade de autoatenção; de tal forma que a autoatenção envolve a decisão de autoprescrição e o uso de um tratamento de forma autônoma ou relativamente autônoma (MENÉNDEZ, 2003, p. 198, tradução nossa).

Como elementos subjacentes à noção de autoatenção e potencialmente utilizadas por diferentes grupos sociais, Menéndez identifica diversas formas de atenção disponíveis na sociedade, tais como a biomédica, popular ou tradicional (curandeiros, bruxos, xamãs etc.); alternativas ou new age (curadores bioenergéticos ou religiões curativas do tipo comunitário); aquelas advindas de outras tradições médicas (acupuntura, ayurveda ou chinesa); e as centradas em formas de autoajuda (que se manifestam como grupos autônomos de pessoas que compartilham de certa característica como Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, grupos de pais de crianças autistas etc.). Segundo o autor, estas formas de atenção coexistem e são utilizadas pela população de modo não excludente - seja pela interlocução feita entre os agentes de cura, seja por incentivo das práticas pelos usuários. Este último é foco de seu estudo, visto que é considerado como o principal núcleo de articulação entre as diferentes formas de atenção (MENÉNDEZ, 2003).

Uma característica fundamental da autoatenção é a autonomia dos sujeitos, enfatizada por Menéndez (2003) dada a postura impositiva que os agentes de cura – de origem biomédica ou não – tem de suas orientações acerca do tratamento de doenças. Assim, a autonomia faz referência aos modos como são acessados e acionados os elementos de cuidado disponíveis a partir da escolha dos

sujeitos. O autor cita que essa se faz presente ainda que em uma situação de autonomia relativa, ou seja, mediante atividades circunscritas à orientação de agentes de cura, conselhos familiares ou quaisquer relações que possam nortear a intencionalidade de suas práticas de cuidado. Portanto, para além da mera obediência acerca do cuidado com a saúde, a autoatenção se faz presente quando a autoridade acerca do corpo, condição e processo de cura pertencentes ao sujeito ou grupo social.

Outra característica citada pelo autor é que a autoatenção assume uma dupla condição, sendo simultaneamente de continuidade da vida social, mas também está em ininterrupto processo de modificação. A exemplo deste alude-se à utilização de leite artificial na alimentação de crianças. A crença de que este é melhor que o leite materno para a saúde foi fortemente disseminada por pediatras nos anos 50 e ainda hoje é adotada em grupos populares, mesmo com a mudança de discurso da biomedicina, que passou a privilegiar o leite materno. Ou seja, o autor argumenta que o discurso médico se difunde no meio social, sendo incorporado paulatinamente pela população, mas não sofre mudanças no mesmo ritmo e velocidade com que ocorrem as mudanças do conhecimento científico. Nesse sentido, percebe-se que ainda que a autoatenção seja suscetível a mudanças estas não ocorrem rapidamente em todos os estratos sociais, sendo menos permeável à mudança – ou processando de forma bem mais lenta – os meios sociais menos escolarizados e menos favorecidos economicamente.

Logo, como afirmado por Alves (2016), as escolhas de cuidado realizadas pelos grupos sociais têm um elemento de aprendizado. Deste modo, é possível afirmar que os grupos têm características de adoecimento que podem ser relativamente comuns em seu dia-a-dia e, para a manutenção da vida, o manejo pode ser de conhecimento comum – ou referendado pela pessoa do grupo intrafamiliar que é responsável pelo cuidado – e a partir da resolução ou não dos problemas em questão a escolha de buscar outro nível de atenção pode ser feita. Deste modo, frente a situações de adoecimento, o grupo busca caminhos coerentes com seus conhecimentos e expectativa de resolução deste, desde o cuidado intrafamiliar à escolha de buscar curadores oficiais

Este sistema é representado por Menéndez (Op. Cit) em dois níveis, um nível amplo e outro restrito. No primeiro nível a autoatenção perpassa as práticas que regem a forma que a coletividade se relaciona com o mundo não apenas no que diz respeito à prevenção e cura de doenças, mas também à preparação de alimentos, asseio do lar, forma de se lidar com a morte e o morrer, obtenção de água e modo de se relacionar com o ambiente, etc. Já no nível restrito são consideradas as representações e práticas intencionais que dizem respeito ao processo saúde/doença/atenção mais relacionadas à construção da autonomia dos indivíduos no âmbito dos grupos sociais. Ambos níveis acontecem de forma simultânea, havendo distinção a partir da intencionalidade do movimento em direção a um adoecimento específico (MENÉNDEZ, 2003).

Muitas vezes a autoatenção, especialmente em seu nível restrito, pode ser confundida com autocuidado. Contudo, ainda que possa abrangê-lo, o sistema de autoatenção não se resume a isto. O autocuidado, segundo o autor, provém do conceito de estilo de vida e alude a ações subalternas a orientações médicas realizadas pelo indivíduo para a prevenção ou desenvolvimento de doenças, além de atividades que favoreçam a manutenção da saúde. A autoatenção, por sua vez, envolve condutas que são vistas de forma a fazer referência à produção cultural de coletivos sociais, diferente do autocuidado, ligado somente a ações individualizantes e prescritivas.

Assim, a autoatenção inclui o manejo do ambiente, utilização de tratamentos com fins de melhoria de atividades diárias (laborais, desportivas, sexuais etc.), identificação de uma enfermidade, perpassa a escolha de realizar ou não cuidados terapêuticos no núcleo intrafamiliar, escolher ou não consultar um ou mais curadores oficiais (médico, parteira, curandeiro etc.), englobando também a forma como estes saberes se inter-relacionam e transformam-se em cuidado em saúde. Por isso essa deve ser pensada como um processo relacional entre todos os atores significativos que participam do processo saúde/doença/atenção, e não a partir de um ou outro ator (MENÉNDEZ, 2003).

Embora a autoatenção tenha características estruturais e relativas a autonomia do sujeito nos cuidados em saúde a partir de si, dos grupos sociais e da interação com variados modelos de atenção, o autor enfatiza que a biomedicina costuma caracterizar este movimento apenas como automedicação, a qual, ainda que seja englobada pela autoatenção, não a define. No entanto, há um posicionamento contraditório na biomedicina que, ainda que costume encarar a automedicação como negativa e precursora de males para a saúde, incentiva atividades de autocuidado - como o autoexame das mamas, autoaplicação de insulina, realização de certas atividades físicas, etc.

Deste modo, são formadas concepções médicas de uma autoatenção boa e uma ruim, sem considerar que ambas fazem parte do mesmo processo de autonomização da saúde. Os sujeitos aprendem, ressignificam e transformam suas práticas de acordo com os resultados e interação com as diferentes formas de atenção, em um processo de emancipação – ainda que, devido ao posicionamento contraditório acima citado, este seja um processo incentivado apenas até certo ponto pelos profissionais de saúde.

Menéndez (2003) dirige seus esforços para a apreensão da realidade social e da relação entre as práticas de saúde e de socialização, de modo a compreender o cuidado a partir das formas como esse se manifesta no cotidiano popular, para além de possíveis tentativas de seu controle por instituições. Dessa forma, o autor defende que não cabe às instâncias controladoras rechaçarem, mas sim, permitirem-se conhecer, valorizar e utilizar as práticas de autoatenção – as quais, ainda que

possam ser proibidas, não podem ser eliminadas. Caberia, portanto, ao setor saúde, o favorecimento da autonomia e intencionalidade do cuidado, através de ações que possam integrar a autoatenção e não dicotomizá-la, como: o estabelecimento de relações horizontalizadas entre profissionais de saúde e usuários, interação com as diversas formas de atenção e a inclusão protagonista de grupos sociais articulada com o saber biomédico e de outros saberes no pensar saúde (Menéndez, 2003)

2.2.2. Ayres: a compreensão ontológica de cuidado

A fim de estabelecer critérios e marcar o conceito de cuidado utilizado neste projeto utilizaremos a fala de José Ricardo Ayres. O autor afirma que cuidado é “uma compreensão filosófica e atitude prática diante do sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações que se reclama uma ação terapêutica” (AYRES, 2004, p. 74), ainda que o conceito de cuidado presente no senso comum denote procedimentos orientados tecnicamente para o desfecho de certo tratamento.

Ayres propõe que pensemos o cuidado como compreensão filosófica baseado em Heidegger e na genealogia de Foucault. O primeiro situando este construto como ontológico – comum a todos os seres em seus modos de estar-no-mundo, moldando as formas particulares de existência a partir das relações do ser-no-mundo. O segundo, que identifica o cuidado de si e o situa como um atributo e necessidade universal, relacionado às atividades vitais (AYRES, 2004). Deste modo, o cuidado - a complexa teia de interações entre o eu e o outro - é compreendido como uma forma de vida. Já a sua apreensão enquanto atitude prática parte da compreensão que é no fazer que o cuidado se manifesta, transforma e refaz. Portanto, o cuidado pode tanto ser compreendido enquanto ato, no modo de ser do homem, quanto como algo que está além do ato ou do perceptível (AYRES, 2004; OLIVEIRA e CARRARO, 2010).

Desta forma, Ayres (2005) parte de um ideal que atende os critérios da humanização em saúde, implicando na valorização dos sujeitos implicados na sua produção, autonomia e protagonismo do usuário e co-responsabilidade da gestão e atenção (DESLANDES,2006). Nesse sentido o cuidado é compreendido como um valor, “um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum” (AYRES, 2005, p. 250). Assim, o autor afirma que uma das possíveis formas de trabalhar a partir da humanização e do cuidado na saúde é formular, em conjunto, os projetos de felicidade daqueles que procuram o serviço

Cabe salientar que ao mencionar projetos de felicidade, Ayres (2005) se refere a algo formado a partir da experiência vivida, valores e aspirações do ser e que independe de um estado completo de

bem-estar. Projeto é, também, movimento, que neste caso vai ao encontro da felicidade enquanto bússola existencial. ‘O que falta?’, é através da resposta deste questionamento que nos aproximamos do desenho de felicidade dos indivíduos e comunidades, dado seu caráter contrafático – percebido à medida que suas experiências concretas são negadas ou obstaculizadas. A proposta do autor é enfatizar a saúde não enquanto regularidade, mas como devir. E que essa seja compreendida como busca contínua de meios para lidar de modo conveniente com os processos de adoecimento que se apresentam como obstáculos à realização de seus projetos de felicidade (AYRES, 2007).

Assim, ainda que muitas vezes nas práticas em saúde o sujeito seja tratado como um núcleo individual, a intersubjetividade é posta em foco pelo autor (AYRES, 2001). Segundo ele não existe sujeito individual, pois é a partir da alteridade que nos reconhecemos enquanto ser. Deste modo, a ênfase dada ao cuidado está no caráter relacional e contingente de nossas identidades e historicidades enquanto indivíduos e grupos.

Embora o cuidado esteja presente em toda e qualquer relação humana, a crítica feita ao modo como este se mostra na prática da saúde acontece em grande parte pela intensa mediação das relações feitas pelos artefatos tecnológicos. Ainda que estas representem importantes avanços em diagnóstico, eficácia, eficiência e precisão, há em contrapartida a crescente segmentação do usuário, autonomização de exames complementares, intervencionismo exagerado, iatrogenia e desatenção com os aspectos psicossociais relacionados ao processo saúde-doença. A crítica não trata da dicotomização de processos, mas sim à de necessidade de que cuidado e tecnologias estejam em profunda relação para que as últimas possam ser utilizadas como meio para produzir saúde em seu sentido de devir, sem deixar resumir a elas a ação em saúde (AYRES, 2004, 2009)

2.2.3. Cecílio: gestão do cuidado no sistema formal de saúde

No que diz respeito ao papel das tecnologias disponíveis para gerir o cuidado, Cecílio dirige seu esforço analítico para os serviços de saúde. O autor considera que é através da gestão do cuidado em saúde que incide o esforço para que a disponibilidade de tais tecnologias esteja de acordo com as necessidades da população. Cecílio (2011) considera que a gestão do cuidado pode ser concebida em cinco dimensões, quais sejam: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Estas são inseparáveis e interligadas, atravessadas pelas necessidades de saúde.

A dimensão individual é considerada a partir da compreensão de que ainda que esta camada esteja subjacente a determinações sociais mais amplas, há graus de autonomia do sujeito que influenciam nos possíveis resultados da ação (CECÍLIO, 2011). Uma vez que é através da relação com o mundo que as possibilidades se apresentam e é permitido ao ser fazer escolhas, que

representam, muitas vezes, a renúncia à outras tantas possibilidades e o aproximam cada vez mais de seu projeto existencial (FORGHIERI, 2002). Deste modo, compreende-se que as possibilidades de cuidado, ainda com partícipes de determinações do mundo circundante (estejam estas a partir de profissionais de saúde, de relações familiares ou outras), são escolhidas tendo como critério último a autonomia e escolha do sujeito.

A dimensão familiar costuma constituir o primeiro nível de relação com o mundo que o sujeito possa vir a ter e assume níveis de importância diferentes ao longo da vida no que se refere ao cuidado. Esta, além família próxima, abarca vizinhos e amigos que possam ocupar papel significativo pelo apoio e proximidade em suas relações (CECÍLIO, 2011).

Ambas dimensões profissional e organizacional referem-se ao contato imediato com os serviços de saúde. Enquanto essa alude especificamente à organização do processo do trabalho, como a definição de fluxos e regras de atendimento, intrinsecamente relacionada com o modo como a equipe de saúde se organiza e o papel do gerente, aquela está estritamente relacionada com o encontro entre profissional e usuário no serviço de saúde e abarca tanto a competência técnica do profissional como sua postura ética e capacidade de construir vínculo. Deste modo, estas dimensões denotam o cuidado existente tanto na relação com os profissionais do serviço como com a organização e acesso a este (CECÍLIO, 2011).

Por fim, as dimensões sistêmica e societária consistem em aspectos relacionados a atuação de gestores, do Estado e da sociedade civil. A dimensão sistêmica é constituída pelas redes de atenção formais e regulamentadas que são percorridas pelos sujeitos ao buscar o serviço de saúde em seus diversos níveis de complexidade. Finalmente, a dimensão societária corresponde ao modo como o papel do Estado é vivenciado pelas pessoas, através de políticas públicas e na produção do projeto de sociedade que se espera (CECÍLIO, 2011).

A diversidade destas dimensões, segundo o autor, constitui um grande desafio quando da avaliação da gestão do cuidado. Tradicionalmente esta foi pensada a partir das dimensões macro ou 'mais externas' (como as dimensões sistêmica e societária) com formas de avaliação objetivas e quantitativas (duras), enquanto o campo micropolítico (as dimensões individual, familiar, profissional e organizacional, por exemplo) foi compreendido, muitas vezes, como mera reverberação do que é produzido nos campos superiores - posicionamento criticado pelo autor (CECÍLIO, 2011).

Cecílio (2011) enfatiza a importância de estudos a partir do microespaço dos serviços de saúde para a avaliação da gestão do cuidado – seja entre profissionais e usuários, seja a partir dos recursos que o próprio usuário lança mão para fazer frente ao sofrimento e agravos que o incomodam. Este

olhar diferenciado para o lugar das relações de cuidado, segundo o autor, possibilitaria o encontro com novas questões e, também, de soluções criativas para o fazer do cuidado em saúde.

2.2.4. O sistema de autoatenção e cuidados: uma aproximação de conceitos

A fim de reconhecer o cuidado a partir do sistema de autoatenção, ou seja, a partir das representações e práticas que as pessoas utilizam para lidar com a sua saúde, buscamos aproximar os conceitos citados pelos autores selecionados. O sistema de autoatenção e de cuidados podem ser compreendidos como estruturais e ligados à produção social da vida humana, assim estabelece-se a relação entre estes dois conceitos: concomitantes e similares. Apresentam-se quatro dos principais pontos de convergência entre estes: a característica ontológica, a intersubjetividade, a autonomia e, por fim, as alternativas do fazer-cuidado propostas pelos aportes dados pelos autores.

O primeiro destes trata da noção ontológica de cuidado. A partir das colaborações destes autores é possível compreender o cuidado como intrínseco ao ser, em suas mais diversas formas, algo que se desdobra e se concretiza em diferentes modos e relações sociais. A partir da compreensão do sistema de autoatenção como estrutural, ao evocar Heidegger e sua ontologia do cuidado, Ayres (2003) indica o cuidado como elemento ontológico, algo reforçado por Cecílio (2011) ao situar o cuidado em dimensões que vão desde o nível individual a relações de nível societário. Este construto está presente nas relações, institucionalizadas ou não, como um movimento de encontro ao outro e, cada vez mais, a si.

Cecílio (2011) afirma que a dimensão profissional do cuidado demanda como eixo fundamental a capacidade de construir vínculos, para além do preparo técnico e da ética do profissional. Este acontece a partir do desenvolvimento de relações próximas e claras e é constantemente marcado na literatura como constante falta nas relações do sistema oficial de saúde, ainda que seu alcance seja imprescindível para a excelência da rede de serviços de saúde. Este viés permite colocar o cuidado sob uma nova luz, não mais atreladas às ciências duras que, muitas vezes, o compreendem como um instrumento ou tecnologia, mas sim enquanto relações que para se fazerem presentes necessitam da desvinculação de uma suposta hierarquia entre produtos e produtores do cuidado (GOMES e PINHEIRO, 2005).

Mas, o sistema formal de saúde, segundo Menéndez, deve ser entendido apenas como um dos modelos de atenção que coexistem no tecido social. Ainda que construamos um conceito a partir do sistema de serviço de saúde formal, percebem-se diferentes modos e relações sociais em que o cuidado se concretiza. Mesmo que caracterizações como a de Cecílio (Op. cit) dividam didaticamente o cuidado em diversos planos, a fim de fornecer estratégias para a sua gestão, cabe lembrar que são

dimensões imanentes entre si - devendo ser consideradas a partir da sua inter-relação. Daí a importância de compreendermos os diferentes modelos de atenção utilizados pela população (CECÍLIO, 2011).

Menéndez (2003) cita outros tipos de modelo de atenção (new age, popular, tradicional etc.) utilizados pela população ao buscar resoluções para seus padecimentos e enfatiza a circularidade do processo de cuidado na malha social. A não exclusividade do uso dos modelos de atenção permite que sujeitos/grupos sociais apreendam as informações disseminadas por estes e as utilizem de acordo com sua experiência, na busca de resolver determinados sintomas/doenças, tornando o cuidado em saúde cada vez mais plural. Estas dimensões do cuidado denotam a constante interrelação entre a produção e a vivência deste. Portanto, afirma-se que o cuidado está presente e faz-se vivo nas relações sociais, quaisquer que sejam, sendo também vivido e expresso de forma pontual, como totalidade.

Assim, chegamos ao segundo ponto: a intersubjetividade. A partir da compreensão de cuidado enquanto encontro, é importante retomar o caráter “imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos” (AYRES, 2001, p. 66). Deste modo, é possível compreender o caráter mutável da identidade e subjetividade, que se mostram não como entidades estáveis, mas sim como algo em constante reconstrução mediante os diferentes encontros.

Estes encontros tanto abrangem as dimensões estruturais quanto individuais, seja no sistema formal de saúde, seja nos outros diferentes modelos de atenção permitindo a dinamicidade da expressão do cuidado, inclusive no grupo originário - a dimensão familiar – onde as relações de cuidado são inicialmente vivenciadas e apreendidas. A cada novo modo de viver e experienciar o cuidado, este pode ser transformado e novas práticas assimiladas e relacionadas com as anteriores possibilitando organizações diferentes do que vem a ser cuidado. No ato de cuidar afirmam-se identidades, histórias, encontros, desencontros e, principalmente, o que escolhemos fazer com estes (CECÍLIO, 2011; MENÉNDEZ, 2003).

Mesmo enfatizando o caráter intersubjetivo e estrutural, o âmbito individual também é enfatizado ao dialogarmos acerca do sistema de autoatenção e cuidados. Assim, estabelecem-se graus de autonomia a partir das relações sociais do sujeito, a partir da negação de subjetividade como algo estável, coerente e individualizado. A transformação é, novamente, constante e, muitas vezes, única.

A dinamicidade destes sistemas, ao mesmo tempo estruturais e mutáveis deve ser considerada a partir do tempo vivido. Cabe lembrar que na era da globalização as informações circulam ainda

mais rápido, ou seja, a produção de juízos sobre os cuidados de saúde já não depende apenas no convívio grupal familiar e/ou presencial junto aos serviços de saúde, uma vez que o acesso à internet e informações veiculadas pela mídia somam-se à propagação de informações oficiais sobre a saúde. Desta forma, a fim de compreender as diferentes acepções e práticas de cuidado é preciso estar atento a fontes de informações que escapam à esfera tradicional, como as diferentes formas de comunicação existentes: sejam provenientes de informações televisivas, radiofônicas ou, ainda, de fóruns e as diferentes redes sociais na internet que difundem, entre outras coisas, informações sobre saúde. Desse modo, compreende-se que o cuidado é plural, cresce e afirma-se a partir de diferentes práticas e fontes de informação. necessária.

Por fim, a autonomia é uma característica citada como primordial ao sistema de autoatenção e cuidado. Os autores citados falam de um modo de cuidado que prioriza os desejos, história e possibilidades, também, daquele que está como objeto do cuidado. Seja quando Ayres (2005) menciona os projetos de felicidade enquanto estratégia de cuidado em saúde, seja o dito por Menéndez (2003) ao considerar que uma das características da autoatenção é a autonomia das pessoas perante as formas de atenção disponíveis no meio social. Cecílio (2011) também indica a autonomia dos processos de escolha no âmbito da dimensão individual dos sujeitos, neste caso enfatizando que ainda que existam determinações que influenciam o modo de se relacionar e de fazer escolhas, o ser é livre. Aqui, o cuidado não é considerado como uma disputa de poderes em que o controle é o prêmio, mas oportunidade de liberdade dos seres.

Ayres, Cecílio e Menéndez trazem alternativas ao fazer cuidado mediante as propostas que apresentam, que serão problematizadas a seguir. Ayres (2004) cita três pontos principais: voltar-se à presença do outro, otimizar a interação e enriquecer horizontes. Estes enfatizam a necessidade de que as ciências que fundamentam a oferta de cuidados pela rede formal de saúde busquem fontes de saber também em outras áreas do conhecimento, além da biologia, a fim de realizar interações voltadas para a pessoa que está utilizando o serviço e superar a conformação individualista atual dos serviços e ações de saúde ali ofertadas.

Menéndez (2003) reitera a importância da inclusão protagonista de atores sociais no sistema formal de saúde, evidenciando que além das pessoas aprenderem com as instituições, o inverso também pode acontecer. O autor também enfatiza a importância de interlocuções intencionais com os diversos sistemas de atenção e a autoatenção, dado que são processos que coexistem ainda que o sistema formal ignore ou proíba a atuação de outros sistemas de cuidado além daquele monopolizado pelo saber médico. Deste modo, os comportamentos de autoatenção desenvolvidos pela população podem ser aperfeiçoados pelo saber biomédico mas este último também teria muito a aprender com

os primeiros, permitindo-se relacionar melhor com os grupos sociais demandam por serviços formais de saúde.

Embora diversificadas quanto à caracterização do objeto, as propostas enunciadas pelos autores se alinham. Deste modo, pensar o sistema de autoatenção e cuidado é ir além de recursos técnicos, produtividade e metas impostas, é pensar um fazer-saúde aberto para as possibilidades do encontro e estratégias criativas a partir destes, permitindo a manifestação da identidade, liberdade e autonomia. Salienta-se que, por seu caráter hegemônico, o modelo biomédico de atenção influencia fortemente o sistema de autoatenção proposto por Menéndez (2003), ainda que este não o limite. Por esse motivo nesta reflexão são consideradas as interrelações com outras ciências que não apenas a biomédica, as relações (na família, grupo social ou instituição) e, quando relacionado às instituições, que a orientação do cuidado seja em direção às necessidades de saúde daquele que procura a instituição, e não o contrário.

Finalmente, propõe-se refletir acerca do sistema de autoatenção e cuidado, utilizando os itinerários terapêuticos e as representações sociais como guia deste olhar. De tal modo, foi eleito como objeto da análise do sistema de autoatenção as representações e práticas presentes no período de gestação de mulheres que vivem na zona rural de Manaus.

3.OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Analisar o sistema de autoatenção e cuidados relativos à gestação de mulheres de zona rural, ribeirinha, do município de Manaus.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar as representações e práticas da população estudada relativas ao cuidado na gestação;
- Descrever e analisar o itinerário terapêutico percorrido por gestantes da zona rural de Manaus.

4. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

4.1 Tipo de pesquisa

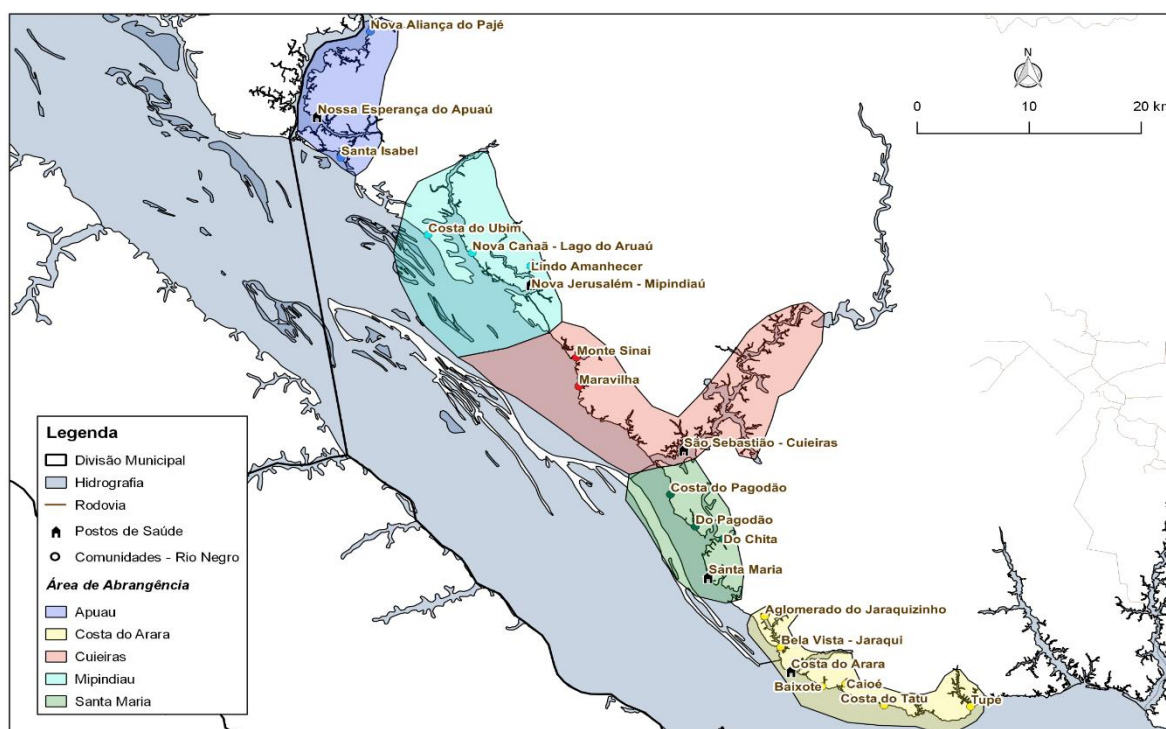
Este estudo é parte de um projeto guarda-chuva intitulado “Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas”, desenvolvido pelo Laboratório de Situação de Saúde e Gestão do Cuidado de Populações Indígenas e outros grupos vulneráveis (Sagespi), vinculado ao Instituto de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia). A partir do objetivo específico número quatro do projeto guarda-chuva, que visava “desenvolver estudos qualitativos sobre o viver e cuidar da saúde abrangendo estratégias de autoatenção, acesso e uso de serviços oficiais de saúde” – e a fim de atender aos objetivos estabelecidos neste projeto será realizado um estudo de caso exploratório descritivo de cunho qualitativo e etnográfico.

Esta abordagem permite ao pesquisador aproximar-se do sentido – tanto em nível de grupo social quanto individual – que as ações adquirem na vida e comportamento das pessoas. A fim de compreender o modelo de autoatenção praticado por gestantes do local a ser pesquisado, ou seja, as representações e práticas no lidar com o processo saúde/doença/atenção a nível de sujeito e/ou grupo social, optou-se pela etnografia. Deste modo, busca-se a intensidade, singularidades e significados deste processo no grupo social abordado, reconhecendo as relações existentes a partir de uma postura interpretativa - atribuindo-se significado aos fenômenos interpretados (CHIZZOTI, 1991; DESLAURIERS; KÉRISIL, 2014; MATTOS, 2011; MINAYO, 2017).

4.2 Local de realização da pesquisa

O território escolhido para o desenvolvimento do projeto macro, do qual esta pesquisa faz parte, abrange 21 assentamentos rurais ribeirinhos localizados na margem esquerda da calha do Rio Negro e distribuídos na fronteira dos municípios de Manaus e Novo Airão, no Amazonas. Estes são compreendidos como área rural de Manaus, e, a fim de atender as suas necessidades, a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (Semsa) realiza viagens mensais de atendimentos em saúde por meio de uma UBSF. Uma vez que a UBSF não atende diretamente a todas as localidades, a Semsa estabeleceu uma microterritorialização (Fig. 1) em que a população foi adscrita às localidades que sediam o atendimento do barco. Cinco destas possuem unidades fixas terrestres com alocação de agentes de saúde, técnicos de enfermagem e microscopistas, que ofertam apoio à atuação das equipes de Saúde da Família que atuam na UBSF. Os residentes em localidades onde a unidade móvel fluvial não ancora devem deslocar-se à comunidade mais próxima de sua residência na qual a UBSF aporte, a fim de serem atendidos pelos profissionais de saúde que atuam na embarcação.

Figura 1 - Microterritorialização do território abrangido pelo “Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas”



Fonte: Sagespi, 2017

Para fins da realização desta pesquisa foi feito um levantamento junto aos diretores e agentes comunitários de saúde das unidades terrestres fixas atendidas pela UBSF com a finalidade de identificar os locais que contassem com a presença de gestantes, à época da coleta de dados de campo. A partir da disponibilidade de gestantes elegíveis para a pesquisa foi selecionada a localidade que chamaremos de Santa Margarida. Uma pequena localidade com pouco mais de 100 habitantes, localizada no território no ponto mais distante da cidade de Manaus, já na fronteira com Novo Airão.

A coleta de dados foi realizada em três viagens à Santa Margarida entre agosto de 2017 e maio de 2019, sendo a última parte da coleta de dados do inventário de saúde proposto pelo Sagespi. Estas totalizaram cerca de 30 dias da presença da pesquisadora na comunidade, cujo acesso foi facilitado a partir do contato com profissionais da Secretaria Municipal de Saúde. Para chegar à Santa Margarida foram realizadas viagens de barco regional de Manaus à Santa Margarida – 12 horas de viagem - e viagens terrestres até Novo Airão (distante 180km de Manaus), seguidas por deslocamento via bote de alumínio até a localidade. – totalizando cerca de 4 horas e 30 minutos de deslocamento, a cada viagem.

4.3 Participantes

Uma vez definida a comunidade, as mulheres gestantes que atendiam aos critérios de inclusão foram convidadas a participar da pesquisa. Os itinerários terapêuticos muitas vezes acontecem de forma concomitante e uma vez vividos, as pessoas tendem a organizá-los em uma ordem lógica a partir das suas experiências (ALVES, 2015). Por isso foi dada preferência à gestantes no terceiro trimestre de gravidez, contudo por se tratar de uma localidade pequena, o olhar de mulheres em outros trimestres, bem como as que passaram por este processo há pouco tempo também foi considerado como dado desta pesquisa a fim de permitir reincidência e complementaridade dos dados coletados (MINAYO, 2017).

Deste modo foram considerados critérios de inclusão nesta pesquisa:

1. Estar passando ou ter passado pelo período gestacional há pelo menos um ano;
2. Residir no território de abrangência da pesquisa no período da gestação – ou na maior parte deste período.

Foram considerados critérios de exclusão da pesquisa:

1. Ser menor de 18 anos;
2. Ser de etnia indígena;
3. Recusa por parte da participante em qualquer momento do desenvolvimento do projeto.

O enfoque qualitativo permite ao pesquisador abranger, além do grupo prioritário de interesse, os atores com os quais esses mantêm relações significativas (MINAYO, 2012). Uma vez que sistema de autoatenção refere-se às práticas sustentadas também em nível de grupo social (MENÉNDEZ, 2003), foram realizadas entrevistas abertas com familiares das participantes gestantes e parteiras envolvidas no cuidado à gestação em Santa Margarida. Para estes foram critérios de inclusão:

1. Ter relação de cuidado com uma das participantes;
2. Ser pessoa de referência na comunidade quanto a cuidados à saúde e/ou gestação.

Assim, foram critérios de exclusão:

1. Residir em local de com impossibilidade de acesso à pesquisadora;
2. Ser menor de 18 anos;
3. Ser de etnia indígena;
4. Recusa de participação em qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa.

A entrada em campo contou com o apoio inicial do diretor da unidade básica de saúde da área, que introduziu a pesquisadora na comunidade e auxiliou na identificação das gestantes. Posteriormente a indicação das participantes da pesquisa foi um meio para a identificação de novos

entrevistados. Os dados obtidos são relativos à 5 mulheres grávidas (100% das grávidas da localidade) e 13 de seus familiares, conforme descrito no quadro abaixo:

Quadro 1 – Participantes da pesquisa

Participantes	Origem	Idade	Filhos	Estado civil	Início da coleta	Fim da coleta de dados	Famílias entrevistados
Irma	Outro município do Amazonas	30	5	Casada	Grávida – 1º trimestre	Aborto	Marido e sogra
Miriam	Santa Margarida	31	5	Casada	Grávida – 3º trimestre	Puérpera com parto domiciliar	Mãe e irmã
Bete	Santa Margarida	26	2	Casada	Grávida – 2º trimestre	Grávida – 3º trimestre	Mãe, irmã 1, irmã 2 e irmão
Gal	Outra comunidade ribeirinha	26	4	Casada	Grávida – 3º trimestre	Puérpera com parto hospitalar em Manaus	Irmã e cunhada
Celeste	Santa Margarida	25	4	Solteira	Grávida – 3º trimestre	Puérpera com parto hospitalar em Manaus	Mãe, pai e irmã

Fonte: Elaboração da autora.

4.4 Coleta de dados da pesquisa

As técnicas de coleta de dados compreenderam entrevistas (BRITTEN, 2009; POUPART, 2014) e observação participante (GIL, 1999; JACCOUD; MAYER, 2014; POPE; MAYS, 1999; ANGROSINO, 2009). Segundo Angrosino (2009, p. 53) “observar é o ato de perceber as atividades e os inter-relacionamentos das pessoas no cenário de campo através dos cinco sentidos”. Já a

entrevista, consiste em um diálogo que tem como objetivo compreender detalhadamente as crenças, atitudes, valores e motivações das pessoas em contextos sociais específicos (GASKELL, 2000).

Estas técnicas possibilitaram apreender as representações acerca do objeto deste estudo, além dos itinerários terapêuticos percorridos pelas participantes. Estes componentes compuseram a análise acerca do sistema de autoatenção das mulheres, uma vez que este se refere às representações e práticas no lidar com a saúde/doença/atenção. Portanto, foram utilizadas a partir da identificação de situações de potencial interesse que denotem o sistema de autoatenção em seus níveis ampliado ou restrito, sintetizados na tabela abaixo:

Quadro 2 - Situações de interesse para a coleta de dados em campo

Nível	Situações de potencial interesse para a coleta de dados de acordo com o nível de abrangência no sistema de autoatenção
Restrito	Práticas intencionais que dizem respeito ao processo saúde/doença/atenção; podendo ser consideradas visitas à parteiras, benzimentos, consultas na UBSF e realização de exames ou consultas em Manaus, bem como uso de remédios (tradicional ou medicamentosos), cuidados diferenciados com o corpo, dietas e mudanças do modo de viver a sexualidade e trabalho.
Ampliado	Práticas do grupo social que regem a forma que coletividade se relaciona com a gestação e seu sistema de cuidados; podem ser consideradas as crenças e relações com agentes supra-humanos, cuidados com o manejo e consumo de alimentos, práticas e agentes de cura e cuidados existentes e utilizados pela comunidade, a relação com o ambiente (nível cosmológico ou físico), obtenção e tratamento de água, relações inter e intrafamiliares, a concepção do processo saúde-doença e a inserção da gestação neste contexto.

Fonte: Elaboração da autora, com base em Menéndez (2003)

As situações descritas acima são elementos norteadores que guiaram a busca da pesquisadora ao longo da coleta de dados. No primeiro contato com cada participante da pesquisa foi realizada entrevista em profundidade. Nesta, foram exploradas as representações sociais acerca da gestação, bem como as nuances do sistema de autoatenção a partir das seguintes questões norteadoras: “O que é importante que uma mulher faça na gravidez?”; “E a sua? Como foi/está sendo?”; “Quais as outras coisas que as pessoas têm que fazer antes ou durante uma gravidez?”. Estas e outras questões adicionais, que foram realizadas a partir das respostas recebidas, permitiram o primeiro contato com as representações sociais e práticas de cuidado desenvolvidas pelas participantes da localidade (MAYS, 1999).

Após as primeiras entrevistas e aceite das participantes foram iniciados os procedimentos da observação participante, desenvolvida em momentos do cotidiano destas mulheres: ao longo do desenvolvimento de trabalhos domésticos, no convívio com a família e a comunidade. Também foi possível acompanhar a interação de algumas das participantes com parteiras e, também, o atendimento pré-natal por ocasião do comparecimento das gestantes ao atendimento prestado pela UBSF. Desta forma, elementos imperceptíveis no momento da entrevista, como os comportamentos individuais e grupais, a linguagem não verbal, sequência e temporalidade foram descritos em diário de campo e considerados como dados de pesquisa (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Foram consideradas tanto a descrição da gestante acerca dos itinerários percorridos, quanto a argumentação lógica das escolhas já realizadas, de modo a *fazer sentido* para estas. Igualmente foram incluídos na coleta os itinerários percorridos pelas gestantes, partilhados também pela pesquisadora em conjunto com as participantes, uma vez que as redes de interação entre os diversos atores (familiares, vizinhos, profissionais de saúde, curandeiros etc), os hábitos, hesitações, incertezas, formações e dissoluções de laços são, entre outros, constituintes da lógica dos itinerários terapêuticos (ALVES, 2015; GERHARDT, 2006; TRAD *et al.* 2010).

Este movimento permitiu a identificação de pessoas relevantes para a participante e comunidade no sistema de cuidados à gestação ali instituído. Gradualmente a coleta dos dados foi ampliada para abranger não apenas as representações e práticas de cuidado na gestação, mas também a história da comunidade, a tessitura dos grupos de parentesco ali existente e o dia a dia da vida comunitária, que passaram a compor o escopo de dados na pesquisa, ampliando o sentido atribuído à gestação e o contexto sociocultural que a cerca.

As questões desenvolvidas nesse âmbito partiram da experiência da participante com os familiares e outros membros do grupo social, abrangendo também a vivência da pesquisadora frente a estes agentes de cuidado, efetivando as características de uma observação participante. O escrutínio na vida social foi guiado pela seguinte questão norteadora: “O que é importante que uma mulher faça para ter/manter saúde na gravidez?”. Por esta via, buscou-se cercar o objeto tanto a partir das gestantes, suas falas e práticas, quanto das representações de comunitários, consanguíneos, afins e outros membros do grupo, envolvidos no processo de gestacional.

Os dados oriundos das observações foram registrados em diário de campo. A partir de notas escritas logo após o momento de observação. Estas levaram em consideração a descrição do ambiente, os comportamentos e relacionamentos das pessoas envolvidas, a linguagem utilizada e o tempo em que ocorreram os processos. Estas anotações auxiliaram tanto na análise dos dados, quanto propiciaram à pesquisadora o movimento pendular de aproximação e distanciamento da realidade

vivida, permitindo um olhar crítico para a realidade vivida e foco nos pontos de interesse (VICTORA, KNAUTH; HASSEN, 2000; ANGROSINO, 2009).

Além dos dados colhidos em Santa Margarida foram realizadas entrevista e atividades de observação em Manaus com duas participantes da pesquisa. Ambas saíram da comunidade um pouco antes do parto e passaram a residir na capital, de modo que os encontros versaram acerca das experiências que ambas tiveram neste momento e ao longo da gestação, além de suas expectativas de futuro. O fim da coleta de dados, por se tratar uma de localidade pequena, foi definido a partir da saturação de dados e fim do período gestacional das participantes.

4.5 Análise de Dados

A análise de dados na pesquisa qualitativa envolve a manipulação e interpretação de dados coletados, ou seja, a apropriação do que foi compreendido ao longo da coleta de dados de campo (MINAYO, 2012). Assim, o trabalho analítico sugere algum tipo de transformação do material coletado em uma análise clara, compreensível, criteriosa e confiável. Foi realizado o movimento de compreender, interpretar e dialetizar com os dados obtidos, ou seja, exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, apropriar-se desta compreensão e dialogar com os pressupostos epistemológicos que norteiam esta pesquisa, no caso, o sistema de autoatenção e itinerários terapêuticos (MINAYO, 2012).

A fim de realizar este movimento foram utilizados os pressupostos do método de interpretação de sentidos (GOMES *et al.*, 2005), que analisa palavras, ações e conjunto de interrelações entre grupos, instituições ou conjunturas a partir de uma perspectiva sócio-antropológica, compreendendo os seguintes passos:

1. Leitura compreensiva do material
2. Identificação e problematização das ideias do texto
3. Busca de sentidos mais amplos que articulam modelos subjacentes às ideias a partir do diálogo entre teoria, texto e contexto.

4.6 Aspectos éticos e legais da Pesquisa

O projeto guarda-chuva “Estudo exploratório de condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas” foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 1.742.086/2016 atendendo à Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (ANEXO A).

Todos os participantes foram convidados a ler e assinar em duas vias o TCLE (APÊNDICE A e B). Sendo esclarecidos acerca da natureza desta, bem como seus objetivos, métodos, direitos,

riscos e possíveis benefícios. Durante a coleta de dados quaisquer dúvidas que emergiram foram respondidas, assim como explicitada a possibilidade de desistir da participação a qualquer momento e sem prejuízos.

Esta pesquisa foi realizada no âmbito do Projeto: Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas; financiado pelo CNPq, Edital Universal, Processo No. 407944/2016-8; Programa PPSUS/FAPEAM Chamada 001/2017.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante os resultados obtidos na pesquisa serão apresentados nessa seção mediante duas estratégias: 1) apresentação de dados de contexto e um breve perfil biográfico das gestantes pesquisadas; 2) dois artigos: um intitulado “Sistema de autoatenção e itinerário terapêutico de mulheres grávidas de uma comunidade rural ribeirinha do Amazonas” e outro com o título de “A práxis de parteiras e interseções com a Atenção Pré-natal em comunidade do Rio Negro, Amazonas”; este foi submetido à revista *Saúde e Sociedade* (*Manuscript* ID SAUSOC-2019-0130) e aguarda parecer ad hoc.

Iniciaremos a apresentação de resultados pela apresentação de Santa Margarida a partir da qual buscamos compreender o modo de viver nesta localidade ribeirinha.

5.1 Cenário social da pesquisa: espaço e tempo de Santa Margarida

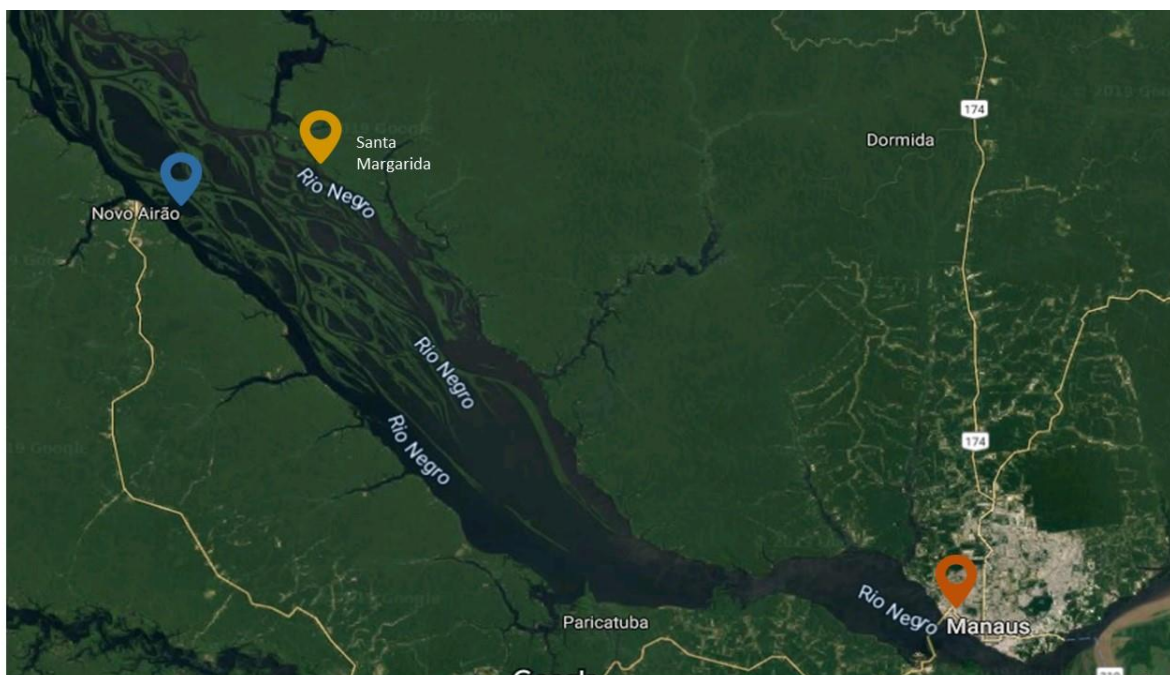
Localizada no entorno do Parque Nacional de Anavilhanas, à margem esquerda do rio Negro, Santa Margarida é uma comunidade rural ribeirinha. Ainda que pertencente ao município de Manaus ela se situa no espaço geográfico mais próximo do município de Novo Airão, distando da sede municipal em cerca de 1 hora de deslocamento¹, se usado o transporte mais utilizado pela população, a rabeta².

Santa Margarida mantém muitas das conhecidas características de comunidades rurais amazônicas, como por exemplo o forte vínculo com o rio, fauna e flora, manutenção de relações baseadas no parentesco e vizinhança, prática de extrativismo de subsistência, presença de elementos culturais multidiversificados e multiétnicos, além da coexistência entre modos de vida tradicionais e cosmopolitas (HARRIS, 2006; MARINHO; SCHOR, 2012; NEVES, 2006). A fim de apresentar as especificidades da comunidade serão apresentadas nos pontos abaixo as características relativas ao espaço socioespacial e relações de convivialidade travadas em Santa Margarida que orientam o modo de viver nesta localidade amazônica.

¹ Chamo atenção para a mensuração de distância feita através da identificação das horas gastas no deslocamento. No regime de águas da Amazônia, o deslocamento fluvial não se mede, no dia a dia das populações, em quilômetros e sim em tempo de deslocamento e/ou em quantidade de combustível gasta para percorrer o trecho desejado.

² O termo rabeta designa um motor de baixa potência e baixa velocidade que impulsiona as pequenas canoas utilizadas pelas famílias ribeirinhas. Embora lento, é o transporte mais usado por ser econômico no consumo de combustível e pela escassez, e mesmo ausência, de outras alternativas de transporte nessa região.

Figura 2 - Mapa Manaus-Santa Margarida-Novo Airão

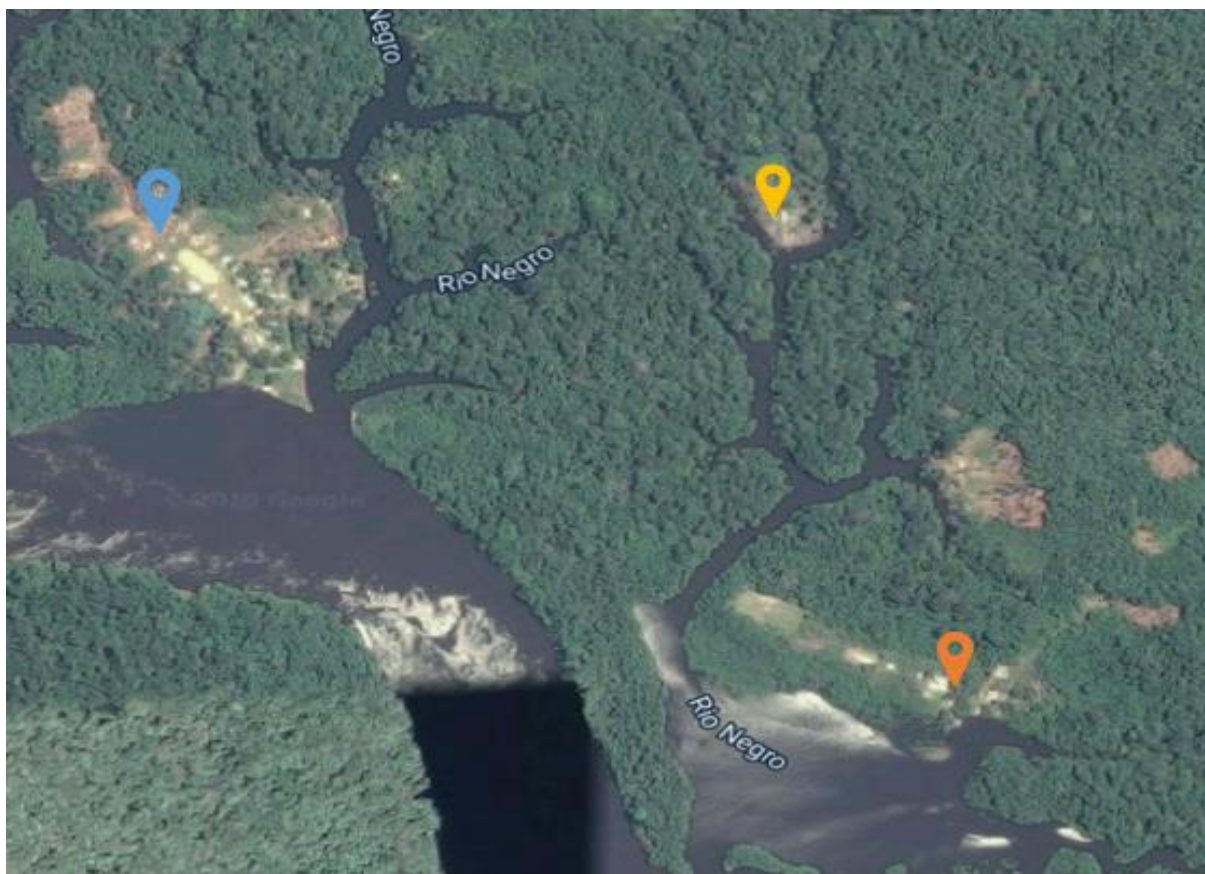


Fonte: Google Maps, 2018

5.1.1. Descrição sócio-espacial da localidade

A maior parte da população reside na vila principal (marcada com o ponto azul no mapa abaixo), contudo a comunidade se estende a casas próximas em um lugar conhecido como Lago Verde (marcado com o ponto laranja no mapa abaixo) e casas que ficam isoladas em igarapés próximos (marcadas com o ponto amarelo no mapa abaixo). Estas localidades estão em um raio de 2 km de distância e, juntas, compreendem a comunidade de Santa Margarida.

Figura 3 - Mapa Santa Margarida: Vila principal, igarapé e Lago Verde



Fonte: Google Maps, 2018.

A formação e a formalização³ de Santa Margarida praticamente se confundem. Antes da formalização as famílias que hoje residem no que é reconhecido como Santa Margarida estavam ligadas à outra comunidade próxima. Conflitos, em grande parte relacionados à desigualdade de acesso às instituições e políticas públicas motivaram os moradores a se mudar e à buscar a formação de uma nova comunidade, após o que passaram a lutar pela formalização dela junto aos poderes constituídos. Essa movimentação será discutida com maior detalhamento no decorrer do texto, entretanto já foi apontada aqui por ser um dado necessário à compreensão das relações entre o Lago Verde e a Vila de Santa Margarida.

³ O termo “formação” é utilizado pelas pessoas em Santa Margarida, para descrever o momento em que algumas famílias começaram a se agrupar naquele local, passando a se identificar membros de uma comunidade. Já a “formalização” é um termo que descreve o ato de reconhecimento formal, pelos poderes públicos, da existência jurídica de uma localidade; no caso de Santa Margarida isso só se deu após uma longa luta por esse reconhecimento, empreendida pela associação comunitária. O ato de reconhecimento tem importante implicação para a vida comunal, porque somente localidades reconhecidas pela prefeitura se tornam aptas a receber escolas, atendimento à saúde, ter acesso à luz iluminação pública etc. Antes do reconhecimento oficial Santa Margarida era considerada uma “vila” subordinada a uma localidade maior, formalmente reconhecida, cujo acesso às políticas públicas não se estendia, na visão dos participantes da pesquisa, à população de Santa Margarida.

O Lago Verde seria o espaço onde a vila principal da comunidade se formaria, uma vez que algumas das primeiras famílias que formaram a comunidade já residiam neste local. Contudo, como o Lago Verde alaga na época da cheia, os comunitários buscaram um novo terreno, que distava em cerca de 10 minutos de deslocamento da localidade original. O novo local foi escolhido para instalar a vila principal que se tornou Santa Margarida. As razões da escolha do novo local têm interpretações divergentes, já que alguns entrevistados apontam que o local de assentamento da vila resultou da preferência dos moradores, ao passo que outros apontam ter havido uma demanda da prefeitura para a institucionalização da comunidade, condicionando a escolha da sede, e futuro reconhecimento, a um local que não sofresse alagamentos periódicos.

Mesmo com a mudança de sede, algumas pessoas permaneceram residindo no Lago Verde. Este é o caso de Margarida, senhora de 84 anos, parteira que incentivou a formalização e cujo prenome foi adotado para nomear também a comunidade. A 'vó Margarida' havia cedido parte de seu terreno para a consolidação da vila, no entanto, com a mudança para o novo local, a idosa optou por permanecer no terreno onde, sozinha, criou seus filhos. Atualmente existem três casas de madeira e dois campos de futebol no Lago Verde, além de galinhas e patos que circulam pelo local. Uma destas casas é a de Margarida e, nas outras duas residem, respectivamente, a família de um de seus filhos e a de um de seus netos. As três casas, são vizinhas, construídas em madeira e possuem de dois a três cômodos, sendo a cozinha geralmente situada na parte posterior de cada casa. Além destas, o terreno conta com uma tenda onde se confeccionam espetos para churrasco e é utilizada também como casa de farinha.

Figura 4 - Lago Verde: casas, cozinha e Margarida



Fonte: Acervo pessoal.

Além do agrupamento de pessoas que vivem no Lago Verde, em um igarapé que dista em aproximadamente 7 minutos (trecho percorrido com rabeta) da vila principal, encontra-se a casa da família de Irma e Igor, sendo este, neto de Margarida. Neste local a energia elétrica é obtida através de gerador próprio, e os cinco filhos do casal têm que deslocar diariamente à vila, no período letivo, para que possam frequentar a escola; deslocamento similar também é necessário caso necessitem comprar algum artigo no diminuto comércio da vila principal. Além da casa de um cômodo com paredes e chão de madeira que abriga a família, há um local coberto com lona destinado à confecção de espeto para churrasco, que conta com um banco para a realização do trabalho.

Figura 5 - Casa de madeira no igarapé



Fonte: Acervo pessoal.

Ainda que estes dois espaços sejam parte integrante de Santa Margarida, a maioria da população reside na vila principal. Essa conta com fornecimento intermitente de energia elétrica provida pelo gerador de luz (a diesel) da Secretaria Municipal de Educação; um poço artesiano com bomba de água que, quando há luz, enche as caixas d'água da maior parte das casas da vila. Esta conta também com uma escola de ensino fundamental, equipada com antena que viabiliza acesso à internet para a escola; sedia duas igrejas (ambas evangélicas, e, destas, uma está abandonada), uma casa de apoio para professores, um chapéu de palha para eventos comunitários, um campo de futebol e, em construção, uma unidade de apoio para ações de APS (APS) provida pela Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e uma casa de apoio para missionários evangélicos.

Este espaço sedia também iniciativas dos próprios moradores. Existem dois mercadinhos pertencentes a moradores que costumam vender ovos, frango congelado, gasolina, comida em lata, linguiças, salsichas, macarrão instantâneo, bebidas alcoólicas, roupas e material de higiene pessoal. Ambos são utilizados pela população e, apesar das placas que afirmam que “não vendem fiado”, algumas famílias possuem contas e, conseqüentemente, dívidas com as famílias que gerenciam os

estabelecimentos. O mercadinho mais antigo possui, ainda, a função de intermediar os espetos produzidos na comunidade com o regatão.

A manufatura de espetos de madeira para fazer churrasco é uma atividade relativamente recente nessa região, tendo sido uma alternativa econômica buscada pelas famílias quando ocorreu a demarcação dessa área como Reserva de Desenvolvimento Sustentável (RDS). A medida impôs aos moradores diversas restrições ao uso de recursos naturais, dificultando, por exemplo a abertura de roças, o extrativismo vegetal e a comercialização de quelônios. Nessas circunstâncias a confecção de espetos de madeira usados para fazer churrasco foi vista como uma alternativa pois implicava numa derrubada seletiva de árvores adequadas para esta finalidade, permitindo à população driblar a fiscalização ambiental.

Essa atividade, que já foi generalizada em Santa Margarida, se restringe atualmente às famílias de menor renda. Trata-se de uma atividade exaustiva, com baixo retorno financeiro com o produto da venda. Como um milheiro de espetos é vendido por um valor muito baixo as famílias se esforçaram em produzir um grande número de espetos na busca de ampliar seus ganhos. Em consequência, todos os membros das famílias, incluindo as crianças, são demandados a se envolver no trabalho, podendo haver prejuízo inclusive da frequência à escola. A confecção dos espetos exige conhecimento sobre o tipo de árvore adequada para o espeto, além de ser capaz de identificá-la na mata, derrubá-la e cortá-la em pedaços com motosserra para depois transportar as toras até a casa de espeto da família. Uma vez transportadas os membros da família cortam as toras em pedaços menores até que adquiram o formato de ripas de madeira; em seguida talham cada ripa até que essa se converta em um espeto. O trabalho é realizado em posição sentada, em bancos baixos, mediante movimentos repetitivos de desbaste vertical da ripa, em movimentos de cima para baixo; o desbaste é realizado com o auxílio de uma faca e, na ausência dela, de uma lâmina que é amarrada a uma ripa de madeira com um tecido que protege a área em que a pessoa segura a ferramenta improvisada. Em seguida os espetos são postos para secar ao sol e depois amarrados em milheiros.

Figura 6 - Gestante produzindo espetos



Fonte: Acervo Pessoal

Cada milheiro tem 5 blocos com 25 espetos, sendo que cada que pode alcançar o preço de venda entre R\$ 2,50 a R\$ 3,50 nos mercados locais, a depender da época do ano e da quantidade de espeto disponível. É uma atividade exaustiva e com pouco rendimento para as famílias, como pode ser observado na fala de Irma, uma das gestantes da pesquisa: *Porque o frango já tá R\$22, R\$24, aí na vila. Aí tem que ser muito espeto pra chegar a dar R\$24; é muito espeto!*

De fato, com o milheiro de espeto sendo pago a R\$3,00 a família precisaria confeccionar 8 milheiros de espeto para comprar 1 frango vendido a R\$ 24,00. O que se observou foi que, na comunidade as famílias trocam seus milheiros de espeto por comida ou gasolina vendida pela dona do comércio da vila. O estabelecimento de comércios fixos na comunidade, em que pese os altos preços das mercadorias ali vendidas, gerou um local alternativo de venda de espetos, pois ali se pode obter, de imediato, comida para consumo familiar. Gradativamente os donos dos mercadinhos de Santa Margarida passaram a centralizar a compra dos espetos produzidos pelas famílias do local, negociando sua venda em escala maior com o regatão, em suas viagens periódicas.

O trabalho com o espeto é, portanto, dependente do preço fixado pelo comerciante. É uma atividade fisicamente desgastante e pouco lucrativa para o produtor, gera riscos à segurança, face à

possibilidade de ser preso por estar derrubando árvores de área de preservação, e compromete a saúde, pois expõe o trabalhador a acidentes, como cortar-se com a lâmina durante a confecção do espeto, além de comprometimento osteoarticular decorrente da má postura e dos movimentos repetitivos necessários à confecção do espeto. Contudo, as famílias mais influentes, e com maior poder aquisitivo, ainda que não realizem mais esta atividade, tendem a incentivá-la para as outras com menor poder aquisitivo, identificando o espeto como uma alternativa viável para melhoria da geração de renda.

Esses meninos (filhos de Irma) que vieram me vender espeto trabalham muito; muito mesmo. Eles têm um terreno cheio de fruteiras e uma roça também; mas eles fazem muito espeto. E lá não tem luz que nem aqui. Para ter luz eles têm que comprar gasolina [para alimentar o gerador que é particular, pois morando longe da sede da vila não usufruem do gerador da escola como os outros]. A gasolina que eles vêm comprar aqui é para o motor de luz; compram só com o espeto que fazem. A mãe e o pai trabalham e os filhos todinhos fazem espeto. Chega têm a mão grossinha de trabalhar (risos). É bom eles fazerem espeto; tá R\$3,50 [o milheiro], mas se a pessoa fizer dá muito. Se a pessoa, por exemplo, fizer 100 milheiros (12.500 espetos) já é R\$350,00 né? Já dá pra comprar um rancho. (Depoimento da Dona de um dos mercadinhos)

Algumas famílias encontram outras formas, menos penosas, para obter o sustento. Trabalhos terceirizados para órgãos públicos, pesca, criação de animais, serragem de madeira e roça são algumas destas alternativas. Em Santa Margarida a roça costuma ser apenas para consumo próprio e apenas uma família cria animais para venda. Contudo, a serragem de madeira é praticada por muitos homens que trabalham para um madeireiro particular, colocam-se em risco por praticarem uma atividade ilegal. Essa atividade é constantemente fiscalizada pelo Ibama, uma vez que a região integra uma reserva ambiental e é limítrofe a um Parque Nacional, onde o extrativismo vegetal é proibido.

Se o Ibama não freia (...) não tinha mais nada; nós tava comendo o quê? Aí o Ibama freou, começou a prender gente, começou a multar gente; virou uma reserva. Hoje o peão trabalha meio escondido. Nós temos uma fartura grande, mas se não freia nós não tinha mais nada. (...). Eu encontro dificuldade porque eu queria que o pessoal parasse, pensasse. Porque agora tem uma nova lei: as pessoas que são pegadas com madeira não vão mais pra polícia civil. Não! Vão direto pra penitenciária. E eu falo isso pra eles, eles ficam me criticando, dizendo que tô puxando saco. – Presidente da associação comunitária.

Devido o caráter ilegal da atividade, os homens podem passar semanas longe de casa, em local desconhecido por suas esposas. Contudo, a atividade ilegal é a que se mostra capaz de gerar melhor ganho para o sustento da família e ainda um excedente que têm permitido às famílias adquirir um dos bens mais importantes para o seu dia a dia: o motor de popa e a respectiva canoa de alumínio; também tem permitido sanar dívidas com os mercadinhos locais e até mesmo adquirir um bem de consumo de valor mais alto como aparelhos de televisão. Durante a coleta de dados, contudo, não se percebeu a atuação de quaisquer entidades que auxiliassem a população a produzir alternativas sustentáveis de geração de renda. A falta de oportunidades legais, minimamente rentáveis e ambientalmente corretas empurra as pessoas para o extrativismo ilegal.

Por ocasião da coleta de dados boa parte das famílias recebia benefícios sociais que complementavam seus ganhos; as alternativas existentes eram o Bolsa Família, o Bolsa Floresta e seguro-defeso, este último acessível apenas àqueles vinculados à colônia de pescadores e disponibilizado apenas no período de reprodução dos animais aquáticos. O auxílio maternidade para pescadoras, também representava uma fonte de ganho valorizada. Na temática da renda o principal ponto em comum é a escassez de postos de trabalho. Também em termos de acesso às políticas de ajuda social o leque de alternativas é variado e desigual, sendo possível observar que na mesma comunidade uma família tenha a possibilidade de ter uma máquina de lavar, enquanto outras têm que percorrer diariamente o caminho até o rio para lavar roupas, louças e se banhar.

As casas também refletem as diferenças de renda e posição social das famílias na comunidade. A maior parte delas tem piso, paredes de madeira e telhado de folhas de alumínio. São elevadas em relação ao solo e algumas possuem banheiro próprio, com sanitário e fossa rasa atrás de cada casa. Contudo, é possível encontrar umas poucas construções com chão de cimento ou mesmo azulejo, entre as famílias localmente mais abastadas.

Figura 7 – Flagrantes da vida na Vila de Santa Margarida



Fonte: Acervo pessoal.

Em Santa Margarida existe um espaço que foge aos olhos e ao controle do presidente da associação comunitária. Fora do agrupamento principal da vila, mas com acesso tanto pela água, quanto por uma pequena trilha, existem três casas pertencentes ao mesmo núcleo familiar. A este espaço algumas pessoas costumam se referir como “invasão”, adotando um tom pejorativo, para descrever um modo de ocupação do espaço que escapa à normalização instituído no corpo principal da vila. Na “invasão”, as famílias residentes têm casas que cujo padrão não se distingue muito do tipo de construção que predomina nas residências da vila, com piso e paredes de madeira. Entretanto, só puderam obter ligação de energia elétrica através de uma ligação não oficial com a vila, o chamado “gato”. Os adultos da invasão costumam buscar o Lago Verde e a vila apenas para participar dos jogos de futebol e ter acesso serviços de educação e saúde. Como suas roças são próximas das casas

a família se concentra neste terreno, embora as crianças visitem diariamente a vila, para brincar e coletar frutas.

Figura 8 - A "invasão": Casas e balsa



Fonte: Acervo pessoal.

No dia a dia em Santa Margarida, a relação com o rio está sempre presente em todos os espaços acima citados. Cada família ou grupo familiar possui porto e balsa próprios, onde canoas e botes ficam estacionados e se realiza a limpeza de roupas, louças e corpos diariamente, pelo menos duas vezes por dia. É comum que mesmo famílias de maior poder aquisitivo exerçam esta rotina, sendo comum o deslocamento regular de mulheres, suas bacias e seu filhos até a beira do rio. Ainda que esta seja uma árdua movimentação, não é apenas uma obrigação ir à beira, sendo muitas vezes, uma escolha: “é porque eu gosto de usar muita água”, explica uma das moradoras, quando perguntada sobre a razão de ir à beira lavar louça, já que dispõe de torneira ligada à água corrente em sua na cozinha

O rio é utilizado para deslocamento, diversão e higiene, mas é também a principal fonte de comida. Esta é uma das razões pelas quais o regime das águas afeta tão intensamente a vida da população. Quando o rio está seco tudo fica mais longe, afetando o trabalho e tempo de deslocamento até o rio e entre as localidades; no entanto os peixes ficam mais fáceis de serem pescados e a alimentação é farta. Já na cheia, os barrancos e peixes somem e as canoas conseguem ir mais longe em menos tempo. Compreender o rio, seus atalhos e tributários é, portanto, fundamental para compreender a comunidade.

Figura 9 - O rio em Santa Margarida: atividades domésticas, pesca e possibilidade de trabalho



Fonte: Acervo pessoal.

A alimentação é um ponto fulcral nessa espacialidade regulada pelos ambientes aquáticos. A proteína com maior disponibilidade no ambiente e fornecida gratuitamente pelo rio, é o peixe, o que eleva seu consumo. Vale ressaltar que mesmo na existência de poder aquisitivo a oferta de alimentos comprados é diminuta e cara no comércio local, ou seja, é a punção de alimentos na natureza que provê a maior parte da alimentação.

A pesca é feita com malhadeiras, zagaias ou caniços. Aqueles que pescam podem fazê-lo por muitas horas, às vezes o dia inteiro. Em caso de excedente o peixe é salgado ou mantido em freezers, caso os possuam. Da quantidade pescada uma parte costuma ser doada para familiares que não pescam ou não tenham conseguido obter comida naquele dia. O peixe é preparado frito, cozido, guisado ou assado, sendo processado majoritariamente no fogo de lenha. Embora a maior parte das famílias tenha fogão, a maioria não tem condições de comprar gás de cozinha com a frequência necessária. Assim, é comum que dias de sol as pessoas cozinhem à lenha no espaço aberto nas proximidades das casas, poupando o gás de cozinha para prolongar sua durabilidade.

Alguns pensam também nos animais aquáticos como fonte alternativa de renda. É o caso do jovem com camisa preta que aparece na última foto abaixo, à direita, na figura 9, que se empenha em “amansar” botos pensando em utilizá-los como meio de lazer para atrair turistas, tal como observou em balneários em Manaus e Novo Airão.

Algumas pessoas da comunidade também caçam. Seja colocando armadilhas para “cabeçudos” (um tipo de quelônio) ao redor da comunidade, seja buscando por animais maiores (jacarés, veados, pacas, antas). Contudo a caça parece ser uma eventualidade, não podendo ser computada como alimento regular na dieta da população de Santa Margarida. Apesar de galinhas circularem livremente na comunidade o consumo do animal doméstico não é comum. O frango que se faz mais presente na dieta familiar é aquele comprado congelado, no comércio local, ou em Manaus ou Novo Airão; naturalmente que o consumo regular só se faz possível entre as famílias com maior poder aquisitivo. Algumas famílias acreditam que a carne das galinhas de quintal tenha um gosto “forte e ruim”, por isso evitam o consumo. Já a carne de boi costuma ter valor elevado e nas poucas ocasiões em que é consumida, é na forma de pequenos pedaços cozidos junto com o feijão, procedimento que gera o apreciado prato de “feijão com carne”.

A alimentação pode ser complementada com artigos à venda nas duas mercearias presentes na vila e, como também com produtos trazidos no retorno de viagens à Novo Airão ou Manaus. Entretanto, a duração das viagens, a falta de refrigeração e o custo limitam o tipo de alimento que pode ser comprado, predominando os enlatados, calabresa, macarrão instantâneo, feijão, arroz e farinha. Ovos também podem ser incluídos nesse rol de compras mesmo com sua duração é limitada. Embora a farinha seja elemento imprescindível na alimentação cotidiana, nem todas as famílias a produzem. Para os que não têm roça resta a alternativa de trocar farinha por trabalho, na forma de ajuda para carregar lavar e descascar a mandioca e torrar a farinha.

Figura 2 - Comida: fontes alimentares e modos de preparo



Fonte: Acervo pessoal.

O contato com o rio, a forte presença do peixe e da farinha na dieta, as relações com a floresta, não apenas para subsistência, mas como meios de cura, demonstram forte vínculo com o modo de vida tradicional caboclo. E, ainda que a comunidade de Santa Margarida como hoje conhecemos seja relativamente nova, muitos de seus moradores residiam em localidades próximas antes da sua formação. No ponto subsequente serão discutidas algumas características desse modo de vida.

5.1.2. Interfaces com agentes e instituições supra-comunais

As longas distâncias impostas pelas peculiaridades do espaço amazônico e a organização sócio-política são frequentemente apontadas como obstaculizadoras do acesso às instituições públicas. Os moradores mais antigos recordam a ausência de escolas e da raridade do atendimento à saúde. Quanto

à última, os mecanismos de combate à malária são lembrados pela população como uma das únicas formas de atuação do sistema oficial de saúde na região, à época.

A gente não tinha pra onde correr mesmo; a gente vivia isolado nessa época aí (...) Não existia nada de posto [de saúde]. Não tinha nada na época, nem em outra comunidade, nem por aqui.. só o que passava no beiradão, que é como a gente costuma chamar, era aquele barco da malária. Aí quando a pessoa tava com febre davam aquela pílula. Não sabia nem se a gente tava com malária de verdade, porque não tinha como examinar né? (...).Pra Manaus, negócio de motor não existia. Até chegar lá de remo, tava morto... Era muito sofrido. Se fosse [doença] de morrer, a pessoa morria... se fosse caso de morte o caboco morria mesmo. – João, residente antigo na licalidade.

Nos casos em que o deslocamento para a capital se fizesse necessário, os poucos recursos de saúde no território e a ausência de estratégias governamentais para promover o acesso ao atendimento dificultavam, ou mesmo impediam, um atendimento adequado. Mortes de infantes por “doença de criança”, de mulheres no momento do parto ou mesmo infecções levando a óbito, eram eventos comuns. Por isso, o conhecimento tradicional baseado em crenças tradicionais de raiz indígena, as rezas cristãs, como o benzimento e as práticas de fitoterapia eram os cuidados mais comuns, tendo fundamentado o sistema de autoatenção encontrado em Santa Margarida que permanece vivo na localidade, moldando o cuidado com a saúde.

Há cerca de 30 anos atrás foi implantado o primeiro “barco da saúde”, que fazia atendimento itinerante nas localidades ribeirinhas, em moldes que guardavam semelhanças com a UBSF que atua hoje. Contudo, ele não parava na localidade e os residentes de Santa Margarida necessitavam deslocar-se mensalmente para obter estes serviços. Escolas também foram implantadas, mas, novamente, Santa Margarida não foi contemplada, por não ter obtido ainda o “reconhecimento” dos poderes públicos.

Na época a canoa era o meio de transporte mais comum entre os residentes, o que os obrigava a remar por grandes distâncias, principalmente no período de seca dos rios, para acessar recursos de saúde e de educação. Além disso os moradores de Santa Margarida relatam que eram discriminados nas outras comunidades. No atendimento à saúde, por exemplo, tinham que aguardar que todos da outra localidade fossem atendidos para então chegar a sua vez de receber atenção à saúde pelos profissionais. Para frequentar a escola as crianças eram obrigadas a sair de madrugada de casa, remando ainda no escuro por mais de uma hora, o que gerava, em consequência, altas taxas de abandono escolar e um ingresso tardio do processo de escolarização, dado o risco evidente de enviar crianças pequenas para a escola em um pequeno barco à remo.

Os comunitários lembram que nesta época houve um acidente com crianças desacompanhadas que estavam a caminho da escola em Apuaú. Elas foram surpreendidas com

banzeiros⁴ fortes no caminho; a canoa virou, colocando em risco a vida das crianças. Este evento, aliado às dificuldades de acesso a saúde, teria sido o estopim para iniciarem as lutas para formar e formalizar a comunidade. Assim, é possível afirmar que a busca por relações com instituições oficiais que fomentassem o reconhecimento e a garantia de direitos constitucionais para este grupo foi fundamental para que as famílias que residiam no território decidissem unir-se em uma comunidade.

5.1.2.1. Acesso à saúde: atenção primária, média e alta complexidade

No tocante à saúde, Santa Margarida continua subordinada à outra comunidade, que sedia a unidade básica, na verdade um posto de saúde rural. Contudo, há algum tempo passou a receber a visita mensal da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF). No posto de saúde atuavam dois agentes de saúde que é o diretor do posto e um microscopista, respondendo pelo território adscrito, como um todo formado também por mais duas comunidades além da estudada. Santa Margarida contava, ainda, com uma ACS que ali residia. Cabe a estes profissionais a continuidade do cuidado no território, através do acompanhamento de usuários com hipertensão e diabéticos, realização de exames e fornecimento de medicação para diagnóstico de malária, além de identificar problemas de saúde no território. Suas atividades são contínuas ao longo de todo o mês e ano, ao passo que as atividades da UBSF constam de uma viagem mensal, com um curto período de parada (cerca de 4 horas) na comunidade.

No momento da coleta de dados a rotina de atendimento na unidade de saúde estava sendo revista, passando a contemplar uma triagem no atendimento que anteriormente funcionava por demanda espontânea. Na ocasião estavam sendo implantadas fichas para atendimento, principalmente médico, cujo limite diário era de 15 fichas para consulta. Ainda assim, foi deixado claro para os usuários que, se estes assim desejassem, poderiam ser atendidos pela enfermeira e, caso ela julgasse necessário, os encaminharia ao atendimento médico.

Com esta nova dinâmica pôde-se notar que, para além da distribuição de fichas feita pela ACS, a comunidade também regulava essa atividade. Algumas pessoas que já haviam obtido a ficha para atendimento cederam para amigos ou colegas que julgaram necessitar mais do atendimento médico aquele mês. Antes mesmo da implantação das fichas a gestão do uso da UBSF era mediado pela população, que enchia o serviço quando o atendimento era feito por uma médica que ouvia e examinava com atenção os pacientes. No mês em que o médico que atendia era um profissional apelidado de “Dr. Dipirona” para quem, segundo os comunitários, todas as queixas resultavam no

⁴ Ondulações nas águas do rio provocadas por embarcação em andamento ou vento

diagnóstico de virose, muitas pessoas optavam por aguardar o próximo mês para serem atendidos pela profissional de sua preferência.

A agência dos usuários não se limitava a manejar o serviço ofertado pela rede oficial de saúde, se expressando na reinterpretação das orientações dadas pelos profissionais de saúde e na adesão concomitante de outros recursos para prevenir e curar doenças e para buscar a manutenção da saúde. Para tal fim eram acionados conhecimentos tradicionais transmitidos entre gerações na família, bem como as práticas das parteiras, cujos cuidados, aliás, não se restringem às mulheres grávidas.

Não há serviço de traslado entre a comunidade e os municípios próximos, mesmo em situação de urgência e emergência. Por esse motivo, quando o atendimento na APS ou o sistema de cura comunitário não eram suficientes para resolver determinado agravo à saúde, fazia-se necessário que o usuário se deslocasse com recursos próprios até Manaus ou Novo Airão. A Secretaria Municipal de Saúde de Manaus dispõe de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Fluvial com atribuição de atender emergências ocorridas em comunidades ribeirinhas, contudo residentes e funcionários da saúde comentavam a dificuldade para que estes atendam a área de Santa Margarida, situada no limite com o município de Novo Airão. Por isto, a necessidade do transporte em emergências muitas vezes era suprida pelos próprios profissionais da saúde, pelo barco da escola e/ou por parentes que dispusessem de meios de transporte.

Uma vez na cidade cabe ao usuário financiar seu deslocamento e permanência no espaço urbano. O ônus da busca de atendimento especializado não se restringe ao financeiro, mas também gera gasto de gasolina, alimentação e estadia. A distância entre cidade e vila, ao lado do grande tempo de deslocamento, obriga as famílias, em casos em que a remoção do doente se faz necessária, a gerenciar a realização de responsabilidades familiares e domiciliares cotidianas. Questões com “com quem ficam as crianças”; “quem assume o cuidado com a roça”; “como conseguir dinheiro para a alimentação na cidade” e “na casa de quem ficaremos na cidade”, sem efetuar um conjunto intrincado de gestão de relações familiares, demandando combinações com membros próximos e distantes do núcleo primário da família, devendo ser minuciosamente pactuada, a fim de que o doente consiga se deslocar até o local de atendimento na cidade.

Essa é uma dificuldade pertinente à saúde das populações rurais em âmbito nacional. Pessoa, Almeida e Carneiro (2017), ao discutirem acerca dos obstáculos para efetivação da saúde integral à essas populações afirmam que quando esse caminho não é percorrido pelo serviço, obriga o usuário a buscar os serviços por seus próprios meios, o que pode gerar ônus considerável à economia doméstica. Tomado pelo adoecimento e acossado pelo ônus financeiro, o longo trajeto e a espera até que obtenha a efetivação do atendimento torna-se maior e mais penosa. O acesso ao sistema oficial

de saúde foi, em grande parte, mobilizador da formação e formalização de Santa Margarida e, ainda que persistam dificuldades de acesso ao sistema oficial de saúde, nota-se que as ações de APS influenciam bastante na rotina da população. Atualmente, por exemplo, a maior parte das pessoas usa hipoclorito como forma de tratar a água para consumo.

A presença rotineira do serviço de APS no território propicia maior interação com o modelo biomédico, gerando importante mudança na vida das mulheres em Santa Margarida. Antes eventual, o contato que passou a ser mensal, logrou a produção de relações de confiança construídas com os profissionais que atuam na UBSF, o que também legitima suas ações junto às famílias e cuidadoras de Santa Margarida, em particular as parteiras Dora, Margarida e Filomena. Estas, muitas vezes reforçam orientações dadas no serviço de saúde, o que contribui para a melhor aceitação das prescrições e orientações ali dadas, propiciando que a presença da UBSF passe a permear o cotidiano das residentes. Fitoterapia, “pega de *dismintidura*”, “puxação” e outros tipos de cuidados tradicionais praticados desde muito antes da entrada da UBSF no território persistem como importantes estratégias de cura. Assim, pode-se dizer que as relações estabelecidas com os profissionais de saúde têm atuado em paralelo ao sistema de cuidados previamente estabelecido pela população, inserido, inclusive, nas recomendações das cuidadoras da comunidade.

5.1.2.2. Educação

O acidente que colocou em risco a vida das crianças que realizavam este percurso em uma canoa para ir à escola, foi um dos mobilizadores para a formalização de Santa Margarida. Subordinada à outra comunidade no tocante à educação, as crianças que residiam no território que viria a ser tornar Santa Margarida necessitavam navegar, com recursos próprios, até outra comunidade próxima para poder frequentar a escola. Movimentos políticos, fomentos de Ongs e multirões comunitários construíram a escola que hoje serve à localidade. Inicialmente funcionava com bancos doados pelos residentes e a professora era uma pessoa da comunidade que, por ter vindo de Manaus, tinha mais estudo. Com a mobilização política a escola foi reconhecida pela Secretaria Municipal de Educação (Semed) e se autonomizou em relação à outra comunidade.

A escola conta com Educação Infantil e Ensino Fundamental (1º ao 9º ano), sendo o turno matutino para 1º e 2º período da Educação Infantil e 1º ao 3º ano do Ensino Fundamental e o turno vespertino para aulas do 4º ao 9º ano do Ensino Fundamental. Nela estudam 56 alunos, 36 no turno matutino e 20 no vespertino; desses, 21 são usuários do transporte fluvial, uma lancha disponibilizada pela Semed que realiza o transporte até a escola, das crianças moradoras dos igarapés e outras localidades próximas. Conta com profissionais da Semed como a diretora e professores, e

terceirizados; os últimos contratam a merendeira, auxiliar de serviços gerais e condutor da lancha escolar (Dados disponibilizados no mural da escola).

Os profissionais terceirizados são moradores de Santa Margarida, cujos nomes foram aprovados em assembleia comunitária. Estes são os únicos cargos da localidade que oferecem salário fixo e todos são ocupados por pessoas próximas ao presidente da associação comunitária. Segundo este, apenas com a sua movimentação política e apoio de Ongs é que a escola foi construída e desassociada da escola da outra localidade próxima. Segundo ele a Secretaria teria reconhecido os esforços e homenageado sua mãe, cujo nome foi adotado para a escola.

“Aí quando a Semed veio aqui falaram: - Seu José a gente quer parabenizar a luta que o senhor teve; o senhor foi pra televisão, foi por todo canto, o senhor é um guerreiro! A gente quer botar o nome da escola com o nome da sua mãe; como era o nome da sua mãe?” Eles mesmos pediram e eu dei, aí colocaram o nome minha mãe. – José, Presidente da associação comunitária

Durante a maior parte do período da pesquisa a escola estava de férias. Mesmo tendo tido um contato limitado com estes profissionais é possível afirmar que os professores e a gestora da escola são vistos com grande apreço pelos comunitários. O reconhecimento do trabalho ou qualidades dos profissionais costuma ser rememorado com afeto pelos residentes. Assim, além do trabalho em sala de aula eles podem ser requeridos para aconselhar pessoas, firmar amizade ou atender a pedidos de ajuda. Por isso, mesmo que trabalhem em regime itinerante (ministrando em poucos meses o conteúdo de um ano letivo) há um grau expressivo de interveniência dos professores no modo de viver de comunidades rurais, que extrapola a sala de aula (FAS; UNICEF, 2017).

Além da construção destas relações, a escola intervém de diferentes formas no cotidiano das famílias. Esta instituição instalou e alimenta com diesel o gerador de luz da comunidade, provendo energia elétrica para toda a vila no período letivo, inclusive durante a noite - horário sem aulas. Durante as férias letivas a iluminação elétrica é reduzida para três horas no período noturno, reduzindo o resfriamento e durabilidade dos peixes que são a base alimentar de Santa Margarida, assim como o acesso à televisão e internet, ainda que este último seja limitado aos jovens. A instituição também fornece, através da merenda escolar, alimentação das crianças e pode doar alimentos para a população. Para além do conteúdo ministrado em sala de aula a escola e seus agentes ultrapassam seus muros, estabelecendo relações que a tornam elemento presente no dia-a-dia dos alunos e suas famílias.

Contudo, o acesso ao ensino médio ainda não é possível em Santa Margarida. Até o fim da coleta de dados havia a promessa de instalar o Programa Ensino Médio Presencial com Mediação Tecnológica na escola durante o período noturno. Esta modalidade permite que os alunos tenham

aulas diárias com professores de Manaus, recebendo os conteúdos educacionais através de um sistema, operado por satélite, que permite a interatividade de dados, som e imagens, além do acompanhamento de um professor assistente em sala de aula. No entanto, até maio/2019 ainda não havia sido efetivado, segundo o censo escolar/INEP, 2018 apenas 2 escolas rurais no Manaus ofertam o Ensino Médio Regular (NASCIMENTO, 2017; INEP, 2018)

Para frequentar o Ensino Médio é necessário que a família tenha posses que permitam custear o deslocamento e estadia do jovem escolar em Novo Airão ou Manaus; tal possibilidade está fora do alcance da maior parte das famílias da comunidade. Das pessoas entrevistadas apenas uma família havia conseguido que o mais novo de seus quatro filhos tentasse concluir seus estudos após passar a morar na casa de um familiar em Manaus. Já o ensino superior ainda é um sonho distante para a minoria, o desejo de cursar a universidade é praticamente inviabilizado pelas limitações econômicas, a falta de acesso ao ensino médio e pela precoce adoção de responsabilidades familiares, gerada, por exemplo, por casamentos entre os jovens.

Muitos dos entrevistados não terminariam o ensino regular, mesmo que a educação de jovens e adultos fosse ofertada pela escola. Estes, ao assinar o TCLE, comentavam: “Será que eu ainda sei escrever?”, “não lembro mais nem como que pega em uma caneta”. Tais falas ressaltam o modo de vida no mundo rural amazônico, moldado pela necessidade de trabalhar na roça, pela desigualdade de oportunidades para quem vive numa localidade ribeirinha.

5.1.2.3. A filantropia no beiradão: Ong’s e Igrejas

Entidades filantrópicas se fazem presentes no espaço amazônico há décadas e foram em alguns municípios do interior, responsáveis por organizar a atenção em saúde (SCHWEICKARDT; MARTINS, 2017). Instituições nacionais e estrangeiras continuam a prestar algum tipo de serviço nas áreas ribeirinhas e Santa Margarida não foge à regra. A localidade contou com o apoio de diferentes instituições para se estabelecer no território, tendo recebido doações financeiras, atividades evangelizadoras para crianças, construção de igrejas, doação de roupas, atendimento médico e odontológico; além disso, as Ong’s religiosas realizam outros serviços a partir da demanda da comunidade.

À uma Ong é creditado o financiamento da construção da escola de Santa Margarida. Esta, como todas as outras instituições que passaram pela comunidade na época da pesquisa e aquelas que tivemos conhecimento que realizaram alguns feitos por lá, todas tem forte afiliação evangélica. Além desta, os comunitários mencionam outro grupo que auxiliou no estabelecimento do poço artesiano da

comunidade e outros tantos que fazem doações e dias de brincadeira com as crianças. Estas instituições constituem parte da história social e da memória afetiva das pessoas entrevistadas.

Ainda que não se constituam em atividades contínuas, algumas instituições com mais recursos oferecem atendimento profissional em saúde. Pouco antes do início da coleta de dados todas as gestantes da comunidade haviam realizado exame de ultrassom em um barco de propriedade de uma Ong que aportou na comunidade disponibilizando o exame, que é de difícil acesso para as mulheres da comunidade; para realiza-lo elas precisam deslocar-se até Manaus ou Novo Airão e, algumas vezes, pagar pelo exame. Durante a coleta de dados houve a presença de uma missão, que embora não tivesse tido este como objetivo da viagem realizada, também realiza atendimentos em saúde em um “barco-clínica”, efetuando a dispensação de medicamentos e realização de procedimento de canal, obturação e extração de dentes. O serviço não pode ser considerado contínuo uma vez que dependem da verba obtida pela Ong, a qual pode não ser regular; tais circunstâncias fazem com que essas entidades atendam à diferentes comunidades, mas não tenham um cronograma exato de suas viagens. O contato e a demanda pela presença da ONG geralmente acontece a partir das instituições para um líder político ou religioso local, que os recebe indica a comunidade para o dia da visita.

“O atendimento é muito de acordo com o que a gente tem, né? Cada equipe traz os seus mantimentos, traz os remédios, né? Então dependendo do que a gente tem, (...) a gente faz aquilo que a gente pode. (...) É mais um atendimento, assim, é o primeiro atendimento, se a gente não puder realmente ajudar aquela pessoa a gente encaminha pra Barreirinha, pra Parintins, ou para um lugar mais próximo de onde que eles vivem; um hospital que possa realmente atendê-los adequadamente. Também é parecido o caso do dentista [que faz] só mais extrações e obturações.” - Tradutora Ong

Na visita ocorrida no período da coleta de dados a missão realizava doações de sapatos e brinquedos para as crianças. Alguns dias antes de aportarem, o presidente da associação comunitária avisou as famílias para que preparassem as crianças e, também, convidou as de outra comunidade próxima, para que pudessem participar das atividades proporcionadas pela Ong. Assim, no horário previsto todas as crianças estavam arrumadas e doutrinadas pelo presidente da associação comunitária para não pedirem nada além do que lhes fosse oferecido.

Uma vez que o barco da entidade estava aportado, todos se reuniram no chapéu de palha e um dos americanos que esteve presente fez uso da palavra, assim como de um pastor que seria o responsável pela área. Em seguida foram distribuídas sacolas com doces, bolachas e um livreto contando a história de Jesus (metade em inglês, sem tradução, e a outra em português), além de presentes para as crianças, que foram diferenciadas a partir do gênero. Também disponibilizaram sapatos altos para mulheres e sandálias de borracha para as crianças, todos puderam ir até a mesa e escolher os sapatos que coubessem em seus pés. A experiência foi toda muito rápida, os voluntários tiraram fotos das crianças e logo estavam a caminho de outra comunidade.

Durante o período que o grupo ficou em Santa Margarida não houve tentativa de desvelar o modo de ser ou viver ribeirinho, ou, ao menos, qualquer experiência interativa com as crianças ou suas famílias. As pessoas chegaram, cumpriram o que estava estabelecido e logo partiram. As sandálias disponíveis para doação atestam este desconhecimento: para as mulheres sandálias de tiras, com saltos com pontas finas, impossíveis de andar em área gramada; e, para as crianças, sandálias de dedo com tamanho menor que o tamanho de pé da maior parte daquelas que estavam no evento para recebe-las; estas tinham tiras para o calcanhar, sendo arrancadas por todos menos de duas horas após terem ganho as sandálias.

Além desta experiência, também acompanhamos a visita de um pastor de uma igreja evangélica que há 8 anos mantém vínculo com Santa Margarida e buscava, através da visita, resgatar esses laços passados. No período da coleta de dados, o pastor, voluntários estrangeiros e alguns dos comunitários trabalhavam na reforma da sua igreja, bem como na construção de um alojamento para missionários na comunidade. Apesar disso eram poucas famílias adeptas à vertente religiosa por ele praticada. Este religioso acredita que tais vínculos se fragilizam pela dificuldade de fixar um pastor ou missionário no local, razão pela qual priorizou a construção do alojamento. Por ocasião da visita instituiu cultos noturnos frequentados por uma parte da população da vila.

Este religioso afirmava ter sido um dos principais articuladores da construção do poço e da escola, uma vez que através da igreja trazem “americanos” para a localidade. De fato, durante a coleta de dados um grupo aportou na comunidade, trabalhando durante o dia no trabalho braçal da construção e, à noite, realizando cultos ou realizando atividades lúdico-religiosas com as crianças, com o auxílio de um tradutor. Além disto, o pastor afirma que eles consegue trazer “*médicos, bons mesmo*” e medicamentos, que na última viagem foram barrados pela Anvisa.

As experiências relatadas oferecem subsídios para refletir acerca do encontro da população com estes agentes filantrópicos. Esta é uma dinâmica histórica e naturalizada na vida dos comunitários, em que são estabelecidas relações de poder e afeto a partir de interesses específicos. Os últimos parecem ser, além da doutrinação evangélica, a possibilidade de interferir no modo ou condições de vida da população através de dois vetores principais: poder e afeto. O poder, fomentado pelo lugar do que oferece e da subordinação daquele que está recebendo algo nessa relação; já o afeto é estabelecido e co-construído através da matriz de religiosidade, pode interferir na qualidade de vida e na consequência desta para todos os membros da comunidade.

5.1.3. “Tudo foi através de mim”: a associação comunitária e as relações interinstitucionais

E aí foi assim que foi criada a comunidade. Hoje nós temos um poço artesiano, temos igreja e um campo de futebol... Era bem pouca gente que tinha documento aqui; o pessoal aqui de

baixo tudinho, todo mundo aqui [não tinha documentação]. Eu levava de doze a quinze pessoas pra Manaus pra tirar documento, registro de nascimento e identidade. Hoje todo mundo tem bolsa família, benefício como pescador, tem bolsa floresta. (...) Tudo foi através de mim. – José, presidente da associação comunitária

Esta fala do presidente da associação comunitária ecoa no modo da comunidade viver e se relacionar com as instituições supracitadas. Uma vez que o processo de formação e formalização dentro de Santa Margarida foram concomitantes, José parece acreditar que tudo o que foi estabelecido *a posteriori* aconteceu por este esforço, ou melhor, pelo seu esforço.

Este coloca-se como gestor não apenas da associação, mas também da moral e costumes intracomunitários, assim como da relação com instituições que atuam nesta área. As atribuições de José extrapolam a dinâmica formal de uma associação: ele vigia a limpeza e segurança da comunidade, determina a delimitação de terrenos para a construção da casa de cada família, realiza o contato com ONGs e outros agentes externos. Por fornecer declaração de residência na comunidade para os moradores ingressarem na escola e entrarem com pedido de bolsa família, o presidente da associação parece acreditar ser o responsável pela disponibilização de bolsa família e bolsa floresta na comunidade.

O número de filhos das famílias e a responsabilidade pela educação das crianças, são cobrados principalmente das mulheres da comunidade, bem como a carga de trabalho doméstico e a gerência do dinheiro que cada família recebe. “*Peão pega a bolsa família e não quer nem saber [de contribuir para a associação].*” Parece haver uma crença de que as pessoas em débito com a associação não deveriam ou poderiam acessar o serviço da UBSF e da escola. A família de Irma, por exemplo, não reside na vila e não paga a associação, contudo em seus argumentos José alega que eles não contribuem, mas quando as crianças estão na escola utilizam a energia elétrica, água e instalação da comunidade, provisionadas, segundo acredita, pela associação.

A gerência das instituições e em particular a da escola, também se dá em compasso similar. Ainda que reconheça que a Semed provê o salário dos professores e o material de expediente, o presidente da associação afirma que “a Semed não fez nada aqui”. Além disso, tem fortes opiniões acerca do modo como a escola deve ser gerida, o que acarreta a constante troca de docente na escola da comunidade.

“(...) Eu não deixo eles pisarem em cima de mim; quando tem um negócio, quando tem um professor que tá pisando na bola, que quer gritar comigo, eu falo na cara deles, por que eles não fizeram nada aqui.

Estes posicionamentos de José somado à suspeita de corrupção parecem ser motivos para o tensionamento das relações intercomunitárias. Ainda que existam discursos opostos à associação e à sua gerência, tais opiniões não são expressadas em assembleia e não parece haver oposição forte o

bastante para tentar tomar a liderança. No período da coleta de dados foi realizada assembleia na qual foi feita a prestação de contas da associação e realizado um bingo cujo prêmio era uma cesta básica. Entretanto, na ocasião ninguém questionou ou buscou conferir as notas apresentadas pelo dirigente da associação. Tal posicionamento se estendeu durante toda a reunião. Observamos que as famílias permaneciam juntas e que muitos se recusaram até a entrar na sala de aula onde foi realizada a prestação de contas; participaram da reunião olhando através da janela.

Ninguém procura saber se é ou se não é; se isso é assim mesmo; se [o dinheiro] foi usado pra essa finalidade mesmo. Não; ninguém procura fazer isso, entendeu? Eles acham que “tá bom; então tá bom José; **tá bom meu filho**”. É assim que todos falam, e já levam o pessoal no gogó. – Vânia, irmã da gestante Gal que residia em Santa Margarida, grifo nosso.

Chamo atenção para a expressão “tá bom meu filho”, que expressa a presença e força do parentesco nas relações comunitárias e gestão da comunidade. Uma vez que há o parentesco, parece haver relutância em questionar o modo como a associação é gerida. Da mesma forma, a desassociação e distanciamento de algumas famílias parece ser o modo como estas pessoas lidam com o descrédito na instituição que deveria salvaguardar seus direitos. Dados similares foram encontrados por Nogueira (2010), em estudo em uma localidade ribeirinha onde, ainda que instituída há mais tempo que Santa Margarida, as relações de afeto permeavam o uso privilegiado dos recursos disponibilizados na comunidade por parte dos dirigentes da associação, vinculados a um grupo familiar específico da comunidade.

5.1.4. “Todo mundo é parente”: família, (des)afeto e cuidado

A maior parte das famílias que participaram do processo de formação da comunidade ainda residem espaço comunitário, possuindo laços de afinidade e/ou parentesco anteriores ao estabelecimento de Santa Margarida. Estes, quando perguntados sobre suas origens, afirmaram ser “filhos do Rio Negro”, criados nos furos, igarapés e, em alguns casos, nascidos em comunidades próximas. Lidam, desde a infância, com a presença da morte precoce; a necessidade do trabalho braçal para a sobrevivência e, também, com os romances cujo desenrolar levaram à formação dos casais que passamos a conhecer no período da coleta de dados.

Dos descendentes dos grupos familiares originais, alguns residem em Manaus ou em outras comunidades do estado, podendo visitar os parentes que ainda residem em Santa Margarida. A mudança para a cidade é considerada tanto como uma elevação na escala social, como ocorre com os filhos de Margarida, quanto decorrentes das andanças dos grupos familiares que vivem na Amazônia. Tal mobilidade favoreceu que alguns dos filhos não mais retornassem das viagens das famílias e passassem a morar em outras regiões do estado. Outros, permaneceram na localidade e ali formaram suas famílias.

As casas das famílias mais jovens tendem a se situar próximas às do grupo parental de origem. A proximidade física também reverbera no cotidiano, uma vez que o grupo de ascendentes é ordenador das relações intra e interfamiliares, dos cuidados à saúde, zelando também pelo status do grupo na comunidade. Os mais velhos intervêm inclusive, nos relacionamentos amorosos formais estabelecidos pelos descendentes. Também exercem influência política e intervêm na divisão dos poucos postos de trabalho disponíveis na comunidade. As participantes dessa pesquisa são membros de alguns dos grupos familiares aqui apresentados, inserindo-se numa trama de relações em que se compartilha alimentos, trabalho e cuidados à saúde e à gestação.

Desse modo, algumas gestantes têm maior oportunidade de acesso à educação, trabalho e ao cuidado pré-natal do que outras, a depender da família a que pertence. Verifica-se, por exemplo, que os irmãos Dora e José se destacam no exercício da política comunal. Ainda que outros grupos familiares possam ser tão ou mais antigos que a família dos irmãos, estes dominam grande parte do poder político que se exerce na comunidade. Seus descendentes herdaram este poder se beneficiando do prestígio da família. Dora, que também é parteira, conseguiu o desejado cargo de merendeira na escola. Uma vez que Dora é uma das únicas pessoas na localidade com um salário regular, consegue custear viagens de seus familiares à Manaus para compras ou buscar cuidados com a saúde. Seu salário também permitiu que seu filho mais novo estudasse o Ensino Médio na capital.

Além do cargo de merendeira Dora têm grande influência e prestígio social por atuar como parteira na comunidade. Ambos os cargos lhe propiciam proximidade com os profissionais da educação e saúde e certas regalias neste processo. Coube a ela, por exemplo, dividir a farinha que a escola costuma doar periodicamente aos moradores. Neste cargo, além de obter prestígio, também não hesita em favorecer pessoas com as quais tem estreitos laços afetivos.

Segundo integrantes da família de Lourdes, nesta ocasião *“Todo mundo recebeu um pacote da farinha boa e um da farinha ruim, só a gente recebeu dois da farinha ruim”*. Ela e seu filho relatavam passar o dia com dores abdominais porque só tinham a “farinha ruim” para comer com peixe. A idosa também afirma, principalmente se referindo à família de Dora e Jorge, que *“eles não consideram a gente (como parente), mas eu considero, né? Eu considero eles meus parentes, mas eles são afastados, assim, da gente...sei lá.”* Contudo, existe clara divisão entre os grupos familiares, que não comungam entre si, Dora tem críticas quanto ao trabalho, relações de casamento, comportamento familiar e sexual de Lourdes e seus filhos.

Outro grupo familiar com pouco prestígio local é o de Seu Fran e Dona Fran. Ainda que estivessem presentes no território desde antes da formalização da comunidades, eles não possuem relações familiares significativas ou prestígio na comunidade. “Eles são índios”, é o que alguns

comunitários afirmam. Para além da suposta identidade étnica esta denominação que exprime um preconceito velado para com estas pessoas. Tal estigmatização parece ter colaborado para o distanciamento da família cujos principais membros saíram da vila principal, passaram a morar em um terreno acessível apenas por uma pequena trilha. Ao fim da coleta de dados eles estavam residindo em um igarapé próximo, mas não na sede.

Importante salientar que tanto as famílias de Lourdes como as de Fran são, muitas vezes, tomadas pela fome e falta de recursos. As relações de afeto, desafeto e poder consolidadas através dos anos, aliadas à força do grupo familiar, costumam reverberar nas diferenças de renda e prestígio entre os comunitários. Deste modo, mesmo em um microterritório, é possível observar diferenças que, embora sutis, desvelam a disparidade de condições de vida.

Durante o jogo de futebol, a separação e desavenças entre os grupos familiares se torna mais evidente. Semanalmente as famílias deslocam-se em suas rabetas até o campo⁵ e, uma vez neste, os grupos familiares reúnem-se ao redor do mesmo, onde organizam-se e torcem para as equipes. Os times são formados de acordo com os elos de consanguinidade e afeto. Assim, entre os times femininos há um com participação da família de Dora e outro da de Lourdes, com as pessoas da família de Fran podendo compor ambos os times. Uma vez no jogo, os roubos de bola, entradas pesadas e gols feitos sintetizam e intensificam as desavenças fora de campo, podendo muitas vezes ser utilizado como justificativa para o acirramento dos conflitos. O futebol enquanto evento comunitário é capaz de demonstrar a dinâmica dos afetos e desafetos comunitários. Neste, as torcidas e aliados ficam claros, assim como a união do grupo familiar. Também é onde a ordem do grupo familiar é expressa, as famílias são percebidas enquanto unidade e os namoros são denunciados para todos.

Como afirmam Noda et al. (2006) o trabalho, a propriedade, o acesso e apropriação dos bens na Amazônia rural estão intimamente ligados à família. O que é reproduzido em Santa Margarida, onde a instituição é percebida como ordenadora das relações e cuidados, favorecida, ou não, pelo prestígio estabelecido em gerações anteriores.

5.2. Biografias e trajetórias das gestantes

Para melhor compreensão das falas utilizadas nos resultados desta dissertação, apresento abaixo breves biografias das mulheres que participaram desta pesquisa.

⁵ Durante o período da coleta de dados, devido à seca e ao estado do campo da comunidade, as famílias reuniam-se no campo de futebol do Lago Verde.

5.2.1. Irma

Irma é uma mulher de 30 anos, que estudou até a segunda série do ensino fundamental porque sua mãe “não parava em um lugar só”; hoje afirma não saber ler ou escrever. Nascida em Tapauá, município do estado do Amazonas, aos 14 anos de idade conheceu Mateus, tripulante em um recreio que passou por sua cidade. Uma vez que ele tinha “mexido” consigo, Irma sai de Tapauá casada e passa a morar em Santa Margarida, perdendo o contato com a família por alguns anos.

Eu saí porque ele já tinha mexido comigo; aí eu fiquei pensando. Ele não queria me deixar lá, que ele já tinha feito. Aí achou melhor cumprir o papel dele. Porque a mamãe é dessas antigas, o rapaz que mexesse com a filha dela tinha que assumir. Mas eu não queria casar cedo, eu não tinha vontade de arrumar um marido. Assim, minha vontade era de terminar meus estudos.

A partir da sua chegada em Santa Margarida, Irma comenta que passou a sofrer por conta da relação com a sua sogra, que brigava com ela e a impedia até de ter acesso à comida da casa. Também, passou a conviver com o abuso de bebidas alcólicas pelo esposo. Atualmente, Mateus continua bebendo muito e Irma afirma aguentar “muita coisa” pelos cinco filhos que tiveram juntos. No momento da coleta de dados a idade dos filhos dela variava tinham entre 5 e 15 anos. Para sair do casamento Irma compreende que precisaria levar os filhos e ter condições financeiras de mantê-los; não tendo essas condições se mantém casada em Santa Margarida.

O casal reside em um terreno isolado, no final de um igarapé. À primeira vista a pequena casa contrasta com o amplo terreno em que a família vive; é um terreno limpo cercado pelo rio, onde flutuam algumas canoas da família. Nele, além da casa é possível avistar árvores frutíferas e plantas medicinais; uma estação coberta com lona para fazer espetos e um bote coberto que funciona como proteção para as roupas lavadas. Mateus e Irma, com o apoio dos filhos, vendem espetos de churrasco e plantam mandioca, banana, macaxeira e cana para consumo próprio, além de fazer parte do Programa Bolsa Família (PBF) e da associação de pescadores. Dos produtos plantados, ela relata que a alimentação é a base de peixe, pescado pela própria família, e complementada com alimentos comprados nos mercados locais.

Para ela, morar perto de vizinhos no interior é uma “derrota”, devido a fofoca e brigas decorrentes da convivência. No seu terreno afirma que os filhos têm a liberdade de pegar frutas, brincar e andar por ele sem entrar em propriedade alheia. Aparentemente, o saldo parece ser positivo frente aos perigos de morar de forma isolada, mas, segundo a filha dela havia uma onça entrando na propriedade para matar os cachorros. O isolamento de Irma é, além de geográfico, afetivo; ela costuma ser encarada pelos moradores como mentirosa e inventiva. Também costuma ser julgada como uma mãe ruim, pois aos finais de semana, não participa dos jogos de futebol. Acompanha o

marido e outros homens que visitam a sua casa no consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Nestes dias alguns moradores relatam, inclusive, que suas filhas ficam “bêbadas” e mantêm relação sexual com “qualquer um”.

Desacreditada pela própria família e vizinhos, Irma alegava a gravidez que permanecia sob um véu de dúvida, ainda que confirmada por sua sogra, Filomena, uma das parteiras de maior prestígio na região. A gravidez era recente e, na última visita da UBSF em Santa Izabel, Irma afirma ter levado a ultrassom que fez em Novo Airão e que confirmava sua gravidez, mas não chegou a mostrá-lo para a médica. Neste dia o atendimento se estendeu até à noite, por isso ela diz que “não aguentou mais esperar” e voltou para casa.

Para chegar à vila, onde acontecem os atendimentos de saúde, a família de Irma possui duas alternativas: em uma rabeta ou remando. Em ambas as alternativas, os perigos de navegar a noite sem iluminação adequada são grandes, sendo agravados pela presença de animais que a noite saem para caçar. Ainda que as condições de transporte e espera não sejam favoráveis, a atitude de Irma parece ser vista como displicência por parte dos agentes de saúde locais e outros residentes, o que, na visão destas pessoas, confirmaria a teoria da inexistência de uma gravidez.

O sexto filho trazia consigo o sentimento de conformação:

A gravidez veio; aí, tirar ninguém pode, vai ter que ter. Eu não tava querendo agora não; no momento eu tava retomando minha liberdade de novo. Porque ele [o filho menor, de 5 anos] está crescendo, né? Aí eu já tava tendo minha liberdade de novo, já tava saindo pros cantos, para cuidar de mim.

Contudo, no dia seguinte à primeira entrevista sua sogra confirmava que Irma havia perdido o feto:

Ela tava buchuda mesmo, porque eu peguei a bolinha na barriga dela. Só que agora eu já peguei e não vejo mais nada, diz ela que saiu aquele negócio, já abortou a criança. – Filomena, sogra e parteira.

Enquanto me falava da perda Irma parecia, assim como se portou quando contou sobre a gravidez, em um estado de aceitação conformada. Neste dia estava particularmente triste. O marido e outros homens bebiam desde a noite anterior na casa de espetos enquanto seus filhos esperavam o cozimento de uma porção de pupunhas, a única refeição disponível. A situação de abortamento não foi, contudo, novidade. Era a sua terceira perda gestacional seguida e Irma acreditava sofrer de “útero fraco”. Este mal a acompanhava desde seu último parto e, relatando sangrar mediante qualquer esforço quando está grávida, até que a “bolinha de carne” sai.

Dos seus cinco filhos, os dois últimos estavam em posição pélvica, motivo pelo qual Filomena, parteira e sogra de Irma, pediu que ela fosse para o hospital de Novo Airão. Ainda assim, Irma afirma preferir ter seus filhos em casa, onde “não tem esse negócio de toque” e “não pega ponto” nem “cortam logo a gente”. Em sua casa, ela diz ter liberdade para movimentar-se e só se deitar no momento do parto, além disso, no hospital tende a ficar sozinha, sua sogra já é idosa e seu marido teria que ficar com as crianças.

Em seu último parto foi lhe recomendado ficar três dias internada dado seu quadro clínico, descrito por Irma como hemorragia. Contudo, preocupada com os filhos que rinhavam ficado em casa, envolta pela solidão e pela estranheza da instituição hospitalar, Irma afirma ter fugido do hospital quando encontrou uma pessoa conhecida. Uma vez em casa, Irma foi cuidada através dos remédios caseiros de Mateus, responsável pelos cuidados em saúde de toda a família.

Ainda que não seja reconhecido pelos demais residentes de Santa Margarida como curador, Mateus cultiva plantas que auxiliam na cura de diversas doenças ao redor da casa da família. Ele afirma que um tio, indígena, lhe ensinou tudo o que sabe e utiliza como guia a cartilha “O uso de plantas medicinais do Parque Nacional do Jaú” (BIONDO, 2003), que afirma ter co-elaborado. Ele e Irma afirmam que Mateus “olha na medicina”, se referindo à cartilha, e cuida da saúde de toda a família, que fala, com orgulho, que ninguém da casa teve malária nos últimos oito anos.

5.2.2. Miriam

Miriam tem 30 anos e, quando nos conhecemos, estava grávida de seu quinto filho, Mateus. Filha de um dos casais que fundou Santa Margarida, Miriam nasceu e cresceu neste território, chegando a passar algum tempo em outro município do Amazonas, Barcelos, mas retornando para a localidade depois de algum tempo. Conheceu seu marido, Pintado, em uma festa em Novo Airão e residem, junto de seus filhos, com idade entre 15 e 2 anos, em uma pequena casa de madeira.

A localização desta casa nos permite falar um pouco sobre Miriam e suas relações. Ao longo da coleta de dados, Miriam e sua família, ficaram cada vez mais afastados da convivência na vila. Primeiro era necessário atravessar uma estreita trilha ou, ainda, contornar o terreno pelo rio para encontrar a sua casa e de sua irmã. Ainda assim, ambas iam diariamente à vila para visitar e comer com sua mãe e pai, Dona Fran e Seu Fran. Depois de um episódio de pneumonia que levou D. Fran à ficar internada em um hospital de Manaus, as irmãs transferiram a casa de sua mãe e pai para o mesmo terreno que o seu. Segundo Miriam, haviam inventado na localidade que sua mãe teria uma doença contagiosa e, com raiva, levou a casa da mãe para perto de si. Já ao final da coleta de dados, havia, junto de seus pais e irmã, se mudado para um terreno em um igarapé próximo.

Sua família reside na comunidade desde antes da formalização, contudo, é estigmatizada pelos demais residentes, seja por ter condições de vida consideradas ruins, seja pelos comportamentos pouco sociais. Assim, ainda que participe semanalmente dos jogos de futebol comunitários, mesmo neste espaço não é comum encontrar Miriam socializando com os vizinhos. Parte deste comportamento é explicado pelos residentes a partir da possível etnia indígena de Seu Fran, pai de Miriam. Somado a este fator, o constante afastamento de Miriam e sua família também tem como pano de fundo as constantes reclamações das atitudes de suas crianças, que pegavam frutas, sem autorização, no terreno de outros e chegaram a roubar comida de casas fechadas.

A fome, mesmo com a roça em que plantam alguns alimentos, é evento persistente na vida de Miriam. Certo dia, quando estava passando algumas horas consigo, um de seus filhos de 8 anos chegou com uma sacola de pão, que, após ter explicado que havia trocado com o pastor que visitava a vila por algumas frutas, dividiu com os demais membros da família. O peixe, é a fonte de comida mais presente na família, que não tem outras fontes de renda além do PBF e da associação de pescadores. Dora relata que no último parto de Miriam precisou sair de casa em casa pedindo roupas e panos para a criança, uma vez que a família não tinha nada para recebê-la.

Quanto a esta gravidez, Miriam expressava o desejo de que fosse a última. No entanto este desejo parecia pertencer apenas ao imaginário, apesar de verbalizar que teria esta criança em Novo Airão, ela afirmou que só iria *“quando a barriga doer”* e que, para realizar a cirurgia era necessário que o marido fosse, para assinar, e *“aí tem [a criança] num dia, por acaso de ter hoje, de, de dia ou de tarde, no outro dia, 7 horas opera pra num ter mais, assim foi a mulher do meu sobrinho lá em, aí em Novo Airão mesmo, ela se operou aí mesmo.”* Desconfio que Miriam não tinha esta intenção, fato é que o trâmite para realizar a laqueadura não condiz com o prescrito pelo Ministério da Saúde e, ainda, logo após nosso primeiro encontro, o presidente da associação comunitária a interpelou, perguntando se tinha interesse que ele “conseguisse” o procedimento para ela, o que foi respondido com uma anuência.

Talvez Miriam julgasse que eu teria a mesma compreensão da localidade e dos agentes de saúde sobre o tema, ou seja, que ela já tinha filhos demais. Ressalto que a experiência da gravidez em Santa Margarida é, principalmente para Miriam é vivenciada através de uma conotação negativa. A quantidade de filhos que tinha e as condições de vida da família pareceram impulsionar outras pessoas da comunidade a fazer julgamentos morais e, de modo pejorativo e também incentivar à laqueadura.

Ícaro nasceu dois dias após o meu primeiro regresso à Manaus, em um parto domiciliar auxiliado pela parteira Dora, que pegou a criança, e a ACS, que cortou o cordão umbilical. A experiência de sua gestação, parto e puerpério aconteceram, como neste parto, entre cuidados do saber

tradicional e do sistema oficial de saúde. Após o nascimento, Miriam evitava alimentos reimosos, utilizava chás e ofertava a Ícaro, além do leite materno, massa de macaxeira e, no braço da criança, uma pulseira com um dente de alho fora amarrada para que não gripasse. Além disso, Ícaro frequentava a UBSF, que facilitou a certidão de nascimento e ofertou vacinas e puericultura.

5.2.3 Bete

Bete tem 26 anos, sendo a oitava filha de uma família de dez irmãos. Nasceu e foi criada no território próximo a Santa Margarida, onde mora com sua própria família. Aos 19 anos, enquanto cursava o 4º ano do Ensino fundamental, engravidou de Leandro, com quem casou e cria sua filha Alice, de 5 anos. Bete afirma sua primeira gravidez que não foi planejada; namorava com Leandro e quando passou mal seu pai a levou para Dona Filomena, que deu a notícia da gravidez para a família.

O relacionamento com Leandro mudou quando ainda estava grávida. Ele, que costumava ser carinhoso e presente, passou a ficar fora de casa durante dias enquanto pescava e caçava. Ainda grávida, chorava muito e, hoje, afirma não “ligar mais pra ele”, engajando, inclusive, em relacionamentos extraconjugais. Leandro, por outro lado, também parece ter mudado, tentando se fazer presente na vida da esposa e filha, o que costuma ser rejeitado por Bete.

Sobre a experiência da maternidade, Bete diz que “a gente fica tipo amarrado” quando tem filhos e que acredita que não deveria ter tido nenhum filho. Geralmente é acompanhada por Alice em suas atividades domésticas, de saúde e lazer, ainda assim, não segue o estereótipo da ‘mãe carinhosa e cuidadora’. Alice, muitas vezes, era responsável por encontrar sua própria comida quando sentia fome e não havia alimento disponível, procurando por frutas dentro de casa, indo a casa de sua tia ou, ainda, encontrando com suas mãos uma ratoeira que estava em cima do fogão.

A atual gravidez, também não foi planejada e foi descoberta em uma campanha da UBSF, descobrindo a gestação quando realizou o exame Beta HCG. Fazia uso de anticoncepcional injetável, mas interrompeu o uso porque sentia dor de cabeças; depois passou o de via oral, mas esquecia de tomar, e, em seguida, se descobriu grávida. A descoberta foi impactante para Bete e, logo, tratada como um segredo. Em pouco tempo, contudo, os demais residentes ficaram sabendo da novidade, que foi alvo de comentários na localidade.

Ainda que tenha nascido e crescido na região desde o nascimento, Bete expressa o desejo de sair da localidade em que acredita ter o “papel principal” nas fofocas. Segundo Bete Dora é a “chefe do fuxico”, que teve como tema mais recente sua última gravidez, que algumas pessoas desconfiam

que não seja de Leandro. Sobre isto, admite ter mantido uma relação extraconjugal com seu ex-vizinho, que, após brigas e desconfianças por parte de sua esposa, mudou-se para próximo da casa de Dora, sob a sua proteção, onde tentaria manter sua família. Contudo, Bete admite que a relação é “passado” e não manifesta dúvidas ou angústias acerca da paternidade da criança.

Sua casa é onde passa a maior parte de seu tempo; diz não sair “por causa do pessoal”, e é cenário da guerra fria com a Leandro e expressa parte da vida da família. O quarto de Alice, que um dia parece ter sido pensado e decorado como um quarto de criança, é um depósito de brinquedos, maquinários e roupas, assim como o quarto do casal, que também é inundado de roupas. Na cozinha, o fogão é meramente ilustrativo, uma vez que não há gás para que funcione, já o freezer costuma manter os peixes da família, os quais compartilha com sua mãe e irmãs. Quando não estão em casa, Bete e Leandro pescam, jogam dominó e futebol – juntos ou não.

5.2.4. Gal

Gal é uma mulher de 26 anos, casada com Caju e mãe de três crianças de 2, 6 e 9 anos. Nos conhecemos quando ela morava em Santa Margarida e estava grávida de Maria Vitória, sua quarta filha. Gal nasceu em Manaus e foi criada em uma comunidade ribeirinha próximo à capital, vivendo parte de sua vida adulta entre Manaus e Santa Margarida.

Desde a infância Gal é confrontada com a própria sexualidade. Afirma ter apanhado de sua mãe durante toda a adolescência por causa de um primo, Virgulino, 10 anos mais velho, que sempre a “atormentou” – sem se importar muito com suas negativas. Quando criança Gal dizia não pensar sobre relacionamentos amorosos, mesmo com as iniciativas deste primo, era “estranha” e quase no intervalo da escola costumava ficar dentro da sala de aula. Afirma que ao longo de sua vida sempre viu sua mãe sofrendo “na mão de homem” e não queria repetir esta história.

Quando Gal tinha 15 anos, no entanto, sua mãe morreu. A partir deste evento suas irmãs mais velhas casam ou saem da comunidade ribeirinha onde moravam e Gal passa a morar na casa de outros parentes e amigos da família, sempre vigiando pelos irmãos mais novos enquanto seu padrasto não estava em casa. Uma das pessoas que a acolheu foi o pai de Virgulino e, algum tempo depois, “já que todo mundo achava que eu tinha perdido (a virgindade) com ele” Gal começou a se relacionar com o primo.

Nunca tinha tido, nem sabia como era isso, no caso. E por isso eu acho que eu engravidei, né? Porque eu nunca tinha tido experiência de nada, ele já tinha, ele fez de propósito, no caso, né? A gente pensa assim. Ele já sabia, se fosse coisar, sabia que ia engravidar, né? No caso eu não sabia. Eu mesmo tendo 17 anos, interior é interior, os pais não conversam sobre isso, né? Pelo menos eu, quanto mais distante eu ficasse dessa conversa pra mim era melhor.

Logo depois da primeira vez que teve relações sexuais com este primo, Gal se descobriu grávida. Logo passaram a morar juntos e Gal, tornou-se esposa. Ainda grávida, cuidava de duas enteadas e da casa, enquanto o marido trabalhava, fazia uso abusivo de álcool e a traía. O relacionamento perdurou até sua filha completar dois anos, quando Gal tentou fugir com a criança. A tentativa foi mal sucedida e, como o marido não aceitava a separação, Gal teve que deixar a criança com o pai para conquistar a liberdade. Apenas algum tempo depois que, com muitas brigas, a guarda de sua filha foi reconquistada. Atualmente não mantém mais contato com Virgulino que, depois de tentar “roubar” a filha algumas vezes, parece ter desistido depois que Gal iniciou novo relacionamento.

Já em Manaus, conheceu Caju, seu atual marido. Gal recorda que demorou para gostar de Caju, e, ainda que este persistisse em manter algum relacionamento consigo, ela rejeitou diversas vezes suas tentativas de aproximação. Quando se percebeu grávida desta relação tentou, inclusive, fugir deste relacionamento indo para a casa de sua irmã em Santa Margarida. Contudo, a insistência de Caju o levou a acompanhar Gal até a comunidade de Santa Margarida onde, em um atendimento da UBSF ela confirmou a gravidez. A partir da delação feita por sua irmã e da presença, não requisitada, de Caju, Gal continuou nessa relação mesmo sem gostar dele.

Gal diz ter aprendido a gostar de Caju ao longo do primeiro ano de Gustavo, seu filho. A partir de então passaram três anos em Santa Margarida quando, por questões financeiras, decidiram buscar trabalho em Manaus. Já trabalhando em Manaus aconteceu uma “vacilada”, Gal recorda que nesse dia falou pro marido que “queria ver se uma criança era gerada de uma vacilada mesmo”. Gal engravidou novamente e é acometida por outra crise. Esta, como as outras, não foi uma gravidez planejada, foi uma “vacilada” que aconteceu quando Gal deixou de tomar o anticoncepcional.

Eu fiquei doidinha, porque **foi uma vacilada minha**. (...) Eu quase me separava dele, assim, sei lá! **Não queria** porque **não queria** outro filho; **não queria**. Aí, vixe! nós entramos em um monte de problema (...) familiar. (...) Teve tanto problema, mas eu não queria, né? [eu me perguntava] “Ai meu Deus o que eu faço?”. Eu **não queria**, eu **não aceitei, não aceitei**; até eu ter, **não aceitei** a gravidez. Tanto que quando ele nasceu [eu] não tinha amor, meu Deus! Eu peço até perdão de Deus, depois que ele nasceu (eu) não tinha um amor por ele. Nada, nada, parece que ele nem era meu filho. – Gal, grifo nosso.

Nos dois meses que se passaram após o nascimento desta criança, Gal relata ter sentido muita tristeza, chorando quase todos os dias e contando com o apoio da família para conseguir lidar com Gil, o bebê. Quase um ano depois, quando há poucos meses se recuperara da possível depressão que acompanhou a gravidez e o nascimento de Gil, Gal descobriu estar grávida de Maria Vitória. Acredita que descobrir essa gravidez foi ainda mais difícil, uma vez que queria menos ainda que a de Gil.

Gal estava atenta ao retorno de sua menstruação depois do nascimento de Gil, passando a tomar anticoncepcional injetável no segundo mês do retorno do seu ciclo, quando, passando mal, realizou um exame que comprovou nova a gravidez, já com três meses e meio de desenvolvimento. Gal pensou seriamente em interromper a gestação, surpresa com sua própria escolha, uma vez que sempre aconselhava outras mulheres a manter a gestação. Ela reconhece que o apoio de sua família e a lembrança dos primeiros meses da vida de Gil foram cruciais para que passasse a aceitar a gestação. Devido a esta crise, seu irmão e cunhada nomearam a menina que viria a nascer de Maria Vitória.

Grávida de Maria Vitória e acompanhada de Gil e Joca decidiu sair de Manaus. Da casa onde moravam só ficou a cama, todo o resto foi para a casa amarela em Santa Margarida que compartilhavam com uma irmã de Caju. Para sobreviver Caju trabalhava com madeira e ambos confeccionavam espetos. Quando nos conhecemos, cozinhavam à lenha a carne de jacaré e peixe que Caju tinha caçado/pescado porque o gás tinha acabado. No entanto, o espeto “é muito trabalho pra pouco dinheiro” e, com a aproximação do nascimento de Maria Vitória, Gal e sua família vieram para Manaus. Uma vez na capital ambos conseguiram empregos que pudessem auxiliar na renda e retomaram a casa que anteriormente tinham em Manaus.

Além das questões econômicas, Gal precisava estar em Manaus porque, como fora alertada durante o pré-natal, se tratava de uma gravidez de risco porque Gil nascera por via cesariana pouco tempo antes do nascimento de Maria Vitória. Na cirurgia de nascimento de Maria Vitória a equipe do hospital descobriu uma aderência, e, por isso, realizaram um procedimento classificado por Gal como “muito complicado”, o que a deixou com uma cirurgia grande na região do ventre e a recomendação de não voltar a engravidar para que não corra risco de vida.

Mesmo com as dificuldades de morar no “interior”, não descarta a possibilidade de voltar, ou, ainda, de continuar com o movimento pendular entre Manaus e Santa Margarida. Em Manaus existem parentes que moram na mesma comunidade e a possibilidade de trabalhar para garantir o sustento da família, já em Santa Margarida as crianças conseguem brincar soltas, alguns parentes permanecem na localidade e a atenção primária é garantida e presente mensalmente. É um cenário diferente da região em que mora em Manaus, que conta com atendimento de atenção primária à saúde. Informa que para garantir atendimento, precisa pagar pelo transporte, se deslocar para longe e chegar muito cedo para conseguir atendimento.

5.2.5. Celeste

Celeste tem 25 anos, é solteira e mãe de três crianças e quando nos conhecemos estava aos sete meses de sua quarta gestação. Nascida e criada em Santa Margarida, seus pais e muitos dos seus

irmãos moram na comunidade. Quando era criança precisava ir para a escola que ficava em outra comunidade, para tal, saía de casa ainda de madrugada com seus irmãos, tomando banho na canoa antes de chegar à escola, por isso deixou de estudar na segunda série.

Aos 13 anos começou um relacionamento com Deco, que tinha 17 à época. Aos 15 engravidou de seu primeiro filho e passou a conviver maritalmente com Deco tendo mais dois filhos ao longo de 6 anos. Este casamento conferiu um novo status a Celeste, que passou a ser nora de Dora. Para além do cuidado enquanto parteira, Dora oferece a seus filhos e noras proteção, moradia, cuidados em saúde, divisão de alimentos e contribuições financeiras.

A insatisfação com a vida doméstica e traições mútuas, levaram Celeste a separar-se do marido após seis anos de convivência. A partir deste momento, passou a ser rotulada como irresponsável; decide então sair de Santa Margarida, passando a viver em Manaus com a filha menor. Na capital, é acolhida e passa a prestar serviços domésticos para seu primo. Celeste gosta muito de festas e, quando a filha morava consigo, a acompanhava, motivo pelo qual Dora diz ter mandado buscar a criança para morar em Santa Margarida.

Ainda que em Manaus Celeste tenha encontrado liberdade, o vínculo com Santa Margarida não foi perdido. Frequentemente passa semanas ou meses na comunidade, período em que visita seus pais, filhos. É atendida pela UBSF, joga futebol e pesca. Em meio a estes dois mundos, bem diferentes entre si, Celeste diz não se arrepender de suas escolhas, ainda que em alguns momentos repita fala de outras pessoas que dizem que ela “faz filhos pros outros criarem”.

Em meio à liberdade encontrada em Manaus, Celeste passa a se envolver com homens diferentes, o que sempre busca ressaltar nas entrevistas. Ser encarada como uma mulher desejante e desejável, livre à sua própria forma de ser parece ser uma das questões fundamentais para si. Nestes encontros, conheceu o pai de sua filha enquanto participava de um torneio de futebol em outra comunidade ribeirinha do Rio Negro, um homem de mais de 50 anos, casado. Ambos estavam só “se agarrando”, conforme a expressão usada por Celeste, quando descobriu a gravidez.

Celeste estava descobrindo novas formas de ser no mundo mas, ao descobrir a gravidez, foi confrontada com uma situação de crise. A perda iminente de sua liberdade recém conquistada, assim como as implicações de uma gravidez em suas relações sociais com a família e o “menino que ela gosta” em Santa Margarida a levaram a pensar na interrupção da gestação. Relata ter tentado abortar tomando “vinagre puro com limão e café”. Com cinco meses de gestação procurou, em uma farmácia perto de sua casa, um remédio para realizar o procedimento. Contudo, uma vez que a gestação já estava adiantada, foi desaconselhada por uma pessoa do local:

Eu saio muito e com ela [a criança]; aí não dá. Aí também gosto de brincar de bola e com ela também não dá; quem vai reparar ela? Não dá... aí tudo isso eu pensei também, até pra mim trabalhar, né? Como é que eu vou trabalhar com ela? Eu falei: “não, três já tá bom.” Aí chorei, tomei até remédio pra botar ela pra fora. (...) Ele falou que tinha mas era arriscado e era proibido também. Aí ele falou que era duzentos reais. Eu ia dar, né? Só que ele falou que como eu já ia fazer cinco meses era arriscado morrer eu e ela. (...) Parei porque eu não ia morrer, né?

O medo da morte impediu Celeste de dar continuidade à interrupção da gestação e ela buscou outras formas de lidar com este processo sem muitas repercussões no projeto de vida e felicidade que vinha construindo. Assumiu a gravidez apenas quando esta era inegável, a partir de então sua família manifestou o desejo de que ficasse com o pai da criança e, também, recebeu propostas de pessoas que tinham interesse em cuidar da criança. Até o momento do parto ainda não estava claro para si como seria a vida depois deste momento; se daria a criança para alguém ou se tentaria ficar com ela. O que estava claro, contudo, é que não se sentia bem em deixar uma criança tão pequena.

Ainda na maternidade, frente à necessidade – e imposição dos profissionais de saúde – de amamentar Celeste foi convocada a repensar a relação que construiria com a filha.

A minha prima diz assim: “quando a neném nasceu, ela [Celeste] pegou porrada da doutora. Ela teve que dar de mamar pra menina”. E ela percebeu, a doutora [falou]: “tu não quer essa menina, né? Eu percebo que tu tá rejeitando a criança; não quer dar nem peito pra ela”. Ela me deu um monte de conselho. Ela me deu até o número dela pra eu dar ela [a criança] pra ela. [disse] que ela era bonitinha. Que não era pra mim dar ela, que ela não tinha culpa de nada, que eu deveria ter pensado antes de fazer. Ela disse que um dia quem sabe ela ia crescer e ia me ajudar. Aí ela começou a falar um monte de coisa, eu fiquei só escutando. Aí depois eu tive pensando, aí minha prima falou “tá ouvindo? Não é pra tu dar tua filha, o que ela tá falando é verdade”. Depois eu fui pensar no que ela tava falando, quem sabe não é verdade, eu tô ficando velha, tenho que ter alguém pra cuidar de mim na minha velhice (rindo).

Por fim, Celeste fez um acordo com a avó paterna da criança. Cuidaria dela quando ainda era recém-nascida e quando fosse um pouco maior levaria para que a sogra a criasse. Deste modo, a avó ficaria mantendo financeiramente a criança, desde o nascimento, Celeste não perderia o vínculo, podendo visitá-la ocasionalmente, e manteria aspectos da sua liberdade na capital.

5.2.6. Vivências da gestação em Santa Margarida: uma breve síntese

A gravidez se insere no corpo da mulher enquanto um evento que ultrapassa o biológico, intrinsecamente relacionado com a cultura e a expressão de um momento historicamente situado (CORREIA, 1998; PAIM, 1998). Por este motivo elaboramos abaixo uma breve síntese das vivências da gestação na localidade de Santa Margarida a partir das descrições.

Todas as participantes da pesquisa se casaram com o primeiro homem de quem engravidaram, entre 14 e 19 anos, de modo que o casamento teve caráter mandatório. As mulheres, uma vez grávidas ou mesmo “mexidas” – como no caso de Irma –, tornam-se esposas, mães e donas de casa, alcançando

um novo status na localidade. Essa realidade se assemelha à encontrada por Paim (1998) em pesquisa realizada com mulheres de grupos populares em três localidades do Brasil. Os dados da pesquisa desta autora evidenciaram a maternidade enquanto inerente à condição feminina, necessária para a sua “completa realização como sujeito deste universo simbólico” (PAIM, 1998, p 35).

Um pouco mais de duas décadas se passaram da pesquisa da autora acima mencionada para os dados que foram coletados em Santa Margarida, contudo, algumas características, como a acima mencionada, parecem persistir. Deste modo, ainda que em grupos urbanos seja possível encontrar diferentes expressões de maternidade, com mães chefes de família, produção independente, maior participação paterna e outras modalidades, em alguns espaços a maternidade se apresenta enquanto marco na separação sexual de homens e mulheres (SCAVONE, 2006).

Esta desigualdade, se mostra como um impedimento para a liberdade reprodutiva e sexual das mulheres (ÁVILA, 2003). Gil evidencia esta carga ao enfatizar que nunca teve interesse pelo primo que lhe “atentava” desde o princípio da adolescência e que, mesmo constantemente fugindo dos bilhetes e investidas amorosas, foi castigada física e moralmente até que, após a morte materna, decidiu cometer o “crime” pelo qual já havia sido punida. A pouca ou nenhuma autonomia, conhecimento e segurança acerca da própria sexualidade e do ato sexual em si de Gil e da maior parte das outras participantes parece ter afetado diretamente sua liberdade reprodutiva, dado que a maioria engravidou do primeiro parceiro.

Na realidade estudada a experiência gestacional é compreendida enquanto uma experiência negativa, especialmente na multiparidade, não raro considerada como uma falha feminina. Todas as participantes da pesquisa afirmam que a última gestação não aconteceu proveniente de um desejo consciente, mas, como afirma Gil, de uma “vacilada minha”. A responsabilização feminina no tocante à gravidez indesejada não se restringe à Santa Margarida, na divisão do trabalho domiciliar a contracepção, assim como criação e amamentação dos filhos na pesquisa de Paim (1998) também eram de responsabilidade feminina. Cabral (2017) comenta que a suposta maior eficácia de métodos contraceptivos que atuam no corpo feminino resulta, inclusive no discurso técnico e acadêmico, na maior responsabilização das mulheres ainda nesta década.

As “parideiras”, como as múltiparas eram chamadas pejorativamente por alguns homens da localidade, são cobradas pela contracepção, garantia de alimentos e controle sobre os próprios filhos. Miriam, por exemplo, sofria constantes provocações, sendo, inclusive, interpelada pelo presidente da associação comunitária que perguntou se ela queria que ele “arranjasse” sua laqueadura – o que não aconteceu, ainda que ela tivesse manifestado o desejo. Para estas mulheres a possibilidade de ser

esterilizada, assim como ressaltado por Citelli *et al.* (1998), concretiza tanto o desejo de não ter mais filhos como um marco final do seu ciclo reprodutivo.

Deste modo, é possível afirmar que existem maternidades mais ou menos aceitas, que, segundo Mattar e Diniz (2012) podem interferir também no acesso às políticas públicas de saúde para aquelas gestações de pessoas à margem da sociedade ou que se situam fora da curva do socialmente aceito ou esperado. Aqui, somam-se àquelas que em algum momento de sua vida insistem em fugir à regra do casamento, como Celeste. Ela é confrontada com as reverberações negativas na localidade onde nasceu, seus próprios sentimentos para com a atual gravidez e, no parto, por uma profissional de saúde que, ao mesmo tempo que se oferece para realizar uma adoção à brasileira, pensa convencê-la – não do amor – mas da utilidade de criar a própria filha.

Ao fim, Celeste se pergunta acerca do próprio propósito: “só fazendo pros outros criar”. A reflexão proposta pela participante parece ser marcada pela desigualdade de gênero que pauta a vida de todas as participantes e suas consequências no projeto de vida e felicidade de cada uma. A primeira experiência gestacional, ainda que à época pudesse ser compreendida como a liberdade e autonomia pela própria vida em detrimento ao antigo lugar social, se insere sobre suas próximas experiências em uma localidade em que as políticas públicas existentes não parecem reconhecer ou favorecer alguma mudança desta realidade.

Frente ao cenário em que se insere as vivências das mulheres grávidas na localidade, abaixo apresentamos o primeiro artigo que trata do sistema de autoatenção e itinerários terapêuticos percorridos por estas mulheres ao longo da gravidez.

5.3. Artigo 1: Sistema de autoatenção e itinerário terapêutico de mulheres grávidas de uma comunidade rural ribeirinha do Amazonas

Selfcare system and therapeutic itineraries of pregnant women living in a rural village in Amazonas, Brazil

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar o sistema de autoatenção na gestação de uma localidade rural ribeirinha no Amazonas. Trata-se de uma etnografia desenvolvida em uma localidade que conta com o atendimento mensal de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF). Esta teve como participantes 5 gestantes, 10 familiares e 3 parteiras que residiam na localidade, a partir de entrevistas em profundidade e observação participante analisadas através do método interpretação de sentidos. Os resultados foram identificados a partir dos níveis amplo (modos de reprodução biossocial) e restrito (práticas de saúde) do sistema de autoatenção. Foram considerados como elementos deste sistema na localidade: parteiras, grupo familiar, profissionais da UBSF e voluntários de ongs religiosas cuja atuação esporádica visa a adesão de prosélitos, ainda que pautada por uma produção discursiva de saúde. A autoatenção se institui como processo de construção compartilhada que expressa os modos de viver e ser cuidado, bem como os usos e recusas ao que é ofertado pelo sistema oficial de saúde. (Re)conhecer este sistema e suas as ressignificações pode propiciar ferramentas que auxiliem a compreender as características desse território, os modos e vida e as demandas de suas usuárias, para prover melhores condições de encontros com elas, rumo a um cuidado, não substitutivo do sistema de autoatenção, mas progressivamente integrado e permeável aos modos de viver dessa população.

Palavras Chave: Saúde Rural; Saúde Materna; Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

This research aimed to analyze the self-attention system during pregnancy in a rural location in Amazonas, Brazil. This is an ethnography study developed in a locality with monthly attended by a River Health Unit (UBSF). The participants were 5 pregnant women, 10 family members and 3 midwives living in the locality, based on in-depth interviews and participant observation analyzed through the interpretation of meanings method. Results were identified from the broad (biosocial ways of reproduction) and restricted (health practices) levels of the self-attention system. Were considered as elements of this system in the locality: midwives, family group, UBSF professionals and volunteers of religious non-governmental organizations whose sporadic performance aims at the proselyte's adherence, even though guided by a health production discourse. Self-attention is

instituted as a process of shared construction that expresses the ways of living and being cared for, as well as the uses and refusals of what is offered by the official health system. Recognizing this system and its resignifications can provide tools that help to understand the characteristics of this territory, the ways and life and the demands of its users, to provide better conditions of encounters with them, towards a non-substitute care of the self-attention system, but progressively integrated and permeable to the ways of life of this population.

Keywords: Rural Health; Maternal health; Primary Health Care

INTRODUÇÃO

Com taxas de mortalidade materna variando de 12 mortes a cada 100.000 n/v (nascidos vivos) em países desenvolvidos a até 546 mortes a cada 100.000 n/v na África Subsaariana(1), as iniquidades de saúde imperam que se reflita, discuta e implante políticas transversais que permitam acesso e atendimento de qualidade nos serviços de saúde, bem como melhores condições de vida (2,3). No Brasil não é diferente, as barreiras de acesso são três vezes maiores na região norte que nas regiões sul e sudeste(4,5). Ademais, mulheres negras, indígenas, com menor escolaridade, maior número de gestações e/ou residentes nas regiões norte e nordeste do Brasil tendem a possuir maior dificuldade de acesso e baixa qualidade de atendimento pré-natal, características usualmente presentes nas mulheres que residem no rural brasileiro (4–6).

As áreas rurais não raro contam com maiores taxas de mortalidade materna e piores condições de acesso ao serviço de saúde quando comparadas à área urbana(7,8). No Brasil, políticas de saúde voltadas para estas populações ainda não conseguiram garantir melhores condições de vida e acesso aos serviços de saúde(5,9–11). Pesquisas recentes indicam persistência das dificuldades de acesso à saúde por populações rurais em todo o país, com baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), apoio financeiro insuficiente às estratégias de manutenção de serviço e dificuldade de fixação de profissionais nestas áreas(12,13).

Dentre as políticas nacionais vigentes, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta(14) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)(15) apresentam alternativas para transpor esta realidade. No entanto, apenas a PNAB estabelece alternativas formais e objetivas para a garantia de acesso à saúde pela população da Amazônia Legal e Pantaneira, propondo a implantação de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF)⁶ e o estabelecimento de

⁶ Composta por uma equipe de profissionais de ensino superior e médio a quem cabe a continuidade do cuidado com ações que incluem puericultura, cuidado a pessoas com condições crônicas e atenção ao pré-natal dentro dos padrões recomendados. (BRASIL, 2017)

equipes de saúde diferenciadas para atuar nesses espaços. Neste modelo assistencial, profissionais de ensino superior e técnico trabalham em regime embarcado na unidade móvel fluvial, devendo comparecer a localidades dispersas adstritas à UBSF ao menos uma vez a cada 60 dias.

O estabelecimento recente do modelo de UBSF resulta em extensão de cobertura de APS para regiões e populações que não dispunham destes serviços(16). Motivo pelo qual a existência deste modelo e suas características itinerantes da organização do trabalho nessa modalidade assistencial demandam um esclarecimento sobre os modos como a população interage com tais serviços e como a atuação das equipes se apresenta no cotidiano dos residentes nessas regiões de difícil acesso. Com especial atenção, nesse artigo, à saúde materna.

Esta se torna objeto do conhecimento médico apenas ao longo dos séculos XVII e XVIII, sendo as primeiras faculdades a ensinar estas práticas em solo brasileiro inauguradas em 1808, de modo que o conhecimento acerca dos cuidados na gravidez e parto foram, por séculos, objeto de conhecimento comunitário(17). A cobertura limitada de serviços oficiais de saúde para determinadas populações contribuiu para a manutenção de sistemas plurais de cuidados que coexistem com a biomedicina no tecido social(18). Assim sendo, os cuidados à saúde não se limitam àqueles pautados pelo modelo biomédico, mas englobam também conjuntos de arranjos e estratégias populares de atenção à saúde e a manutenção ou mesmo formação de redes que garantam suporte à experiência vivida(19).

Ainda que não possamos ignorar o crescente papel da biomedicina na produção e reprodução cultural de diferentes populações, há que se considerar os demais comportamentos desenvolvidos por estes grupos para lidar com a própria saúde(20). Para tanto, utilizamos o conceito de autoatenção, do antropólogo Eduardo Menéndez, um sistema estrutural e dinâmico que compreende os arranjos de sujeitos e grupos sociais no tocante às suas representações e práticas de saúde, a nível real ou imaginário, estabelecidas a partir das múltiplas dimensões societárias que operam na vida destas pessoas(18).

O reconhecimento das representações e práticas em saúde da população e, principalmente, da complexa teia que a fundamenta, é um processo-chave para o adensamento da integralidade e para o desenvolvimento da competência cultural nos serviços oficiais de saúde, propiciando um entendimento mais adequado das condições de vida, necessidades de saúde e estratégias preferenciais de cuidado. Assim, este artigo tem como objetivo analisar o sistema de autoatenção de gestantes de uma comunidade ribeirinha amazonense.

METODOLOGIA

Os dados apresentados demonstram dimensões qualitativas de um projeto guarda-chuva que analisa quali-quantitativamente as condições de vida, saúde e acesso a serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) por populações rurais ribeirinhas que vivem em localidades acessíveis apenas por via fluvial e que recebem atendimento em saúde através do modelo de UBSF. Este artigo analisa os dados da comunidade Santa Margarida, situada na fronteira dos municípios de Manaus e Novo Airão, Amazonas.

O sistema de autoatenção de interesse desse artigo, se estabelece, de acordo com Menéndez, (18) em dois níveis: amplo e restrito. O primeiro nível é intrinsecamente ligado a reprodução biossocial, podendo abranger atividades de produção material da vida, as relações com o meio ambiente – aí incluídas as estratégias para obtenção de alimentos, água e outros meios de sobrevivência – concepções de limpeza, de sujeira e de cuidados na vida doméstica, além dos valores morais e societários de importância para o grupo como as relações intergeracionais e de gênero, a regulação da sexualidade, a gestão dos afetos, a compreensão da morte e do morrer, entre outros. Já o nível restrito se refere às práticas intencionais no cuidado à saúde, abrangendo tanto a busca de atendimento no sistema oficial de saúde, quanto cuidados populares como a fitoterapia, automedicação, dietética, massagens e outras(18,21). Ambos serão utilizados para analisar os elementos do sistema de autoatenção à gestação encontrado em Santa Margarida.

Para compreender as nuances de um sistema de autoatenção, o autor afirma que se deve (re)conhecer os caminhos efetivamente percorridos por estes sujeitos na busca por cuidados, ou seja, o itinerário terapêutico(18). O sistema biomédico pode ser compreendido como insuficiente para responder às necessidades de saúde reconhecidas pelas populações frente às situações de adoecimento, levando-as a buscar alternativas coerentes com seus conhecimentos e expectativa de resolução. Tais alternativas podem abranger desde o cuidado intrafamiliar até a busca de curadores, oficiais ou não. Assim, os cuidados praticados pelos grupos sociais extrapolam, em muito, aqueles oferecidos pelo sistema de saúde formal, abrangendo, além da escolha do uso de algum tratamento oferecido por cuidadores, as interpretações e usos criativos destes(18,20).

O itinerário terapêutico é aqui utilizado como categoria que auxilia a compreensão do sistema de autoatenção das participantes da pesquisa, permitindo identificar a dinâmica contextual com base na qual se delineiam os projetos individuais e coletivos de tratamento(9). Estes versam acerca dos caminhos de busca e obtenção de cuidado, estipulados pelos sujeitos, mas sem desconsiderar fatores econômicos, sociais, culturais e subjetivos que influenciam nestas escolhas (22).

Para tal fim, foi desenvolvida uma etnografia em uma localidade rural, Santa Margarida, selecionada dentre as 33 localidades incluídas no projeto guarda-chuva. Foram incluídas as mulheres grávidas, que residiam no território de abrangência no período da coleta de dados. Desse grupo foram excluídas menores de 18 anos, pertencentes a alguma etnia indígena e portadoras de algum transtorno psiquiátrico incapacitante. Além destas, a pesquisa também incluiu terapeutas tradicionais e familiares das gestantes com interveniência nos cuidados à gestação. O conjunto de informantes totalizou 5 mulheres que estiveram gestantes ao longo da coleta de dados, 10 familiares e 3 parteiras que residiam na localidade.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a dezembro de 2017, sendo conduzida através de entrevistas abertas e observação participante voltadas para a organização da localidade e as representações e práticas em saúde no tocante à gravidez, inclusos atendimentos na UBSF. Além dos dados coletados em Santa Margarida também foram realizadas entrevistas, em Manaus, com algumas das participantes que se deslocaram, por diversas razões, até esta cidade. Os dados foram registrados em diário de campo e audiogravados, totalizando 96 horas que foram transcritas, sendo objeto de leituras compreensivas do material, organização e interpretação das falas, que foram analisadas segundo o método de interpretação de sentidos(23).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Locus da pesquisa

O *locus* dessa pesquisa é uma comunidade rural ribeirinha localizada à margem esquerda no Rio Negro, fronteira ao Parque Nacional de Anavilhanas e geopoliticamente pertencente à Manaus, capital do Amazonas. O acesso é exclusivamente fluvial, sem transporte público da localidade às zonas urbanas mais próximas; de forma que este deslocamento deve ser realizado com recursos particulares. O traslado para Manaus pode levar até 12 horas em recreio⁷ e para Novo Airão, município mais próximo, chega-se em até 3 horas em rabetas⁸, meio de transporte mais comum na comunidade. Este arranjo permite aos residentes manter vínculo com ambas cidades no tocante às relações afetivas e institucionais. A fim de melhor compreender o modo de ser-viver em Santa Margarida utilizamos a categoria ribeirinho. Esta denota o estabelecimento de relações de continuidade no espaço rio-cidade-floresta e, para além da localização geográfica das moradias às margens dos rios, diz respeito à sociabilidades que estabelecem baixa pressão ambiental, com

⁷ Barco regional de médio-grande porte no qual as pessoas podem viajar em redes próprias mediante pagamento de passagem, cujo preço pode variar a depender da distância a ser percorrida. Em Sta. Margarida a disponibilidade desse tipo de transporte para Manaus se limita a duas vezes por semana e dura 12 horas, custando 30 reais por pessoa.

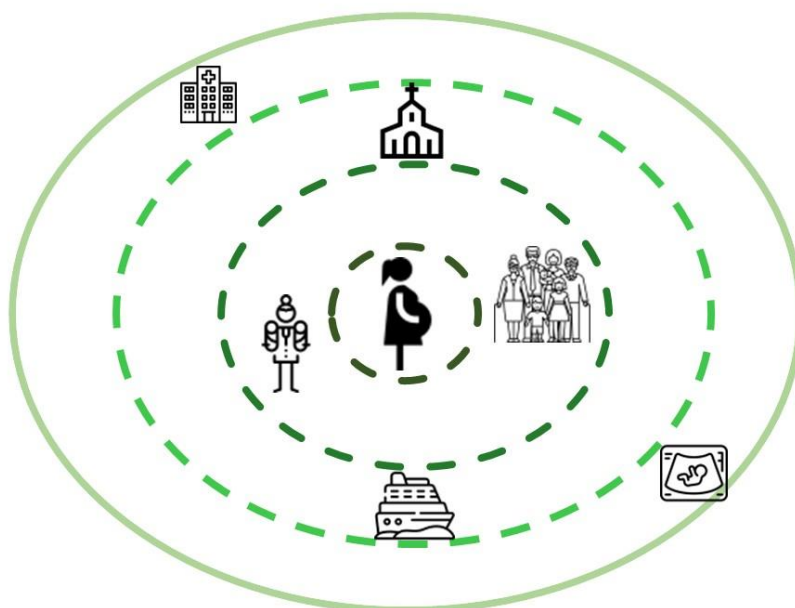
⁸ Bote impulsionado por motor de baixa potência que demanda longo tempo de deslocamento para vencer as distâncias amazônicas.

vínculos estreitamente ligados à estrutura de parentesco, apoiadas em economia de subsistência com fraco mercado local e na elevada mobilidade nos cursos d'água que ligam os espaços rurais e urbanos (24–28).

As características socioambientais de Santa Margarida produzem formas de acesso a cuidados em saúde bem distintas das encontradas na zona urbana. Uma vez que “a autoatenção acontece por meio das relações estabelecidas entre sujeitos (e microgrupos) – de maneira direta e indireta com as outras formas de atenção”(20), apresentamos no diagrama abaixo (Figura 1) os elementos que compõem o sistema de autoatenção acessado pelas mulheres grávidas da localidade. A saber: famílias e parteiras; UBSF e ações de saúde de igrejas; Parto hospitalar e acesso a exames de ultrassonografia nas zonas urbanas mais próximas. O entendimento de que o sistema de autoatenção se estende para além do ofertado pelo sistema oficial de saúde (18) é motivo pelo qual foram inseridos no diagrama elementos de diferentes origens cuja interrelação sustenta a rede de cuidados das participantes dessa pesquisa.

No diagrama, a maior proximidade entre os desenhos que representam gestante, família e parteira expressa não apenas a aproximação geográfica, mas também presença cotidiana, influência afetiva e moral. Em uma localidade pequena como Santa Margarida as parteiras são parte das relações familiares das grávidas, não se estabelecendo relação comercial em troca do cuidado recebido. Os outros elementos, quanto mais distantes do eixo central representando pela figura gestante, maiores são as barreiras de acesso e menor oportunidade de vínculo.

Figura 1. Elementos do sistema de autoatenção



Fonte: Elaboração da autora

O sistema biomédico de saúde se faz presente no território principalmente através dos atendimentos feitos na UBSF. Embarcados na unidade móvel mensalmente duas equipes multiprofissionais chegam à Santa Margarida, ofertando consultas médicas, odontológicas e de enfermagem; também fornecem exames, vacinas e dispensam medicamentos. Os atendimentos são programados anualmente e previamente informados à população. Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de Endemias (ACE) atuam permanentemente na localidade, estendendo sua atuação a mais duas localidades próximas. No dia que antecede presença da UBSF a ACS tria os que demandam atendimento na unidade móvel. A chegada da UBSF transforma a comunidade, vista a grande movimentação de pessoas que moram na vila principal, além dos que, residindo em locais mais distantes, também comparecem à localidade onde aporta a UBSF, instituindo-se um clima de festa, ou feriado ao modo de viver em Santa Margarida.

Além do serviço da UBSF, Santa Margarida também conta com a atuação de igrejas evangélicas brasileiras e estrangeiras que, diretamente ou através de Ong's, realizam ações de saúde, como atendimento médico ou odontológico, disponibilização de remédios estrangeiros ou, ainda, eventualmente, exame de ultrassom. É antiga a atuação deste tipo de instituição nos beiradões amazônicos, tendo buscado suprir as lacunas deixadas pelo aparato estatal, mais evidente em período anterior à instalação do atendimento móvel (29). Ainda que não exista um pastor *in loco* na comunidade, a associação comunitária possui relações com uma instituição evangélica que intermedia o contato para esta oferta de serviço, habitualmente associada a prédicas religiosas que visam a conversão e captação de novos adeptos. Assim sendo, as ações em saúde costumam ser acompanhadas de cultos religiosos, distribuição de material de leitura religiosa, atividades de catequese e lazer com as crianças e doação de roupas e brinquedos. Porém, tais ações não têm regularidade e não garantem cobertura assistencial adequada às necessidades de saúde da população.

Para atendimento em nível especializado há necessidade de buscar hospitais e clínicas populares sediadas nos espaços urbanos de Novo Airão ou Manaus, aí incluídos o parto hospitalar e a realização do exame de ultrassom, seja por deliberação própria ou mediante encaminhamento feito pela equipe multiprofissional. Este percurso, contudo, é inexistente para realizar vinculação com a maternidade em Manaus antes do parto, prevista pela Rede Cegonha, de modo que as mulheres que buscam parto hospitalar devem basear-se em experiências passadas, ou mesmo indicação de familiares.

A se considerar o cuidado a partir das relações intersubjetivas estabelecidas nos diferentes encontros entre as gestantes e os agentes de cura e cuidados de seu sistema de autoatenção (30), faz-

se necessário compreender a forma como essa miscelânea de cuidadores é acionada e acessada pelas participantes da pesquisa, bem como as interpretações sobre o cuidar da saúde e intervir no próprio corpo. Para tal fim serão apresentadas as estratégias acionadas pelas gestantes, tanto em nível amplo, abrangendo certas lógicas de pensamento que regem as vivências gestantes em Santa Margarida, quanto em nível restrito, exemplificado a partir do itinerário terapêutico destas mulheres.

O Nível amplo do sistema de autoatenção à gestação: Modos de con-viver em Santa Margarida

O nível amplo abrange modos de autoatenção que asseguram a reprodução biossocial dos microgrupos, portanto é estreitamente relacionado com suas dinâmicas socioculturais(18,20). Seu *locus* principal de expressão foi o meio intrafamiliar, local de compartilhamento de valores, crenças, comportamentos que tendem a reproduzir a organização social e estratégias de sobrevivência estabelecidas, mas também atitudes que tendem a contestá-la(20,22,31).

A relação com o rio e a terra, transmitida pelos mais velhos, é um dos elementos mais significantes para compreender o viver-ribeirinho de Santa Margarida. O rio é compreendido como um espaço de referência identitária, para além da proximidade física deste elemento. Ele existe como continuidade do espaço vivido e concebido(32); é espaço de lazer, trabalho e fonte do principal elemento da dieta da localidade: o peixe. Além disso conecta os espaços rural-urbano, se apresentando como um *continuum* de temporalidades opostas e complementares: mesmo as participantes que passaram a residir em Manaus moravam em espaços próximos ao rio e este se apresentava, ainda, como a possibilidade de manutenção da conexão do rural-urbano e de retorno à Santa Margarida.

Na comunidade as conexões com o rio são profundas, persistentes e cotidianas. Cada unidade doméstica possui uma balsa própria, um pequeno flutuante de madeira onde as canoas e botes são atracados, as pessoas tomam banho e as mulheres lavam roupas e louças. Deixar de realizar essas atividades pressupõe doença, afastamento social ou mesmo desleixo por parte da mulher. Deste modo, em todas as fases da gestação é comum ver mulheres à beira do rio, rodeadas de bacias e crianças.

No tocante à alimentação, o binômio peixe-farinha(33) continua central. Dada a escassez de postos assalariados de trabalho ou outra forma de atividade capaz de gerar renda de modo regular, a subsistência costuma ser garantida através da pesca, plantio no roçado familiar e manufatura de espetos para churrasco, mediante retirada de madeira do entorno da comunidade. Contudo, a presença de outros gêneros alimentícios como o frango congelado(34), bolachas, “milhitos”, enlatados e embutidos comprados em Novo Airão ou mesmo em pequenos comércios na localidade tendem a complementar a dieta. Sobre isso, Irma comenta:

É o peixe, sempre é o peixinho. É difícil a pessoa ter leite na mesa, porque a gente mora aqui. Ainda mais aqui no interior que só tem o bolsa família (...) aí mal dá pra dividir. Ou eu compro alimento, ou eu compro calçado, ou a roupa de aula. Aí assim eu vou dividindo as coisas. Aí eu tiro [dinheiro] desses paus; do espeto. Aí eu faço aqui, levo ali, compro o café, o açúcar e a gente vai vivendo. Esse negócio de bolacha, de pão... é difícil ter sempre todo dia na mesa - *Irma, Gestante, 5 filhos, 29 anos.*

A alimentação, além da disponibilidade financeira e de alimentos na natureza, é regida pela ideia de reima(33), um complexo sistema de classificação de alimentos ordenados segundo seu potencial de danos às pessoas. Em contraponto à falta de prescrições dietéticas na gestação pela própria comunidade, estas restrições se fazem mais vivas no período puerperal, em que alimentos reimosos podem causar algum dano à recuperação física e mental da mulher. A dieta da puérpera é objeto de vigilância, não apenas pela própria mulher, mas também por seu grupo familiar. Neste processo, as mulheres mais velhas e experientes, principalmente as parteiras e as mães das gestantes pesquisadas em Santa Margarida, atuavam não só como rede de apoio ao parto e puerpério, mas também como ordenadoras e vigilantes de cuidados ofertados à puérpera e ao recém-nascido.

Os grupos familiares observados compartilhavam alimentos, conversas, ensinamentos e trabalho entre si, entremeando relações afetivas reforçadas pela grande proximidade física cotidiana. Pesquisas como a de Noda et al.(28), demonstraram o papel da família ribeirinha como elemento aglutinador da organização social, processo produtivo e reprodução cultural. Assim sendo, embora haja uma relativa homogeneidade no modo de viver das famílias naquela localidade, as características e a dinâmica dos relacionamentos no grupo familiar da gestante pode propiciar maior ou menor acesso aos cuidados de saúde.

Tomemos como exemplo o grupo familiar de Dora, parteira reconhecida na localidade, cujo prestígio lhe propiciou um disputado posto de trabalho na escola do território, desejado por todos por garantir um salário regular, algo fora do alcance da maioria. Como parteira Dora oferta cuidados para suas filhas e noras quando gestantes, fazendo “puxações” na barriga para aliviar dores e outros incômodos, além de preparar e ministrar fitoterápicos, dos quais tem amplo conhecimento. Entretanto, suas práticas tradicionais de cuidados não excluem a conveniência das abordagens biomédicas, na medida em que também apoia financeiramente a ida das gestantes da família a clínicas populares na capital para realização de exames, em particular a ultrassonografia. Além disso, compartilha alimentos de sua roça e meios para realizar a farinhada; Partilha ensinamentos sobre saúde para o grupo familiar e aconselha as grávidas.

Miriam, ainda que seja membro de uma das famílias mais pobres e excluídas em Santa Margarida, também obteve o apoio de Dora ao longo de sua gravidez. O estigma de sua família, junto de seu comportamento e de seus cinco filhos, conhecidos por “roubar” frutas disponíveis no terreno de vizinhos a afastam, cada vez mais, do meio comunitário. Ainda assim, a parteira a ajudou em seus partos domiciliares, além de afirmar ter buscado doações de roupas para o recém-nascido em outras casas da região, dada a carência econômica de Miriam e família.

Ao contrário, aqueles que não têm boas relações com sua família e que são membros daquelas que não gozam de tanto prestígio social ou que não possuem acervos expressivos de conhecimento tradicional, não contam com similar. Como Celeste e Bárbara, taxadas como adúlteras e “irresponsáveis” pela parteira. Celeste, na condição de ex-nora de Dora, vivencia sua atual gestação como um período de crise, em que, sem a proteção de um homem, não conta com a proteção e amparo dos mais velhos. Bárbara, cuja família é antagônica à de Dora, saía pouco na comunidade por vergonha de corpo grávido e buscava apenas à a parteira mais antiga da região, Dona Margarida, que a revelou o sexo de sua filha, mas, devido a idade, já não auxilia mais em partos.

As relações de solidariedade e desavenças previamente estabelecidas entre os grupos familiares de Santa Margarida podem não apenas influenciar no maior (ou menor) acesso a cuidados em saúde, como também afetar o cotidiano das gestantes envolvidas – como o acesso facilitado à comida, chás, cuidados, consultas e exames médicos ou, no caso de Bárbara e Celeste, restrição em sair da própria casa e realizar encontros amorosos por vergonha do corpo grávido. Assim, ainda que a gestação seja, muitas vezes, encarada como uma fase esperada da vida feminina, sem muitas prescrições quando comparada ao período puerperal, é alvo constante da vigilância moral comunitária.

A restrição que esta vigilância pode ter no cotidiano das gestantes é, muitas vezes, posta de lado nos jogos de futebol. Essa é uma atividade habitual nos fins de semana de Santa Margarida, mobilizando homens, mulheres e crianças, que se agrupam em torno do campo para observar, comentar e aguardar sua vez de jogar. Numa localidade onde não há alternativas de lazer, este espaço se transforma em local de paquera e exibição. Nessas circunstâncias o jogo tem inequívoca conotação sexual que amplia a motivação para a frequência aos campos, inclusive das gestantes.

Os conflitos, francos ou latentes, entre as famílias ali residentes também se expressam no jogo. Nos finais de semana os times femininos costumavam se dividir em time do grupo familiar de Dora contra o time da família de Bárbara, havendo também a participação de pessoas neutras, aliadas, ou mais próximas a cada um dos grupos familiares compondo um ou outro time. Entretanto a rivalidade

não cessava, sendo exposta nas apostas, jogadas, nos gols feitos e nos comentários, depreciativos ou de estímulo, à beira do campo.

Ainda que não se tenham encontrado estudos que analisem esta prática na Amazônia, o futebol costuma ser citado como evento recorrente no meio rural, como importante prática de lazer, de interação interfamiliar(32,35–37), além de movimentar economias locais em torneios intercomunitários. Enquanto atividade de lazer o futebol vem sendo apontado como elemento de valor social, associado à felicidade e condições de saúde da população, podendo contribuir para a fixação dos jovens no território(38).

Para além das múltiplas conotações que assume no cotidiano familiar, o futebol é objeto de restrições para as mulheres grávidas, oriundas das equipes oficiais de saúde e das terapeutas comunais. Ao comentar sobre o futebol, Dora afirma: *Às vezes querem jogar bola com buxão e eu ralho com elas*. Ainda que possam ser buscadas para determinados cuidados com a gravidez, estas mulheres detêm tal condição de prestígio na localidade que, muitas vezes, transmitem às mais novas aspectos morais vigentes, mesmo não sendo requisitadas para tal. Neste caso, a vigilância moral exercida pelas parteiras em forma de conselhos – ou ralhos (censuras) – e as orientações da UBSF no tocante ao tema tendem a ser desrespeitadas pelas mulheres.

Das cinco mulheres grávidas apenas uma não fazia parte da prática, Irma, sendo este frequentemente indicado como meio de promoção da saúde, desde que se tome alguns cuidados, como “não correr muito quando [o campo] está molhado” (Celeste). Gal, realiza um contraponto com a área urbana, afirmando que quando está em Manaus não há muito o que se fazer, diferente do interior:

Eu tô em uma quarta gestação e o que eu sempre falo para as meninas é que pra ter uma gestação boa não pode ficar com muita frescura. (...) Acho que praticar algum esporte, mesmo que quase todo mundo tenha medo, né? Eu engravidei sempre foi praticando algum exercício e procurei me movimentar bastante, o máximo que pude; o mínimo de ficar entocada! (...) Acho que isso [moleza] não faz muito bem pra uma mulher grávida, né? – *Gal, gestante, 4 filhos, 26 anos*

Ainda que parteiras e profissionais de saúde façam recomendações contrárias à prática do futebol, as informantes afirmam que essa atividade é mantida ao longo da gestação, apontando-a como um meio de promoção de uma gravidez saudável. A observação mostrou que o jogo possibilita à mulher ser reconhecida enquanto sexualmente desejável, mesmo na condição de gestante. A insistência das gestantes é um modo de reafirmar a autonomia das escolhas, dentre os cuidados

disponíveis, que é parte das características do sistema de autoatenção, que vai muito além da mera repetição daquilo que é orientado pelos cuidadores(10,18,30).

O jogo de futebol, as relações inter e intrafamiliares e o vínculo com o rio e a terra como modo de vida ribeirinho, são alguns dos componentes do nível ampliado do sistema de autoatenção em Santa Margarida. São atividades e comportamentos que regem a forma de viver e se relacionar, na localidade e que tem grande influência acerca das práticas em saúde da população. A seguir passaremos a apresentar o nível restrito de autoatenção, evidenciando elementos de (re)produção da vida social que podem se converter em práticas de saúde.

Nível restrito: itinerâncias do cuidado que vem e do cuidado que vou

O nível restrito, compreende práticas intencionais(18) diretamente voltadas ao lidar com a gestação. Estas serão categorizadas a partir do fluir da mulher que se reconhece como grávida, pois o movimento do rio também molda, em grande medida, o itinerário terapêutico das mulheres, instituindo fluxos e contrafluxos que se estabelecem no encontro entre gestantes e cuidadores. Entende-se aqui haver uma confluência entre o “cuidado que vou”, para o qual a mulher faz uma escolha e realiza o movimento de buscá-lo, em contraponto ao “cuidado que vem”, isto é, aquele que lhe é ofertado – de forma impositiva ou não – através da UBSF, das ações de saúde das Igrejas e Ongs e da própria parteira.

Dos “cuidados que vêm” é quase impossível não participar ou não ser por eles afetado. Existe uma certa coerção social a participar de todo encontro ou consulta proposta pelos forasteiros. Para além da possibilidade de receber cuidados em saúde esse momento é um evento social que altera a rotina comunitária: não apenas há um encontro com os profissionais que chegam à Santa Margarida, mas também com parentes e amigos que residem em localidades próximas. Por esse motivo, a presença do elemento externo tende a instituir um mercado informal onde alimentos e outros gêneros não disponíveis no cotidiano podem ser vendidos e adquiridos. Além de socializar, a ida ao serviço de saúde também demonstra que a grávida cumpre sua “obrigação” de cuidar da saúde na gestação. Enfim, o momento do atendimento é também uma ocasião atrativa que reaviva a vida social de Santa Margarida.

Regularmente as mulheres grávidas são captadas pela UBSF a fim de realizar o pré-natal, apenas uma das participantes da pesquisa não realizou consultas na unidade. No dia do atendimento mensal da UBSF, face ao adiantado da hora e perigo em retornar para casa na canoa após o entardecer, esta escolheu não aguardar a consulta que iria confirmar a gestação e aguardar o próximo retorno da UBSF à comunidade; entretanto, teve a gestação interrompida no intervalo entre um atendimento e

outro. Fora esta situação específica, o comparecimento assíduo e a realização dos exames programados, surge como prática comum nos relatos das mulheres de Santa Margarida. Excetuando-se situações-limite como a relatada acima pela usuária que sofreu um aborto, há consenso em Santa Margarida de que as gestantes não enfrentam dificuldades de acesso ao pré-natal como ocorre em zonas urbanas onde a limitação de fichas para atendimento obriga à muitas mulheres chegar ainda de madrugada na unidade básica, na busca de garantir o atendimento (39,40).

Essa situação é, inclusive, motivadora para mudar-se para a localidade. Gal, que antes morava em uma zona periférica de Manaus sem cobertura da APS, precisava deslocar-se de ônibus até a UBS mais próxima e, ainda, enfrentar longas filas para conseguir algum suporte do sistema oficial de saúde. Deste modo, ainda que na capital haja a possibilidade de empregos formais que ofereçam algum salário, estar no interior também é compreendido como sinônimo de alguma qualidade de vida devido ao atendimento facilitado e regular na UBSF.

A impressão das mulheres de Santa Margarida é corroborada por dados de pesquisa do projeto guarda-chuva que avaliou o pré-natal realizado na UBSF(41), tendo confirmado uma frequência de 62,4% das gestantes das localidades abrangidas pela unidade móvel que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. Ainda que as dificuldades de acesso geográfico e econômico se façam presentes, a UBSF tem garantido acesso ao atendimento, e ofertado um pré-natal com uma adequação de estrutura próxima às condições ideais, ao lado de ampla disponibilidade de medicamentos(41).

No caso das ações de saúde ofertadas pelas Ongs religiosas, em que pese suas ações esporádicas, estas fornecem alguns serviços que a UBSF não dispõe, como os exames de ultrassonografia, e atenuam a demanda mensal para este dispositivo de saúde. Um pouco antes do início da coleta de dados a maioria das gestantes de Santa Margarida tinha realizado o exame de ultrassonografia em um barco evangélico que aportou em Santa Margarida. Habitualmente o acesso a esse exame exige que as mulheres se desloquem até Manaus ou Novo Airão, mediante recursos próprios, o que implica em ônus financeiro e afetivo, pois têm que dispor de combustível para o transporte e de alguém para conduzir a rabetá. Além de perderem pelo menos um dia de trabalho, têm que enfrentar o sol, a chuva, eventuais temporais, o risco de naufrágios, o cansaço e negociar com alguém da localidade para que cuide das suas crianças neste período de ausência. Neste sentido, para as participantes da pesquisa a interpelação do “cuidado que veio” é bem-vinda, reduzindo as dificuldades para obter adequado cumprimento do pré-natal.

Ao mesmo tempo, a ultrassonografia é também um elemento recorrente do “cuidado que vou”, apesar das barreiras de acesso esse exame é ativamente procurado pelas gestantes. A revelação do

sexo da criança, seja sugerida pelas mãos de parteiras experientes, seja pelo diagnóstico médico é um dos componentes deste fluxo que parte da iniciativa subjetiva feminina. A descoberta do sexo pode ser considerada importante para o fortalecimento de vínculo e a personalização do feto, o qual recebe nome e tem características atribuídas aos movimentos realizados ainda no ventre, conferindo-lhe uma identidade(42–44).

Este movimento é fortemente influenciado pela relação estabelecida a partir da própria experiência gestacional e do projeto de felicidade(30,45) estabelecido pela mulher grávida, ou seja, o horizonte de vida estabelecido por cada uma como um ideal de felicidade. A revelação do sexo parece fazer parte de um movimento que expande a experiência gestacional para além do corpo feminino, passa a ter relação com outra pessoa que a partir da descoberta pode ser tratada como um indivíduo.

O “cuidado que vou” também pode ser iniciado a partir de algum desconforto físico ou emocional que a mulher possa estar sentindo. Soluções locais podem ser adotadas para este fim, apoiando-se na lógica do conhecimento tradicional e na disponibilidade local, como a busca por plantas medicinais na própria casa ou em vizinhos ou familiares. Também a “puxação” da barriga, benzimento e outros procedimentos realizados pela parteira buscam o alívio da dor, atribuída a um mal posicionamento da criança(42).

Assim, o cuidado é praticado no encontro de diferentes concepções de saúde garante dinamicidade ao sistema de autoatenção. Permite, por exemplo, que as gestantes mais novas atualizem alguns dos conselhos das mais antigas, como “não sentar em batente porque cria placenta com rabo” (Parteira Margarida). Tal transição denota a autoatenção enquanto concomitantemente estrutural e dinâmica, simultaneamente assegurando a continuidade da vida social, mas em constante processo de modificação(18).

Isto também pode ser observado nos itinerários de parto. Há pouco mais de 20 anos quase a totalidade dos partos realizados no território eram domiciliares e amparados por parteiras, contudo algumas das mulheres mais jovens afirmam não “ter coragem” viver este processo. O hospital, ainda, pode ser encarado como um local onde há a possibilidade de encontrar com aspectos positivos da fuga da rotina, como Bárbara comenta: “tinha um monte de coisa que eles levam. Nesses outros (hospitais) ele só dão aquelas sopas, lá não, a gente comia comida diferente: carne, feijão...”

Apenas duas das mulheres participantes manifestaram preferência pelo parto domiciliar junto à parteira, ainda assim, a que chegou a fazer o parto domiciliar manifestava o desejo de realizar a cirurgia para esterilização em um hospital da zona urbana. O crescente interesse pelo parto hospitalar

na localidade vem na contramão do movimento de camadas mais abastadas da população que passou a identificar o parto no domicílio como um rito familiar, protetor da saúde do binômio mãe-bebê(46–48).

Ainda assim, a quantidade de coragem necessária para o parto não é diminuída frente à perspectiva do parto hospitalar. No traslado para Novo Airão, em botes de alumínio, são realizados, inclusive, partos, que tem como pano de fundo o banheiro do rio e o medo da morte. Mesmo quando se completa o trajeto, o hospital pode assumir caráter ambivalente: é um local mais seguro para o parto que também é fonte de sofrimento.

Desse aqui (se referindo ao filho), queriam que eu passasse três dias lá no hospital, eu fugi. (...) queria vir me embora porque eu pensava nos outros que estavam aqui em casa. - Irma, 30 anos, 5 filhos)

Eu não gosto daquele, daquele, aquele, aquele cheiro daquele remédio. Aquele cheiro. E, e, aquele frio, é frio, frio no hospital. - Miriam, 31 anos, 5 filhos)

Menéndez (20) afirma que os processos de autoatenção podem constituir um dos principais meios de expressão da submissão dos microgrupos subalternos com os setores hegemônicos, e, ao mesmo tempo, a autonomia e agência destas pessoas no tocante à própria saúde. As relações ambivalentes com a instituição hospitalar refletem, em muito, esta dinâmica: ao passo que existem diferentes práticas relacionadas à conhecimentos seculares de familiares e parteiras da localidade, como a fitoterapia, há uma entrada cada vez maior da biomedicina na rotina de cuidados gestacionais das mulheres. Cabe, portanto, refletir acerca da UBSF enquanto modelo de atenção disponível a estas populações.

O modelo de atenção itinerante, no qual a permanência da equipe não ultrapassa, em média, quatro horas mensais em cada localidade, pareceu ser pouco propício à formação de vínculo e à esperada conexão com as famílias no território. Em função disso, algumas mulheres podem apresentar postura retraída, com tom de voz baixo ou mesmo dificuldade de responder a algumas das perguntas feitas nos atendimentos. Ainda assim, a presença de determinados profissionais da equipe tende a quebrar este distanciamento, seja pela intimidade gerada pelos anos de trabalho na unidade ou mesmo pela disponibilidade ao estabelecimento do vínculo.

Ainda que exista o desejo de realizar algumas das prescrições do sistema oficial, seu cumprimento, ou não, é diretamente determinado pelas condições e modo de vida da população. É impossível para estas mulheres seguir, por exemplo, a recomendação feita pela equipe da UBSF de

“não carregar peso” durante a gestação, uma vez que na maioria das casas não há água encanada. Mesmo que o sistema oficial de saúde oriente acerca de possíveis perigos associados ao jogo de futebol e à descida/subida até o rio, aconselhem o uso de roupas largas e evitar excesso de peso, estas não se efetivam enquanto práticas de saúde.

Elas falam que ninguém pode comer muito sal, que a gente tem que comer bastante feijão, que não pode comer muito gorduroso. Eu, se tivesse todo dia, eu comia era feijão com carne. Eu como peixe, mas infelizmente, por que que não tem outra coisa pra gente comer. O peixe ainda alimenta a gente quase que nem a carne com feijão. Mas não tem outra coisa pra gente comer, é peixe mesmo, que é mais fácil que a gente acha. – Miriam, Gestante, 5 filhos

Concomitantemente, orientações realizadas neste âmbito se tornam objeto de preocupação, como é o caso do consumo de sal, ou mesmo a recomendação de alimentar-se de “*feijão com carne*”, como afirma Miriam. Tais ideias são percebidas como relativamente recentes. No tocante à alimentação na gestação a parteira mais antiga da comunidade, Dona Margarida, afirma “se tiver vontade de comer, come”.

Um adequado reconhecimento do sistema de autoatenção permitiria estabelecer um cuidado culturalmente competente no pré-natal, ou, ainda, considerar a interculturalidade no processo saúde-doença-cuidado. Ainda que a interculturalidade se estabeleça sempre que sociedades diferentes interajam(49), a formação dos profissionais de saúde não parece adequada para percebê-la ou, mesmo, acioná-la como ferramenta cotidiana(50,51). Esse é um problema estrutural, a hegemonia da biomedicina orientada para a execução de técnicas padronizadas, ainda que se mostre eficiente e resolutiva, pode falhar no desenvolvimento de competências que favoreçam o encontro com o outro, e que desenvolvam a capacidade de apreender suas singularidades e características culturais(52).

Sistemas de saúde culturalmente competentes, ou seja, detentores de conhecimentos sobre as características sociais, culturais e linguísticas das populações que atendem, são desejáveis em Santa Margarida, assim como contextos muito mais amplos que a realidade encontrada. É uma necessidade relevante em países latino-americanos(53), onde vivem populações específicas como os ribeirinhos, povos originários, quilombolas, migrantes e mesmo certas minorias urbanas que, por razões históricas e sociopolíticas, foram forçados a negar suas matrizes culturais e a adaptar-se às prescrições e práticas biomédicas, tendo suas necessidades específicas ignoradas e – não raro – desrespeitadas pelas políticas e práticas médico-sanitárias. Dessa forma, o desenvolvimento da competência cultural entre equipes de APS pode contribuir para reduzir iniquidades sociais e em saúde, mediante a ampliação do conhecimento das vivências dos sujeitos em seus contextos específicos de vida(54).

3. Amarrar com o marco teórico (ayres-menendez-cecílio)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da descoberta da gestação até o parto os itinerários terapêuticos estabelecem e obedecem a fluxos e contrafluxos, seguidos e construídos pelas participantes da pesquisa. Na localidade pesquisada o sistema de autoatenção mostra-se vigoroso, estrutural, dinâmico e autônomo, fortemente relacionado à identidade do grupo social e, no caso das participantes, com as diversas faces da feminilidade possível a essas mulheres, a partir da realidade na qual configuram sua existência. O encontro entre os saberes familiar e comunitário, biomédico e religioso produz um mosaico de saberes com graus diversos de interveniência, que aqui procuramos sintetizar na forma de itinerários que combinam essas miríades de cuidados com a gestação.

O estabelecimento de políticas públicas que consigam se fazer presentes no meio rural, como a oferta da Atenção Básica que existe em Santa Margarida mostrou-se suficiente para alterar, em diversos níveis, a dinâmica estabelecida nos cuidados à gravidez. Os residentes mais velhos citam que antes da oferta de políticas de saúde públicas contínuas e consistentes e da melhoria das condições econômicas da vida ribeirinha, a morte no parto era uma possibilidade que rondava o cotidiano das famílias. Hoje, ainda que este medo permaneça assombrando o imaginário de muitas mulheres, a ocorrência de mortes maternas é uma possibilidade mais remota.

Ainda assim, as longas distâncias e a limitada extensão de cobertura continuam a estabelecer limites de acesso à saúde, principalmente aos serviços especializados, dado o avanço da atenção básica do SUS na região, em que pese a supracitada limitação da competência cultural das equipes da UBSF. O fortalecimento do sistema oficial de saúde não parece corroer os demais elementos do sistema de autoatenção: as parteiras, por exemplo, redimensionaram algumas de suas práticas de modo a incorporar certos cuidados oferecidos pela UBSF e hospitais nas zonas urbanas. Do ponto de vista das gestantes não se evidenciou contradições entre a ida ao serviço oficial de saúde, os cuidados tradicionais e outras práticas do sistema de autoatenção. Pelo contrário, o que se observou foi um uso heteróclito de todos esses elementos, na busca de construir relações e vivências mais condizentes com as necessidades de saúde e modos de vida das gestantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet* [Internet]. janeiro de 2016 [citado 24 de setembro de 2018];387(10017):462–74. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615008387>

2. Organização Mundial de Saúde (OMS). Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. [Internet]. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030>
3. Organização Mundial de Saúde (OMS). Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM) [Internet]. 2015. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/
4. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN da, Theme Filha MM, Costa JV da, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. agosto de 2014 [citado 24 de setembro de 2018];30(suppl 1):S85–100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=pt&tlng=pt
5. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 10 de maio de 2018 [citado 24 de setembro de 2018];34(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000505001&lng=pt&tlng=pt
6. Leal M do C, Gama SGN da, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN do, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado 20 de dezembro de 2019];33(suppl 1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=pt&tlng=pt
7. Small MJ, Allen TK, Brown HL. Global disparities in maternal morbidity and mortality. Seminars in Perinatology [Internet]. agosto de 2017 [citado 20 de dezembro de 2019];41(5):318–22. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0146000517300514>
8. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. The Lancet [Internet]. setembro de 2006 [citado 20 de dezembro de 2019];368(9542):1189–200. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067360669380X>
9. Alves PC, Souza IMA. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 264p.
10. Ayres JRMC. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. outubro de 2011 [citado 24 de setembro de 2018];27(10):2074–5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001000024&lng=pt&tlng=pt
11. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. agosto de 2014 [citado 24 de outubro de 2019];30(suppl 1):S17–32. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&tlng=pt

12. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 21 de junho de 2018 [citado 20 de dezembro de 2019];34(6). Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000605003&lng=pt&tlng=pt

13. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde em Debate* [Internet]. setembro de 2018 [citado 7 de agosto de 2019];42(spe1):302–14. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500302&lng=pt&tlng=pt

14. BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa 2013.

15. Brasil. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. 2017.

16. Kadri MRE, Santos BS dos, Lima RT de S, Schweickardt JC, Martins FM. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2019 [citado 27 de dezembro de 2019];23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100262&tlng=pt

17. Brenes AC. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. junho de 1991 [citado 5 de janeiro de 2020];7(2):135–49. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=pt&tlng=pt

18. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2003 [citado 24 de setembro de 2018];8(1):185–207. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=es&tlng=es

19. Alves PC. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: *ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde* [Internet]. Rio de Janeiro: CEPESC : IMS/UERJ : ABRASCO; 2016. p. 440. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>

20. MENÉNDEZ EL. Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos* [Internet]. 2018;58:104–13. Disponível em:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2018000300104&lang=pt

21. Menéndez EL. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social* [Internet]. 2005;38. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/838/83801402.pdf>
22. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. novembro de 2006 [citado 29 de setembro de 2019];22(11):2449–63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100019&lng=pt&tlng=pt
23. GOMES R, SOUZA ER, Minayo MC de S, Malaquias JV, SILVA CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 185–221.
24. Harris M. “What it Means to be Caboclo”: Some critical notes on the construction of Amazonian caboclo society as an anthropological object. *Critique of Anthropology* [Internet]. março de 1998 [citado 4 de outubro de 2018];18(1):83–95. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0308275X9801800104>
25. Pinedo-Vasquez M. Urbano e rural: famílias multi-instaladas, mobilidade e manejo dos recursos de várzea na Amazônia. *Novos Cadernos NAEA* [Internet]. 22 de dezembro de 2008 [citado 22 de outubro de 2018];11(2). Disponível em: <http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/view/271>
26. Lomba RM, Nobre-Júnior BB. A relação rural-urbano a partir das cidades ribeirinhas: o papel do comércio popular (feiras) na cidade de Afuá (PA). *Confins* [Internet]. 17 de julho de 2013 [citado 20 de dezembro de 2019];(18). Disponível em: <http://journals.openedition.org/confins/8405>
27. Neves DP. Os ribeirinhos-agricultores de várzea: formas de enquadramento institucional. *Novos Cadernos NAEA* [Internet]. 1º de junho de 2009 [citado 20 de dezembro de 2019];12(1). Disponível em: <http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/view/281>
28. Noda S, Martins H, MARTINS LA. Agricultura Familiar na Várzea Amazônica: Espaço de Conservação da Diversidade Cultural e Ambiental. In: *Amazônia: Políticas Públicas e Diversidade Cultural*. Rio de Janeiro: Ed. Garamond; 2006. p. 163–94.
29. Schweickardt C, MARTINS LR. História das políticas de saúde no Amazonas: da zona franca ao SUS, 1967-1990. In: Schweickardt JC, Ferla AA, Lima RT de S, Kadri MR, organizadores. *História e política pública de saúde na Amazônia* [Internet]. 1º ed Rede UNIDA; 2017 [citado 28 de setembro de 2018]. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-saude-amazonia/Historia%20e%20politica%20publica%20de%20saude%20Fiocruz%20Amazonas%20-PDF.pdf>
30. Ayres JR de CM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. fevereiro de 2004 [citado 24 de setembro de 2018];8(14):73–92.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=pt&tlng=pt

31. Saturnino MNG, Santos TP dos, Vale PRLF do, Aguiar MGG. Modos de ver e de fazer: saúde, doença e cuidado em unidades familiares de feirantes. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. maio de 2019 [citado 10 de julho de 2019];24(5):1723–32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000501723&tlng=pt
32. CRUZ VC. O rio como espaço de referência identitária: reflexões sobre a identidade ribeirinha na Amazônia. In: *Cidades ribeirinhas na Amazônia: mudanças e permanências*. Belém: Edupa; 2008. p. 49–69.
33. MAUÉS HR, MAUÉS AG. O modelo da “reima”: representações alimentares em uma comunidade amazônica. In: *Anuário de Antropologia*. Rio de Janeiro; 1978. p. 120–46.
34. Nardoto GB, Murrieta RSS, Prates LEG, Adams C, Garavello MEPE, Schor T, et al. Frozen chicken for wild fish: Nutritional transition in the Brazilian Amazon region determined by carbon and nitrogen stable isotope ratios in fingernails. *American Journal of Human Biology* [Internet]. setembro de 2011 [citado 20 de dezembro de 2019];23(5):642–50. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/ajhb.21192>
35. Reis DC dos, Monteiro EF, Pontes FAR, Silva SS da C. Brincadeiras em uma comunidade ribeirinha amazônica. *Psicologia: teoria e prática* [Internet]. 2012;14:48–61. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000300004&nrm=iso
36. Silva SS da C, Pontes FAR, Santos TM dos, Maluschke JB, Mendes LSA, Reis DC dos, et al. Rotinas familiares de ribeirinhos amazônicos: uma possibilidade de investigação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [Internet]. junho de 2010 [citado 20 de dezembro de 2019];26(2):341–50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000200016&lng=pt&tlng=pt
37. Silveira N. O papel social do futebol em comunidades ribeirinhas do AM. *Jornal Acrítica* [Internet]. 12 de agosto de 2012 [citado 8 de setembro de 2019]; Disponível em: <https://www.acritica.com/channels/esportes/news/o-papel-social-do-futebol-em-comunidades-ribeirinhas-do-am>
38. Maziero C, Godoy CMT, Campos JRDR, Mello NA de. O lazer como fator de permanência e reprodução social no meio rural: estudo do município de Saudade do Iguaçu, PR. *Interações (Campo Grande)* [Internet]. 5 de julho de 2019 [citado 20 de dezembro de 2019];20(2):509. Disponível em: <http://www.interacoes.ucdb.br/article/view/1763>
39. Cabral FB, Hirt LM, Van der Sand ICP. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. abril de 2013 [citado 24 de setembro de 2018];47(2):281–7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200002&lng=pt&tlng=pt
40. Silva MZN da, Andrade AB de, Bosi MLM. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. *Saúde em Debate* [Internet]. 2014 [citado 24 de

setembro de 2018];38(103). Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.20140073>

41. SOUZA EV. Atenção ao pré-natal em uma unidade básica de saúde fluvial de Manaus,. [Manaus]: Instituto Leônidas e Maria Deane; 2018.

42. Fleischer S. Come on my child, let's have some massage?"Puxação", midwives and reproduction in Melgaço, Pará. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. junho de 2008 [citado 28 de setembro de 2018];13(3):889–98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232008000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

43. Piccinini CA, Lopes RS, Gomes AG, De Nardi T. Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo* [Internet]. março de 2008 [citado 8 de agosto de 2019];13(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

44. Maldonado MT. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva; 1997.

45. Ayres JR de CM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2001 [citado 24 de setembro de 2018];6(1):63–72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=pt&tlng=pt

46. Koettker JG, Bruggemann OM, Freita PF, Riesco MLG, Costa R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 23 de novembro de 2018 [citado 20 de dezembro de 2019];52(0). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100460&lng=en&tlng=en

47. Prates LA, Timm MS, Wilhelm LA, Cremonese L, Oliveira G, Schimith MD, et al. Being born at home is natural: care rituals for home birth. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2018 [citado 20 de dezembro de 2019];71(suppl 3):1247–56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901247&lng=en&tlng=en

48. Santos MJDS, Augusto A. “Se estava tudo bem, porque é que eu havia de ir a uma obstetra?”: identidade, risco e consumo de tecnologia médica no parto domiciliar em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas* [Internet]. 29 de julho de 2016 [citado 20 de dezembro de 2019];2016(82). Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/sociologiapp/article/view/5922>

49. Menéndez EL. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. janeiro de 2016 [citado 25 de novembro de 2018];21(1):109–18. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100109&lng=es&tlng=es

50. SALAVERY O. Interculturalidad en salud. *Rev Peru Exp Salud Publica*. 2010;27(1):80–93.

51. Veliz-Rojas L, Bianchetti-Saavedra AF, Silva-Fernández M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2019 [citado 19 de dezembro de 2019];35(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000103001&tlng=es
52. Freitas Júnior RA de O, Santos CAD, Lisboa LL, Freitas AKMS de O, Garcia VL, Azevedo GD de. Incorporando a Competência Cultural para Atenção à Saúde Materna em População Quilombola na Educação das Profissões da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. junho de 2018 [citado 19 de dezembro de 2019];42(2):100–9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000200100&lng=pt&tlng=pt
53. Yajahuanca RA, Diniz CSG, Cabral C da S. É preciso “ikarar os kutipados”: interculturalidade e assistência à saúde na Amazônia Peruana. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. setembro de 2015 [citado 20 de dezembro de 2019];20(9):2837–46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902837&lng=pt&tlng=pt
54. FLOSS M, TARGA LV, PESSOA VM. Diversidade e competência cultural no rural. In: *Saúde no caminho da roça*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 163.

5.4. Artigo 2: A Práxis de Parteiras e Interseções com Atenção Pré-Natal em Comunidade Rural no Rio Negro, Amazonas

Resumo: Estima-se que a Amazônia rural tenha nove milhões de habitantes cujos singulares modos de vida, associados às grandes distâncias geográficas obstaculizam o acesso aos serviços de saúde. O artigo analisa as interseções entre a práxis de parteiras caboclas e a atenção pré-natal desenvolvida em Unidade Básica de Saúde Fluvial instituída pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2012. Trata-se de pesquisa qualitativa tipo estudo de caso com parteiras de comunidade rural ribeirinha do Rio Negro, Amazonas. Os resultados evidenciam um sistema tradicional de autoatenção à saúde materna, que opera em interface com o pré-natal realizado por equipe de saúde da família que atua na localidade em regime de itinerância. As parteiras atuam em múltiplos níveis de cuidado, ao qual agregam atribuições afetivas, morais e políticas na comunidade, assentadas em vínculos longitudinais e transgeracionais. Mais recentemente vêm atuando como amortecedoras da violência obstétrica em partos hospitalares, cuja busca implica num perigoso e atribulado deslocamento fluvial no qual, não raro, ocorrem trabalhos de parto. Em que pese o caráter local do estudo este se mostra ferramenta útil para escrutinar o pouco conhecido rural amazônico e contribuir com o aprimoramento das estratégias de saúde rural promovidas pela PNAB 2012 que induziram ao financiamento para implantação de unidades básicas fluviais de saúde e de equipes de saúde da família, mas carecem de reordenamentos nas rotinas assistenciais para adequá-las às situações de saúde e ao regime itinerante de atendimento proposto para as populações rurais.

Palavras-chave: Saúde Rural; Antropologia da Saúde; Saúde Materna; Parteiras

Abstract: It is estimated that the rural Amazon has nine million inhabitants whose unique ways of life, associated with the great geographical distances, hinder access to health services. This article analyzes the intersections between the praxis of midwives and prenatal care developed in a Basic Fluvial Health Unit instituted by the 2012's Brazilian National Policy of Primary Health (PNAB). This is a case study qualitative research with midwives from a rural community of Rio Negro, Amazonas. The results show a traditional system of self-care for maternal health, which operates besides the prenatal care performed by a family health team that works in the locality under a roaming regime. Midwives act in multiple levels of care, to which they add affective, moral and political

attributions in the community, based on longitudinal and transgenerational bonds. Recently they have been acting as buffers of obstetric violence in hospital births, whose search implies a dangerous and troublesome fluvial displacement in which labor often occurs. Despite the restricted local character of the study, this is a useful tool to scrutinize the little-known rural amazon communities and contribute to the improvement of the rural health strategies promoted by 2012 PNAB, which led to funding for the implementation of basic fluvial health units and family health, but still need to rearrange the care routines to adapt them to health situations and to the itinerant system of care proposed for rural populations.

Keywords: Rural health; Health anthropology; Maternal health; Midwives

1. Introdução

A Amazônia tem singularidades sociais e espaciais às quais se somam as especificidades culturais dos diferentes povos que nela habitam. Estima-se que 24 milhões de cidadãos ocupem a Amazônia brasileira, e ainda que seu maior contingente populacional viva em zona urbana, grande parte dos 5 milhões de hectares que correspondem ao território brasileiro é rural (Imazon, 2014). A população rural amazônica é formada por comunidades indígenas, caboclas, quilombolas, migrantes recentes oriundos do sul do país e outros grupos sociais que ali coexistem, formando um intrincado mosaico socioambiental. Este cadinho de povos gera situações de saúde largamente desconhecidas no cenário nacional e raramente consideradas nos planejamentos feitos nos diversos níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em meio às diferentes culturas amazônicas destacam-se as populações caboclas⁹. Estas costumam residir em localidades acessíveis apenas por meio fluvial e seus modos de vida se adaptam ao regime de secas e cheias dos rios, além de manter estreita relação com o ambiente natural (Fraxe, 2009; Neves, 2009). São povos cujas sociabilidades são sustentadas por fortes vínculos de parentesco e de compadrio; praticam intensa mobilidade rural-urbana e representam uma continuidade criativa da herança indígena na região (Arenz, 2015). Estes e outros fatores vigentes nas condições de vida das

⁹ Termo utilizado para se referir às populações tradicionais que vivem na Amazônia Rural. Trata-se de um contingente populacional mestiço descendente de indígenas destribalizados em decorrência dos ciclos extrativistas ocorridos na região. De acordo com Lima (1999), trata-se de “uma categoria de classificação social complexa que inclui dimensões geográficas, raciais e de classe” (pg. 6)

populações caboclas integram o conjunto dos determinantes de situações de saúde vigentes na região, devendo ser considerados no estabelecimento de políticas e práticas assistenciais em saúde.

No que diz respeito às políticas de saúde dirigidas às populações que vivem em áreas remotas e carentes de infraestrutura na Amazônia rural, não se observa o desenvolvimento de ações abrangentes, efetivas e de atuação regular, mesmo após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Schweickardt e Martins (2017) afirmam que a implantação de iniciativas itinerantes de assistência à saúde data do início dos anos 1920, porém tem sido descontínua. Dispersão populacional, grandes distâncias geográficas, falta de pessoal especializado e carência de infraestrutura têm sido apontados como justificativas para a limitada atuação de serviços oficiais de saúde no interior da Amazônia. Por este motivo, ao longo de décadas foram realizados convênios com entidades como a igreja católica, instituições filantrópicas, Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e outras instituições de gestão federal a fim de cobrir este amplo território (Schweickardt e Martins, *op.cit.*)

A partir de 1978 a Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas propôs um programa de atendimento através de Unidades Móveis Flutuantes, com o intuito de incentivar a retomada de produção de borracha no interior do Amazonas mediante a oferta de assistência médico-odontológico-sanitária à ribeirinhos residentes nos rios Madeira, Purus e Juruá (Schweickardt; Martins, 2017). Este modelo de organização guarda alguma semelhança com o preconizado recentemente pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017) na versão atualizada em 2012, que previu a implantação de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) para o atendimento a populações residentes em áreas rurais remotas ou de acesso exclusivamente fluvial. De acordo com a PNAB 2012, às equipes atuantes nas UBSF cabe a oferta de cuidado continuado, desenvolvido por equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), garantindo atendimento para populações ribeirinhas no mínimo a cada 60 dias (Brasil, 2017). As medidas preconizadas pela PNAB 2012 resultaram em adesão de várias secretarias municipais de saúde que buscaram o incentivo disponibilizado, interessando-se em adquirir as embarcações e implantar equipes (ou ampliar seu número) para atuar junto às populações rurais.

Frente a ausência de dispositivos legais anteriores que favorecessem a população rural a iniciativa da PNAB 2012 se mostra relevante, ainda que ela não aponte caminhos para o aprimoramento das práticas assistenciais dirigidas a essas populações. Tal aprimoramento se faz necessário, não apenas pelas singularidades geográficas e culturais

vigentes no meio rural, mas também pelo caráter itinerante da atenção ofertada nas UBSF que demanda adaptações das rotinas praticadas na rede básica. Nas cidades estas se guiam pela premissa de oferta diária de atendimento, o que é incompatível com o caráter itinerante da rede de unidades fluviais.

Em que pese a presença das instituições oficiais de saúde no espaço rural amazônico, este não é o único modelo assistencial buscado pela população. Estudo do antropólogo Eduardo Menéndez (1999) mostra que os conjuntos sociais latino-americanos tendem a se organizar para prover estratégias que lhes permitam enfrentar, conviver ou solucionar os seus padecimentos mediante a produção e utilização de diferentes estratégias de atenção à saúde oriundas, tanto da cultura popular quanto da medicina científica. A este conjunto de ideias e práticas o autor chama de sistema de autoatenção à saúde.

Menéndez (1999) afirma ser este um sistema simultaneamente estrutural e dinâmico, que também reforça a autonomia dos sujeitos na seleção de cuidados de saúde. Reconhecer sua existência é um passo essencial para compreender a multiplicidade de estratégias de cura acionadas pela população na busca de resolver seus problemas de saúde, sejam reais ou imaginários. Na sua investigação sobre os sistemas de autoatenção o autor mostra que mesmo negados ou marginalizados pelo sistema oficial de saúde, aqueles permanecem amplamente utilizados pela população no âmbito da vida cotidiana. Para além da mera obediência acerca das prescrições de cuidados efetuadas pelos diversos agentes de cura, as estratégias de autoatenção favorecem a manutenção do controle e da autoridade das famílias sobre os corpos de seus membros, sobre a condição de estar no mundo e os processos de cura que prioriza (Menéndez, 2003).

Dentre as razões para tal, Menéndez aponta que os grupos populares entendem o processo saúde-doença como primordialmente social, transcendendo, em muito, a dimensão biológica que costuma orientar a ação médica. Em tais circunstâncias o cuidado biomédico é visto como limitado, por incapaz de suprir necessidades afetivas religiosas, culturais, morais econômicas e políticas que perpassam o adoecimento humano (Menéndez, 2003; 2005). Nesse sentido as características dos sistemas de autoatenção demonstram a busca de um tipo de cuidado centrado no sujeito e na prioridade dada aos aspectos subjetivos e valorativos da existência humana. Trata-se de uma concepção próxima àquela cunhada por Ayres (2004; 2009) que situa o cuidado no âmbito de uma compreensão filosófica da saúde, expressa também através de atitudes práticas que implicam na valorização dos sujeitos envolvidos na sua produção e na autonomia e

protagonismo do usuário de serviços de saúde. De acordo com essa ótica, Ayres (op.cit.) propõe que o cuidado deva ser orientado para a felicidade humana, com ênfase no aspecto relacional, ainda que sem descurar das dimensões técnicas inerentes ao trabalho em saúde.

Menéndez (2003; 2005) também diferencia a autoatenção do autocuidado. O autor caracteriza o autocuidado como execução de prescrições médicas a serem incorporadas ao cotidiano dos indivíduos visando a prevenção de doenças específicas. Ainda que sejam necessárias, tais atividades, que consistem em simples replicação dos saberes dominantes no plano individual e não detêm a potência necessária ao empoderamento dos sujeitos. Já a autoatenção envolve as produções de coletivos sociais que atribuem sentidos culturalmente partilhados aos sofrimentos individualmente vivenciados, orientando assim as condutas adotadas pelos doentes e suas famílias.

Nesses contextos a população tende a perceber suas necessidades e atividades de busca de cura como parte de um amplo sistema de representações e práticas de saúde, no interior do qual lança mão de certos elementos que guiam sua busca de recuperar a condição saudável. O consorciamento de alternativas oficiais e populares ou tradicionais é corrente, mesmo que isso seja ignorado - ou recusado - pelos agentes oficiais de cura para quem a adoção de procedimentos biomédicos exclui a necessidade de interveniência de outros sistemas de cura e cuidados (Menéndez, 2003).

Tais elementos teóricos guiarão a interpretação dos cuidados de saúde materna desenvolvidos na localidade estudada, a comunidade Santa Margarida, onde o encontro de diferentes sistemas de atenção à gestação é rotineiro. A análise dos dados buscará apreciar a intercessão entre a *praxis* das parteiras ali residentes, que exemplificam os modos de atuar do sistema local de autoatenção, e as ações de atenção primária à saúde (APS) desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família (ESF) na unidade móvel fluvial que mensalmente atende a população estudada, e em particular as mulheres grávidas.

Considerado o desconhecimento das situações sociais existentes na chamada Amazônia profunda, o escrutínio detalhado de realidades locais mostra-se estratégia necessária para apreender tal diversidade e aprimorar o desenho esquemático que emerge da PNAB 2012, no que diz respeito à saúde das populações rurais e ribeirinhas da região.

2. Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso (Yin, 2001) desenvolvida em uma comunidade rural localizada às margens do Rio Negro, na fronteira entre os municípios de Manaus e Novo Airão, Amazonas. A localidade é classificada pelo IBGE como zona rural do município de Manaus, embora o deslocamento para Novo Airão se

faça necessário para alcançar Santa Margarida. Esta localidade conta com 28 famílias, que perfazem pouco mais de 100 residentes.

No recorte selecionado para este artigo foram priorizados os dados relativos às principais produtoras de cuidado comunal à gestação e ao parto, que são as duas parteiras da localidade, entendidas aqui como agentes de um dos sistemas de cuidados acessíveis aos moradores de Santa Margarida. As parteiras são mulheres que por curiosidade, necessidade, religiosidade ou dom têm uma importante atribuição social em localidades rurais amazônicas, ainda nos dias de hoje (Cardoso e Nascimento, 2017). Elas descrevem seu trabalho como *pegar os meninos*, que nasceram e nascerão na região. A atuação dessas mulheres nas comunidades amazônicas vem sendo estudada por pesquisadores como Garnelo (1993), Fleischer (2007; 2008), Nascimento et al. (2009), Dias-Scopel (2014), Cardoso e Nascimento (2017), Borges, Silva e Pinho (2009), Borges, Pinho e Guilhen (2007) e Ferreira (2013), havendo um relativo consenso na literatura disponível de que elas devem ser compreendidas como produtoras de cuidados ao longo de todo o processo da capacidade reprodutiva feminina de fecundar, gestar e parir.

Outro vetor de cuidado disponibilizados para a população de Santa Margarida é a Unidade Básica de Saúde Fluvial, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, cuja Equipe de Saúde da Família (ESF) provê atendimento itinerante à população residente. A equipe embarcada oferece atendimento médico, odontológico e de enfermagem, além de serviços laboratoriais. Dentre as atividades prioritárias no cuidado ofertado pela ESF incluem-se a atenção ao pré-natal, a oferta de puericultura e de ações de controle a condições crônicas que agravam a saúde (BRASIL, 2017).

O estudo abrangeu a observação do itinerário terapêutico de gestantes e do contexto social da comunidade, além de entrevistas abertas com as duas parteiras que vivem e atendem mulheres na localidade. Para o presente artigo foram selecionados somente os dados relativos aos cuidados à saúde reprodutiva ofertados pelas parteiras, bem como a interseção de suas práticas com as da UBSF que atende na localidade. Dados relativos à organização e oferta do pré-natal pela UBSF serão objeto de outra publicação.

A coleta de dados para esta fase foi realizada através de observação e entrevistas realizadas mediante um total de 96 horas de trabalho de campo. Os dados coletados foram registrados em caderno de campo e em entrevistas audiogravadas. Estes foram transcritos e a análise foi conduzida através do método de interpretação de sentidos (Gomes, 2009) a partir de leituras compreensivas do material coletado, seguidas de organização e interpretação das falas. Os dados gerados no campo foram categorizados em três unidades

de significado: Ser-parteira; Cuidados na gestação: o pré-natal; e O acesso a novos espaços: o parto hospitalar.

Os resultados aqui discutidos são parte de uma pesquisa maior que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, atendendo à Resolução nº 510/2016.

3. Resultados e Discussão

Breve caracterização de Santa Margarida

A comunidade de Santa Margarida, ainda que faça parte da zona rural de Manaus, é uma das localidades mais longínquas deste município, distando em linha reta em cerca de 100 km da capital. Como o deslocamento é exclusivamente fluvial o curso natural do rio com suas curvas características, amplia significativamente a extensão a ser percorrida. Com população de cerca de 100 pessoas, os moradores locais se organizam em quatro grupos familiares principais que estão na comunidade desde sua fundação, exercendo controle político sobre o local; as alianças interfamiliares são reforçadas por relações de compadrio, nas quais as parteiras exercem forte influência. Tradições caboclas e crenças derivadas de culturas indígenas permeiam as interpretações sobre a saúde e a doença, ainda que tais produções culturais venham sendo redimensionadas pelo cosmopolitismo urbano, intensificado pela crescente mobilidade dos jovens e adultos para a capital do Amazonas.

A mobilidade dos habitantes de Santa Margarida é elemento de interesse no entendimento das condições de acesso e uso de serviços de saúde. Como o deslocamento é exclusivamente fluvial, as canoas e botes motorizados são bens de consumo desejados e a maioria das famílias residentes possui pelo menos um desses veículos. O tipo e a potência desses meios de transporte têm implicação direta no tempo de locomoção necessário para a busca de atendimento à saúde, variando bastante de acordo com velocidade do meio de transporte empregado. A chegada a Manaus pode variar de 6 a 11 horas, ao passo que para alcançar Novo Airão, a sede municipal mais próxima, gasta-se entre 1 a 3 horas. Além potência e velocidade alcançada pelo tipo de motor utilizado, a variação no tempo de deslocamento se deve também a condições climáticas como chuva e vento e à vigência de estação de cheia ou vazante dos rios. No período de estiagem a redução do volume d'água dificulta a navegação e obstaculiza o acesso aos atalhos naturais existentes na cheia dos rios, o que aumenta o tempo necessário para percorrer um mesmo trajeto.

Aos fatores tempo e velocidade de deslocamento para a busca de serviços de saúde localizados fora do espaço rural, devem ser adicionados os obstáculos econômicos, como

gastos com combustível e, para as famílias que não dispõem de meios próprios de transporte, os custos de frete numa embarcação que desloque as grávidas e os doentes, já que não há garantia de transporte sanitário. Tais situações implicam negativamente no acesso e uso dos serviços oficiais de saúde pela população de Santa Margarida, o que também favorece a perpetuação dos sistemas locais de autocuidados e justifica a adesão ao atendimento volante feito pela Unidade Básica de Saúde Fluvial mantida pela Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, ainda que o atendimento desta seja restrito a uma tarde a cada mês.

A importância das parteiras pode ser exemplificada pelo fato de que o nome da comunidade homenageia a parteira mais antiga e reconhecida naquela região, que é dona Margarida. Nascida em Manaus e criada “nas brenhas do Rio Negro”, atuou como parteira desde os 20 anos, ofício aprendido com sua mãe e, principalmente, com sua madrinha. Dona Margarida não possui estudo formal e ao longo dos anos seu principal meio de vida foi a costura, através da qual garantiu renda para sua sobrevivência e de seus cinco filhos. De acordo com seu relato quando não estava atuando como parteira precisava ficar sempre com “o pé na máquina”, para sustentar a casa. Com 83 anos, já não exerce suas antigas funções como parteira e costureira. Alega limitações de saúde, pois diz não mais enxergar como antigamente.

Atualmente a parteira com maior atuação na comunidade é dona Dora, de 44 anos. Sua família também participou da criação da comunidade, resultando numa condição de prestígio que também favorece a ocupação dos espaços de poder. Seu irmão é presidente da associação que defende os interesses da comunidade e a escola leva o nome de sua mãe. Ali dona Dora trabalha como merendeira, cargo adquirido através de votação em assembleia na associação comunitária. Ela pariu sozinha, em parto domiciliar, todos os filhos que teve e diz que aprendeu a ser parteira porque sempre foi curiosa. Acredita que por este motivo dona Margarida passou a chamá-la para acompanhar os partos que assistia e assim ela aprendeu o ofício no qual atua há cerca de 10 anos. Segundo conta, cada parteira tem “seu dom”; no caso dela suas habilidades se estendem também a “puxar desmintidura” (uma tradicional terapia manual que visa “colocar os ossos no lugar”, particularmente em casos de trauma). Ainda que considere a resolução das desmintiduras uma tarefa gratificante, sua maior satisfação é a emoção é “ver uma criança ver o mundo e salvar ela”. Tal como dona Margarida o ofício de parteira não lhe garante o sustento, razão pela qual mantém o vínculo de merendeira da escola local.

Para a população de Santa Margarida o acesso aos cuidados à saúde materna é efetivado através da atuação das parteiras, de atendimento em Manaus ou Novo Airão, via de regra buscando consultas especializadas ou atendimento hospitalar e pelo atendimento feito pela unidade móvel (a UBSF) da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, que mensalmente oferta ações de atenção primária à saúde na comunidade. Um dia antes da chegada do “barco” o diretor e a agente comunitária de saúde (ACS) que atuam no posto da comunidade fazem uma triagem dos interessados em consultas e efetuam a distribuição das chamadas fichas. Estas são pequenos pedaços de papel cartão cuja posse atesta a chancela para receber algum tipo de atendimento no turno vespertino do dia seguinte, incluso aí o atendimento às gestantes. Tal dinâmica é relativamente nova. Segundo relatos dos moradores de Santa Margarida é bem recente a inclusão desta localidade na escala de trabalho da UBSF. Antes que isso ocorresse a busca de atendimento implicava em deslocamento para uma comunidade vizinha, numa viagem que dura 20 a 40 minutos de distância e custa alguns litros de gasolina. Ali, segundo relatam, aguardavam que os residentes fossem atendidos para acessarem o atendimento na UBSF.

Ser-parteira

Eu saí daqui de casa, mana, mas debaixo de um temporal... Ia láá pro Igarapé Pacu pra assistir ela. Trovejava e relampeava na chuva. Foi um filho que ela teve. O cara fez o filho, né? Hoje em dia é marido dela, mas [na época] ele negava que era o pai. Aí ela ficava triste e eu dizia: “minha filha eu não sei de nada, mas se caso tu não tiver quem te acompanhe, eu vou te acompanhar”. - Margarida

O termo *Ser-parteira*, conceito que provém da ontologia heideggeriana, foi aqui utilizado para expressar o modo como as informantes percebem seu labor: não como uma profissão e sim como um modo de *ser-no-mundo*, remetendo a uma compreensão mais profunda da existência. Tal condição tem relação direta com a dimensão material da vida, mas sem se limitar a ela; afetando e é afetada pelo mundo em que o sujeito habita, se caracterizando como subjetividade simultaneamente temporalizada e atemporal, coletiva e singular (Forghieri, 2002; Ayres, 2004). Desta forma, *ser-parteira* diz respeito a uma posição no mundo que supera o vínculo formal de trabalho; alcança dimensões éticas e afetivas que guiam a modo de atuar e viver da parteira e não se limita aos conhecimentos técnicos obtidos através de treinamentos, sendo sentida pelas mulheres que a praticam como um dom (Borges, Santos e Pinto, 2009; Cardoso e Nascimento, 2017).

Para Garnelo (1993) e Fleischer (2007) o dom de partejar pode ser revelado por uma parteira mais experiente, um sonho ou, ainda, descoberto ao realizar-se o primeiro

parto em uma situação de emergência. O caso das parteiras de Santa Margarida assemelha-se a primeira alternativa citada; ambas foram escolhidas por uma mulher experiente, cujo trabalho observaram antes da realização de seu primeiro parto.

Ao longo do processo de tornar-se parteira firma-se o compromisso com o bem-estar das mulheres que cuida, resultando em via de regra, em forte vínculo entre aquela que sente ser sua responsabilidade “não deixar as suas parceiras morrerem” e a recém-parida. O cuidado oferecido pelas parteiras é afetivo e longitudinal. Elas reconhecem as dificuldades na vida das mulheres que atendem, seu lugar social, relacionamentos e necessidades; e se sentem responsáveis pelas mães e crianças que ajudam a trazer ao mundo. Uma das entrevistadas afirma ter buscado, junto aos vizinhos, peças de enxoval para uma das crianças cuja mãe se encontrava em situação particular de penúria: “Depois do menino nascer foi preciso que nós andássemos de casa em casa para arranjar roupa”. Assim, a relação entre parteiras e gestantes se distingue, em abrangência e em caráter, do tipo de cuidado pré-natal ofertado pelo sistema oficial de saúde, mediado essencialmente pela técnica.

O vínculo é reforçado a cada nova gestação na família e cultivado num sistema de cuidados que se estende do início da gestação até o resguardo, ou seja, o período de 40 dias subsequente ao parto. Ao longo da gestação podem ser ofertados chás, remédios caseiros, banhos, conselhos, orientações alimentares e a “puxação”, que é o termo usado para descrever os toques feitos pela parteira na barriga da gestante, visando melhor posicionar a criança no ventre. Após o parto o cuidado se prolonga no mínimo por uma semana, ainda que todas considerem que o ideal seria permanecer por todo o resguardo.

Dentre as possíveis consequências de um resguardo mal cumprido está a “quebra de parto” da mulher que faz algo proibido nessa fase da vida. Quando ocorre, entende-se resultar em sintomas que podem variar de dores que persistem ao longo da vida, até a loucura. A fim de evitar tais ocorrências, as parteiras costumam estar presentes na primeira semana de vida da criança. Neste período, elas auxiliam a mãe com a amamentação, no preparo da alimentação, no cuidado com a casa e roupas da mãe e recém-nascido, fazendo uma circunscrição do cotidiano para desestimular atividades que possam resultar em “quebra de parto”. O preparo da comida, especialmente selecionada para o período de resguardo, é objeto de zelo particular, por ser considerada uma das maiores fontes de perigo para mãe e criança. Tais nuances do cuidado ofertado pela parteira estão alinhadas ao sistema de crenças sobre a saúde reprodutiva humana, partilhadas pelas pessoas de Santa Margarida e por outras comunidades amazônicas

conforme atesta a literatura (Garnelo, 1993; Fleischer, 2008; 2009; Nascimento et al., 2009).

A longitudinalidade do cuidado, que tem um lugar central ao *ser-parteira*, faz com que ele ultrapasse a gravidez e se mantenha ao longo das vidas femininas, sendo reforçada pelos laços de comadrio e pela convivência prolongada na comunidade. São condições que promovem uma ascendência moral da parteira sobre as mulheres assistidas, bem como sobre as crianças que ela trouxe ao mundo, instituindo laços que cruzam várias gerações.

Entre outras singularidades de Santa Margarida é perceptível a pouca frequência dos benzimentos, comuns na Amazônia, para curar “quebranto” e outros males. Tal ausência pode estar ligada à forte presença de igrejas evangélicas na região. Segundo dona Margarida: “tem muita gente que a gente quer rezar, mas eles são crentes e não gostam disso não”. Assim, o cuidado ofertado é adaptado ao cotidiano, às expectativas morais e às necessidades das pessoas por elas assistidas.

A dinâmica da mudança social é exemplificada na relação das curadoras com a noção de quente/frio. O efeito da exposição do corpo quente ao frio do ambiente foi tratada por Garnelo (1993), que demonstrou um importante vínculo entre a entrada do frio no corpo e a origem de diversas doenças da feminilidade em culturas caboclas. Nos dias atuais Dona Margarida relembra que sua mãe – também parteira – costumava orientar as mulheres paridas a ficarem dentro do quarto fechado, com cabeça, ouvido e pernas cobertas, para prevenir a entrada do frio no corpo. Contudo, a parteira, afirma que “no meu tempo eu não quis mais isso não”, ainda que reafirme a importância de evitar a entrada do frio no corpo durante o resguardo. Já dona Dora, a parteira mais nova, não menciona quaisquer cuidados para a prevenção deste mal. Contingenciadas pela relação com o meio social circundante as parteiras têm suas atividades impactadas pelas mudanças que afetam o mundo do trabalho das mulheres atendidas, que não mais têm condições de passar 40 dias fechadas em casa, redimensionando as características do cuidado que a elas ofertam.

Uma vez que sua atividade é concebida como dom, as parteiras reafirmam, com orgulho, o não recebimento de qualquer retribuição financeira pelo trabalho de partejar. Ainda assim, têm que sobreviver e os meios podem vir através dos laços familiares, troca de favores e ganhos sociais indiretos. Porém observou-se ser necessário buscar outras fontes de renda para o sustento da própria família; Margarida ganhou a vida como costureira autônoma, enquanto Dora é assalariada como merendeira da escola.

Esta diferenciação de tarefas diz respeito não apenas à composição da renda familiar das mulheres, mas também à possibilidade de gerenciamento do próprio tempo. Se o trabalho autônomo permitia à Margarida ficar cerca de uma semana ou mais, na residência da parida acompanhando o resguardo, o vínculo formal de Dora impossibilita esse regime de cuidados. Ela tem que negociar seus horários de trabalho a fim de cumprir seus deveres junto à família da parida, já não podendo ficar em suas casas em tempo integral, conforme a expectativa local.

Ainda que continuamente atravessado pelas demandas de um viver cada vez mais intenso e rápido típico do mundo moderno, o *ser-parteira* permanece ligado a uma ética do cuidado que remete a comportamentos e valores ancestrais dessas populações. No entanto, tais comportamentos e valores não parecem ser apenas cerceados pela modernidade, podendo ser também potencializados enquanto expressão de resiliência promotora de vínculos e da saúde (Borges, Silva e Pinho, 2009; Borges, Pinho e Guilhen, 2007).

Em contraponto com os estudos de Fleischer (2008) e Dias-Scopel (2014), as parteiras da realidade estudada não mencionam vínculos formais de trabalho com a rede de Atenção Primária à Saúde. Contudo, para além de mudanças dadas pela possibilidade de emprego no sistema de saúde, são perceptíveis as adaptações do trabalho destas mulheres frente à presença recorrente do serviço oficial de saúde no contexto ribeirinho, promovendo adaptações no labor da parteira.

Cuidados na gestação: o pré-natal

Depois foi que já apareceu esse negócio de ir pro médico, fazer pré-natal. Mas no meu tempo não tinha isso não, mana. Não tinha nada disso não, era a gente mesmo. – Margarida.

A antiga casa de dona Margarida, foi apelidada de “Balbina” pela comunidade, em analogia à uma das grandes maternidades da capital do estado. Segundo a idosa, ao longo de sua atuação não havia “esse negócio de ir ao médico”, nem muitas “regalias” na gravidez. Por este motivo a manutenção da vida e do cuidado à gestante dependia apenas de si e das relações com seus vizinhos. Mesmo que estivesse grávida a mulher não deixava de realizar suas atribuições cotidianas; permanecia partindo lenha, carregando água e fazendo todo o serviço de casa.

A falta de “regalias” não excluía alguns tipos de cuidados característicos do período gestacional. Margarida afirma que mandar “arrumar” (ou “puxar”) a criança era primordial para que ela estivesse na posição certa no momento do nascimento e a mãe tivesse um bom parto. A dietética era e permanece sendo item valorizado do

aconselhamento, se expressando em recomendações para evitar certos tipos de peixe considerados particularmente perigosos; não colocar chave nos seios para afastar a possibilidade de que a criança nascesse com os “lábios rachados”; não deixar bicho com rabo sentar atrás de si para não criar “placenta de rabo”, nem “mangar” (regionalismo que significa fazer críticas jocosas a alguém) de animais, sob o risco deles se vingarem na criança, prejudicando a sua saúde e até a vida.

Já dona Dora, parteira moderna, quando perguntada sobre o que uma mulher necessita fazer para ter saúde na gravidez responde: “Não se estressar muito, ter uma boa alimentação (...) e acompanhar, né? Fazer o pré-natal, fazer os exames; isso aí é certo que ela tem que fazer, né? Quando elas não vão eu ‘ralho’ (brigo) com elas! Às vezes querem jogar bola com buxão; aí eu ‘ralho’ com elas também!”.

A partir dos relatos das parteiras e das comunitárias é possível perceber que a presença mensal da UBSF na localidade já perpassa o cotidiano das gestantes, ofertando ações de atenção ao pré-natal, mas sem deslocar – pelo menos por ora - o lugar e função social das parteiras, em processo similar ao descrito por Ferreira (2013) para as parteiras indígenas. Os cuidados tradicionais característicos do rural amazônico se perpetuam na “puxação”, no uso dos remédios caseiros, na dietética e no comportamento moral recomendado pela parteira, mas sem excluir a frequência ao pré-natal e a adoção das condutas médico-sanitárias prescritas pela equipe de saúde da família.

Porém, se o sistema de autoatenção tem flexibilidade para se adaptar à presença do sistema oficial, o mesmo não parece ocorrer na unidade de saúde. Tomados os depoimentos das parteiras, a única menção a uma interação direta com profissionais que atuam na UBSF foi uma entrevista relatada por dona Dora. Isto teria acontecido porque, segundo sua lembrança, ela teria acertado a posição de um feto, contradizendo os exames físicos feitos pelos profissionais de saúde e o ultrassom. Ainda que o encontro possa expressar algum tipo de reconhecimento da sabedoria e habilidades da parteira, o relato conota mais a curiosidade do profissional do que de um reconhecimento efetivo da parteira como provedora de cuidados e como porta voz de outro modelo de atenção buscado pelas gestantes.

Estes dados condizem com a afirmação de Menéndez (1999; 2003; 2005; 2016) no tratamento de diferentes modelos de atenção vigentes no meio social. O autor reitera que costuma haver pouca ou nenhuma interação entre os agentes de cura, especialmente por iniciativa dos praticantes da biomedicina. Em outras pesquisas, como a de Fleischer (2007), Dias-Scopel (2014) e Ferreira (2013) esta interação – quando existente – parece

ser conflituosa e marcada por padrões de hegemonia e/ou subalternidade. Nos casos estudados por Fleischer, (2007) e Dias-Scopel (2014) as parteiras raramente são chamadas às unidades de atenção primária. Deste modo, as autoras consideram que embora o trabalho da parteira tenha passado por algum tipo de legitimação junto ao sistema oficial de saúde, estas não são consideradas como parte da equipe.

Menéndez (2016) também afirma que as tentativas mexicanas de organização de um cuidado intercultural nas últimas décadas foram falhas; muitas vezes centralizadas em espaços externo às instituições tradicionais; descontextualizadas das mudanças e relações intergrupais pré-existentes e incapazes de levar em conta que a biomedicina é um limitante ao projeto intercultural na fronteira entre os dois sistemas de cuidados. Em tais circunstâncias, um modelo que favoreça a potência de encontros entre estes (e outros) agentes de cura ainda parece ser um desafio a ser cumprido (Menéndez, 2003).

O acesso a novos espaços: o parto hospitalar

Quando nós chegamos na boca do rio, no meio dum temporal, ela disse assim: “Ai Dora, eu vou morrer”. Eu disse: “Não vai morrer não! Tem fé em mim que eu tenho em Deus”. Mana, o vento deu, o bote bateu, aí quando o bote bateu, suspendeu [o barco] e o neném desceu. – Dora.

Tradicionalmente cabe à parteira auxiliar a mulher no momento do parto e a escolha terminológica para descrever sua atuação neste momento é “pegar menino”. Nela transparece a ideia de que se deve respeitar o tempo da criança e o ritmo do trabalho de parto. Como diz dona Margarida trata-se de “deixar vir quando for a hora. Ela prossegue: “minha filha a criança só nasce quando completa os nove meses, os nove dias, as nove horas e os nove segundos. Aí é que a criança nasce. Enquanto não completar esses nove, é besteira”.

A compreensão da parteira para com o ritmo próprio do parto vai ao encontro ao que é veiculado pela Política Nacional de Humanização do Parto (Brasil, 2000), ainda que a terapeuta popular não paute suas condutas pela lógica dos manuais do governo. A política de humanização preconiza condutas acolhedoras e não-intervencionistas (Brasil, 2000; 2014), as quais, apesar dos esforços governamentais, não vêm ocorrendo conforme preconizado. Pesquisas recentes, como a de Leal et al. (2014), apontam a elevada prevalência de intervenções obstétricas desnecessárias que aceleram o parto, realizadas muitas vezes como rotina mesmo quando contraindicadas.

A fala das parteiras denuncia que no ambiente hospitalar “botar o dedo na mulher” (fazer o toque para verificar a abertura do colo de útero) repetidas vezes e “cortar” a vagina (episiotomia), continuam a fazer parte do atendimento cotidiano, em que pese as

recomendações contrárias dos especialistas. Já o parto hospitalar parece gerar opiniões divergentes entre as comunitárias, sendo considerado tanto como fonte de segurança pela presença do médico e dos equipamentos especializados, quanto um lugar estranho, frio e produtor de sofrimento. Mas, para além da preferência da gestante, outros fatores também influenciam a escolha pelo parto hospitalar, como por exemplo a indicação de ida à maternidade feita pelo profissional da equipe de saúde da família, seguida com mais fidelidade pelas gestantes mais jovens.

Porém nem sempre é viável segui-las, já que a chegada na cidade depende das condições financeiras da gestante, devido aos expressivos os custos implicados no deslocamento. Não há linhas regulares de transporte para municípios próximos. Então a busca do parto hospitalar impõe requisitos como a disponibilidade de bote, de combustível e de um acompanhante. Tais despesas exigem que a gestante tenha algum dinheiro reservado, caso contrário se tornará estritamente dependente de que as relações solidárias na comunidade sejam suficientemente fortes para garantir os meios de cruzar os rios até chegar ao hospital com um mínimo de segurança.

O acesso ao hospital se faz através de itinerários complexos, mediados pelo lugar social e prestígio da mulher (e de sua família) na comunidade, pelas condições climáticas durante o trajeto e pela necessidade de ser logo admitida na maternidade. Chegar no hospital em período avançado do trabalho de parto é estratégia crucial para evitar recusa do pessoal médico em interná-la se estiver em fase inicial do trabalho de parto. Caso isso ocorra a mulher será obrigada a enfrentar o longo percurso de retorno para casa, sofrendo com as dores do parto. Até que chegue de volta em casa o parto certamente terá avançado, obrigando-a a mover-se outra vez para a cidade.

Outra alternativa, igualmente inconveniente, será pagar hospedagem na cidade, penalizando a família com uma despesa adicional, para a qual não costuma haver dinheiro. Ambas possibilidades são temidas pelas gestantes, levando-as a tomar a arriscada decisão de aguardar em casa até o início – e muitas vezes até uma fase avançada – do trabalho de parto para então iniciarem seu deslocamento rumo à maternidade. Ao fazê-lo sabem que percorrerão todo o trajeto fluvial que liga a comunidade ao hospital sofrendo as dores do parto.

Tais razões tornam a parteira uma companhia valorizada, pois esta saberá como agir emprestando segurança à parturiente se o parto ocorrer antes da chegada à cidade. Nas situações em que a distância até o hospital é “vencida pela força do parto” a parteira terá que “pegar” a criança no próprio percurso. Tais condições assustadoras não são

incomuns, tal como se observa no relato que serve de epígrafe a esta seção, em que o parto foi feito no próprio bote durante viagem para o para o hospital, forçando parteira, mãe e criança a enfrentarem a chuva, a trepidação do motor e os temporais durante o nascimento.

Se a chegada até o hospital for bem-sucedida ainda pode caber mais uma função à parteira: a de acompanhar a gestante no hospital. Desde 2005, a lei do acompanhante garante a presença, em todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, de uma pessoa à escolha da parturiente (Lei 11.108/2005). Na realidade estudada as parteiras costumam ser escolhidas como acompanhantes, por serem vistas como capazes de “apoiar” e “defender” as gestantes, em situações interpretadas por estas como violência obstétrica. Dona Dora afirma: “Quando eu vejo alguém maltratar, eu digo que não é assim. É que já tenho uma experiência, né? Quando chega na maternidade tem gente que quer judiar! Eu digo [para os profissionais da saúde]: Ah, não faz assim não, porque eu sei também um pouquinho”.

4. Considerações Finais

A interseção entre os conhecimentos tradicionais das parteiras e os cuidados de saúde prestados pelo poder público para a população rural se efetiva num cenário social multifacetado. Para além dos conhecimentos e práticas das parteiras e dos representantes do sistema oficial em saúde, emergem nessa interação as necessidades das gestantes da comunidade. Estas forjam um sistema de autoatenção que transita por ambos modelos, conectado com a ancestralidade, mas progressivamente chamado a operar novos modos de compreender e lidar com a saúde. As situações de saúde encontradas em Santa Margarida exemplificam as buscas por novas tecnologias de atendimento que correm pari passu à necessidades atemporais de atenção e calor humano, suporte afetivo e moral que não podem ser supridas somente através da atenção programática à gestação.

Em cenários rurais progressivamente influenciados pela vida urbana a hegemonia biomédica pode levar à supervalorização dos procedimentos fundamentados na técnica obstétrica, mas também limitados por ela quando desconhecem formas alternativas de produzir o cuidado. No dia a dia dos hospitais não é incomum a ocorrência de intervencionismo exagerado, de iatrogenia e de desatenção com os aspectos psicoafetivos e sociais relacionados ao processo de gestar e parir, apesar dos avanços na política de humanização ao parto. Em contraponto, o cuidado ofertado pelas parteiras parece isento dessas características, em que pese o crescimento da interação com o sistema oficial de saúde. Os achados resultantes da aproximação com a realidade estudada, reforçados pelas

conclusões de outras pesquisas que trataram da atuação de parteiras na Amazônia, sugerem que o cuidado por elas ofertado tira sua força das matrizes culturais caboclas e dos vínculos cotidianos e longitudinais que moldam o labor da parteira junto àquelas que assiste (Dias-Scopel, 2014; Fleischer, 2007; 2008; Garnelo, 1993; Nascimento et al., 2009; Borges, Silva e Pinho, 2009).

Os pressupostos éticos que guiam o cuidado produzido e vivenciado no sistema de autoatenção ativado em Santa Margarida aproximam-se, ainda que por vias indiretas e sem relação de causa e efeito, daquilo que é recomendado pelo movimento de humanização na saúde (Deslandes, 2006) e devem ser levados em conta nos planos e programas de ação do sistema de saúde. Longe de polarizar sobre os potenciais conflitos entre os dois sistemas de atenção aqui investigados, utilizaremos aqui a fala de Ayres (2009), para afirmar que embora a técnica colabore para o desenvolvimento do cuidado em saúde, esta deve ser vista como elemento acessório e não como a principal mediadora do cuidar.

A compreensão do outro enquanto *Ser* surge favorecida na práxis das parteiras. O tipo de atendimento que ofertam e a sabedoria que distribuem parecem condizer com os princípios que regem a integralidade do cuidado, operando também como amortecedores da violência obstétrica quando a parteira dispõe de espaço para exercer tal papel. No entanto, ainda que elas tenham readequado e permeabilizado suas práticas à presença do sistema oficial de saúde, parece ser fraca a interação entre elas e os profissionais que atuam na equipe de saúde da família que assiste Santa Margarida. Olhados a partir da perspectiva da comunidade estes parecem distantes e talvez desatentos da dinâmica social da localidade, além de desconhecedores da profundidade e da importância de atuação e da credibilidade que as parteiras gozam entre as famílias que ali vivem.

Dentre os limites desse estudo destacamos que foram enfocados neste artigo apenas as concepções e práticas das parteiras e de comunitários. Ou seja, para o recorte feito para este artigo ainda não foram utilizados materiais oriundos de falas e da observação da atuação dos profissionais de saúde que atuam na UBSF local. A pesquisa ainda está em curso e novas informações serão geradas com a sistematização de dados já coletados junto aos distintos atores que atuam no cenário rural de interesse da pesquisa.

Contudo, trata-se de material relevante pelo potencial de oferta de subsídios para o aprimoramento das políticas de saúde dirigidas às populações rurais em geral, e da Amazônia em particular, auxiliando na correção de rumos de um Sistema Único de Saúde voltado essencialmente para os espaços urbanos, o qual relegou a um plano secundário os

residentes em áreas remotas e/ou de difícil acesso. O redirecionamento feito pela PNAB 2012 se limita à oferta de financiamento para a aquisição ou construção das unidades móveis e incentivo à formação de equipes fluviais de saúde da família. Ele carece de propostas de reordenamento nas rotinas assistenciais para adequá-las, não apenas ao regime itinerante de atendimento previsto na PNAB, mas também às singularidades das necessidades de saúde das populações rurais.

O conhecimento das formas de sociabilidade amazônicas e dos sistemas de autoatenção ali vigentes permite escrutinar condições de acesso e uso dos serviços, representando passo importante para um futuro reordenamento das estratégias e práticas de organização dos serviços aproximando-as das necessidades e modos de vida das populações rurais amazônicas.

5. Referências

ARENZ, K. H. Anticabocismo. *Revista de estudos de cultura, Sergipe*, v. 3, p. 27–38, 2015. Disponível em: <<https://seer.ufs.br/index.php/revec/article/view/4770>> Acesso em: 10 out. 2018.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 8, n. 14, p. 73–92, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1414-32832004000100005&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 10 out. 2018.

_____, J. R. D. C. M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 08 Jun 2000, Seção 1, Páginas 4, 5 e 6.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 set 2017. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031>

_____. Ministério da Saúde. Humanização do Parto e Nascimento. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf> Acesso em: 02 set. 2018.

BORGES, M. D. S.; PINHO, D. L. M; SANTOS, S. M. D. As representações sociais das parteiras tradicionais e o seu modo de cuidar. *Cadernos Cedes*, Campinas, v. 29, n. 79, p. 373-385, 2009. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-3262200900030000>>. Acesso em: 14 dez. 2018.

BORGES, M. D. S.; PINHO, D. L. M.; GUILHEN, D. A construção do cuidado das parteiras tradicionais: um saber/fazer edificante. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 3, p. 317-322, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300013>>. Acesso em: 10 out. 2018.

CARDOSO, M.; NASCIMENTO, R. The dom for the craft and the gift from god: ethnographic explorations among the traditional midwives of santana. *Vibrant – Virtual Brazilian Anthropology*, Brasília, v. 14, n. 2, e142021, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1809-43412017v14n2p021>>. Acesso em: 14 dez. 2018.

DESLANDES, S. F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 33-48.

DIAS-SCOPEL, R. P. A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku. 2014. Tese. (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2014.

FERREIRA, L. O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 203-219, 2013. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702013000100011>>. Acesso em 14 dez. 2018.

FLEISCHER, S. Come on my child, let's have some massage? "Puxação", midwives and reproduction in Melgaço, Pará. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 889–898, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000300011>>. Acesso em: 28 set. 2018.

FLEISCHER, S. Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço-Pará. Tese. (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FORGHIERI, Y. C. *Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

FRAXE, T. J. P. et al. Os povos amazônicos: identidades e práticas culturais. In: PEREIRA, H. S. (Org.). *Pesquisa interdisciplinar em ciências do meio ambiente*. Manaus: EDUA, 2009. p. 23-53.

GARNELO, M. L. *Fazendo parto, fazendo vida: doença, reprodução e percepção de gênero na Amazônia*. Dissertação. (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1993.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S. (Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28ª ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. p. 67-80.

IMAZON. *Índice de Progresso Social na Amazônia brasileira: IPS Amazônia 2014*. Belém: IMAZON, 2014. Disponível em: <

1.amazonaws.com/ipsx.tracersoft.com.br/documents/IpsAmazonia_2014_Final.pdf>.
Acessado em 18 fev. 2017.

LEAL, M. do C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>> Acesso em: 01 ago. 2018.

LIMA, D. M. A construção histórica do termo caboclo: sobre estruturas e representações sociais no meio rural amazônico. *Novos Cadernos do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos*, Belém, v. 2, n. 2, p. 5-32, 1999. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5801/ncn.v2i2.107>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

MENÉNDEZ, E. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, Iztapalapa – México, v. 4, n. 7, p. 71–83, 1999. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

_____, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185–207, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>>. Acesso em: 20 ago 2017.

_____, E. L. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, Madrid – España, v. 8, n. 1, p. 38, 2005. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/838/83801402.pdf>> Acesso em: 15 set. 2018.

_____, E. L. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 109–118, 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>>. Acesso em: 24 nov. 2018.

NASCIMENTO, K. C. D. O et al. The art of attend the birth: experience in care of traditional midwives at Envira/AM. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 319–327, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200012>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

NEVES, D. P. Os ribeirinhos-agricultores de várzea: formas de enquadramento institucional. *Novos Cadernos do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos*, Belém, v. 12, n. 1, p. 67-92, 2009. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5801/ncn.v12i1.281>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

SCHWEICKARDT, C.; MARTINS, L. R. História das políticas de saúde no Amazonas: da zona franca ao SUS, 1967-1990. In: SCHWEICKARDT, J. C. et al. (Orgs.). *História e política pública de saúde na Amazônia*. 1. ed. Rede UNIDA: Porto Alegre, 2017, p. 17-42.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender o cuidado – ontológico, intersubjetivo e autônomo – à gestação em Santa Margarida, significou, também, buscar reconhecer esta pequena localidade com pouco mais de 100 habitantes, seu modo de vida e peculiaridades. Esta, assim como outras 33 localidades rurais no trecho do Rio Negro entre Manaus e Novo Airão, é permeada por saberes tão antigos quanto a própria ocupação deste território que, junto a lutas políticas, foram necessários para sua contínua reprodução social. Assim, elegemos a gestação como objeto de pesquisa – que existe enquanto fenômeno biológico e expressão da construção social.

A partir do referencial de autoatenção proposto pelo antropólogo Eduardo Menéndez, nos propomos a reconhecer as representações e práticas em saúde realizadas a partir deste fenômeno, o que implicou em identificar os elementos deste sistema, a saber: familiares, parteiras, profissionais de saúde e membros de instituições religiosas, além de hospitais/maternidades e clínicas populares na zona urbana. Com uma entrada cada vez maior de conhecimentos biomédicos em uma localidade cuja própria existência é baseada no conhecimento ancestral de parteiras, as participantes da pesquisa tecem uma complexa teia entre estes elementos que desvelou itinerários onde a multiplicidade de cuidados envolvidos e riscos e benefícios do deslocamento fluvial rural-urbano de modo independente se fazem presentes.

O fluir das mulheres nesses itinerários, que hora são interpeladas por cuidados – que vêm – e hora empreendem busca ativa por estes – que vou, parece em parte desconhecido pelo sistema oficial de saúde. Enquanto modelo de atenção, a UBSF parece ser suficiente no lidar com a maior parte dos fatores biológicos ligados à gestação – há a garantia do atendimento mensal, além da disponibilização de vacinas e exames entregues enquanto a UBSF ainda está *in loco*, favorecendo, inclusive o atendimento de retorno e dispensação de algum medicamento necessário, no mesmo dia – em oposição às longas filas, deslocamento e incerteza do atendimento na zona urbana.

Contudo a construção social e modo de vida que, em muito, orientam as práticas de saúde realizadas neste período parecem ser em grande parte desconhecidas pelo sistema oficial de saúde. Ao resgatar a vivência das mulheres grávidas, pôde-se perceber uma marcada desigualdade de gênero na localidade, associada a pouca autonomia e conhecimento acerca dos próprios direitos sexuais e reprodutivos, cujas políticas públicas

atuais inseridas na localidade não parecem tangenciar. Ainda que relativamente presente na localidade ao longo do mês, a APS parece acontecer, principalmente, na presença mensal dos profissionais de Ensino Superior – em tempo e vínculo insuficiente para que algumas das nuances destes itinerários possam ser compreendidas. Por este motivo, propomos o reconhecimento deste sistema, também, por estes profissionais – não no sentido de excluir uma ou outra forma de atenção, mas de compreender os processos envolvidos no cuidado à saúde. Compreendemos que, deste modo, seria possível produzir saúde de forma, cada vez mais, integral e culturalmente competente.

Esperamos que os dados aqui apresentados possam contribuir para que se reflita acerca da prática de cuidados em saúde, bem como nas potencialidades da UBSF enquanto importante modelo de atenção mediante os obstáculos para se garantir saúde na área rural. Enquanto limites e possíveis desdobramentos deste estudo apontamos a inexistência de entrevistas com os profissionais de saúde da unidade, cujo olhar poderia contribuir para a compreensão da dinâmica do sistema de autoatenção. O mesmo aconteceu com os voluntários de Ongs que ofertam cuidados em saúde, compreender suas motivações e a possibilidade de diálogo com o sistema oficial de saúde poderia, também, fazer valer algumas das necessidades de saúde da população de Santa Margarida.

7. REFERÊNCIAS GERAIS

ABRIC, J. C. A zona muda das representações sociais. In: OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, P. H. F. Representações sociais: uma teoria sem fronteiras. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005.

ABRIC, J. C. A. Las representaciones sociales: aspectos teoricos In: ABRIC, J. C. A. Prácticas sociales y representaciones. Coyoacán: Ediciones Coyoacán, 2001.

ALKEMA, L. et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*, v. 386, n. 10017, p. 462-474, 2016. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00838-7/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00838-7/abstract)>. Acesso em: 01/07/2018.

ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. Representações e práticas sociais: contribuições teóricas e dificuldades metodológicas. *Temas em Psicologia SBP*, v. 8, n. 3, p. 257-267, 2000. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2000000300005. Acesso em: 04/05/2018.

ALVES, P. C. Itinerário Terapêutico e os nexos de significados da doença. *Revista de Ciências Sociais*, n. 42, p. 29-43, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/23308>. Acesso em: 12/05/2018.

ALVES, P. C. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: GERHARDT, T. E. et al. (Orgs.) *Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2016.

ALVES, P. C.; RABELO, M. C. O status atual das ciências sociais em saúde no Brasil: tendências. In: ALVES, P. C. RABELO, M. C. (Orgs.). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro, editoras Fiocruz e Relume Dumará, 1998.

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M., ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. (Orgs.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 264 p. ISBN 85-85676-68-X

ANGROSINO, M. *Etnografia e observação participante*. Tradução José Fonseca. Porto Alegre: Artmed, 2009

ARENZ, K. H. Anticabocismo. *Revista de estudos de cultura, Sergipe*, v. 3, p. 27-38, 2015. Disponível em: <<https://seer.ufs.br/index.php/revec/article/view/4770>> Acesso em: 10 out. 2018.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 6, 21 jun. 2018.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, n. 19 (Sup. 2), p. 465–469, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1414-32832004000100005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02/02/2018.

AYRES, J. R. C. M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v10n3/a13v10n3.pdf>. Acesso em 02/02/2018.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000100005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 02/02/2018.

AYRES, J. R. C. M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-73312007000100004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 02/02/2018.

BORGES, M. D. S.; PINHO, D. L. M.; GUILHEN, D. A construção do cuidado das parteiras tradicionais: um saber/fazer edificante. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 3, p. 317-322, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300013>>. Acesso em: 10 out. 2018.

BORGES, M. D. S.; PINHO, D. L. M.; SANTOS, S. M. D. As representações sociais das parteiras tradicionais e o seu modo de cuidar. *Cadernos Cedes*, Campinas, v. 29, n. 79, p. 373-385, 2009. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-3262200900030000>>. Acesso em: 14 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal – Brasília, Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_norm al.pdf. Acesso em: 03/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. 1. ed.; 1. reimp. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf>. Acesso em: 03/07/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 05/07/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 569 de 01 de junho de 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 06/07/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 06/07/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto: humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em 06/07/2018.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas. In: POPE, C.; MAYS, R. (Orgs.) Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde. Tradução: Ananyr Porto Fajardo. Porto alegre: Artmed, 3ª edição, 2009.

BUCHILLET, Dominique. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: _____. *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CEJUP/UEP, 1991. p. 21-44. Disponível em: <http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers14-09/35311.pdf>. Acesso em: 10/04/2018.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 11, p.:4433-4442, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>. 15/04/2018.

CABRAL, C. DA S. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 4, p. 1093–1104, dez. 2017.

CABRAL, F. B.; HIRT, L. M.; VAN DER SAND, I. C. P. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 2, p. 281–287, abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200002&lng=pt&tlng=pt

CARDOSO, L. S. M.; MENDES, L. L.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 17, n. 1, p. 85-92, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/58>>. Acesso em: 20/06/2018.

CARDOSO, M.; NASCIMENTO, R. The dom for the craft and the gift from god: ethnographic explorations among the traditional midwives of santana. *Vibrant – Virtual Brazilian Anthropology*, Brasília, v. 14, n. 2, e142021, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1809-43412017v14n2p021>>. Acesso em: 14 dez. 2018.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Revista saúde pública de Brasília*, v. 65, n. 2, 2014. Disponível em: <http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581>. Acesso em 15/06/2018.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000200021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04/11/2017

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 1991.

CITELI, M. T.; SOUZA, C. DE M.; PORTELLA, A. P. Reveses da anticoncepção entre mulheres pobres. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Eds.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Coleção Antropologia e saúde. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 1998.

CONCEIÇÃO, T. S. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. *SER Social*, v. 11, n. 25, p. 194-220, 2009. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/373>. Acesso em: 10/07/2018.

CORREIA, M. DE J. Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, v. 16, n. 3, 1998.

CRUZ, V. C. O rio como espaço de referência identitária: reflexões sobre a identidade ribeirinha na Amazônia. In: *Cidades ribeirinhas na Amazônia: mudanças e permanências*. Belém: Edupa, 2008. p. 49-69.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15/04/2018.

DESLANDES, S. F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: _____. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DESLAURIERS, J. P.; KÉRISIL, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: Poupart, J. et al. *A Pesquisa Qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Ed Vozes. 2014. 4ª edição.

DIAS-SCOPEL, R. P. A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku. 2014. Tese. (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2014.

FERREIRA, L. O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 203-219, 2013. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702013000100011>>. Acesso em 14 dez. 2018.

FLAMENT, C. Estrutura e Dinâmica das Representações Sociais In As representações Sociais. Denise Jodelet (org), tradução: Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

FLEISCHER, S. Come on my child, let's have some massage?"Puxação", midwives and reproduction in Melgaço, Pará. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, p. 889–898, jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232008000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

FLEISCHER, S. Partejas, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço-Pará. Tese. (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FLOSS, M.; TARGA, L. V.; PESSOA, V. M. Diversidade e competência cultural no rural. In: *Saúde no caminho da roça*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 163.

FORGHIERI, Y. C. *Psicologia Fenomenológica: fundamentos, método e pesquisa*. 3ª reimpressão da 1ª edição de 1993. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

FRAXE, T. J. P. et al. Os povos amazônicos: identidades e práticas culturais. In: PEREIRA, H. S. (Org.). *Pesquisa interdisciplinar em ciências do meio ambiente*. Manaus: EDUA, 2009.

FREITAS JÚNIOR, R. A. DE O. et al. Incorporando a Competência Cultural para Atenção à Saúde Materna em População Quilombola na Educação das Profissões da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 42, n. 2, p. 100–109, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000200100&lng=pt&tlng=pt

Fundação Amazonas Sustentável (FAS); Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). *Recortes e cenários educacionais em localidades rurais ribeirinhas do Amazonas*. Fundação Amazonas Sustentável; Fundo das Nações Unidas para Infância. – Manaus: Fundação Amazonas Sustentável, 2017. Disponível em: <http://fas-amazonas.org/versao/2012/wordpress/wp-content/uploads/2013/06/Recortes-e-Cen%C3%A1rios-Educacionais-em-Localidades-Ribeirinhas-do-Amazonas.pdf>

GARNELO, L. *As correntes da antropologia na análise da doença e da saúde*. (texto não publicado), 2009.

GARNELO, L. et al. *Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas*. (texto não publicado), 2017.

GARNELO, L.; SOUSA, A.; SILVA, C. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciência saúde coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1225-1234, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401225&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30/05/2018.

GARNELO, M. L. *Fazendo parto, fazendo vida: doença, reprodução e percepção de gênero na Amazônia*. Dissertação. (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1993.

GASKELL, G. Entrevistas Individuais e Grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som. Pg. 64-88. Petrópolis: ed. Vozes, 2000, 3ª edição

GERHARDT, T. E. et al. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro In: GERHARDT, T. E. et al. (Orgs.) Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2016.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, n. 11, p. 2449–2463, nov. 2006.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª edição – São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.17, p.287-301, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200006. Acesso em: 18/05/2018.

GOMES, R *et al.* Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In MINAYO, M. C. S; ASSIS, S. G; SOUZA, E. R. (orgs). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Available from: doi: 10.7476/9788575415474.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28ª ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. p. 67-80.

GUIMARÃES W. S. G. et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. Cadernos de saúde pública, v. 34, n. 5, e00110417, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000505001&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12/07/2018

GUIMARÃES, T. A. et al. Mortalidade materna no brasil entre 2009 e 2013. Revista Pesquisa Saúde, v. 18, n.2, p. 81-85, 2017. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/download/8381/5205>. Acesso em: 13/08/2018.

Harris M. “What it Means to be Caboclo”: Some critical notes on the construction of Amazonian caboclo society as an anthropological object. Critique of Anthropology [Internet]. março de 1998 [citado 4 de outubro de 2018];18(1):83–95. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0308275X9801800104>

IMAZON. Índice de Progresso Social na Amazônia brasileira: IPS Amazônia 2014. Belém: IMAZON, 2014. Disponível em: <<https://s3-sa-east->

1.amazonaws.com/ipsx.tracersoft.com.br/documents/IpsAmazonia_2014_Final.pdf>.
Acessado em 18 fev. 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Panorama do município de Manaus, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/panorama>. Acesso em: 20/06/2018.

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP). Censo escolar, 2018. Disponível em: https://www.qedu.org.br/cidade/3115-manaus/censo-escolar?year=2018&dependence=0&localization=0&education_stage=0&item=

KADRI, M. R. E. et al. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, 2019.

KADRI, M. R. et al. The Igarapu fluvial mobile clinic: Lessons learned while implementing an innovative primary care approach in Rural Amazonia, Brazil. *International Journal of Nursing and Midwifery*: v. 9, n. 4, p. 41-45, 2017. Disponível em: < <https://academicjournals.org/journal/IJNM/article-full-text-pdf/DDAAA1A63510>>. Acesso em 01/07/2018.

KASSOUF, A. L. Acesso aos Serviços de Saúde nas Áreas Urbana e Rural do Brasil. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, Brasília, v. 43, n. 1, p. 29-44, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032005000100002. Acesso em: 14/08/2018.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science e Medicine. Part B Medical Anthropology*, v. 12, p. 85-93, 1978. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0160798778900145>. Acesso em: 15/04/2018.

KOETTKER, J. G. et al. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 52, n. 0, 23 nov. 2018.
LANGDON, E. J. A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. *Etnográfica*, Vol. V (2), p. 241-260, 2001. Disponível em: http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol_05/N2/Vol_v_N2_241-260.pdf. Acesso em: 20/05/2018.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 13/08/2018.

LEAL, M. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 33, n. 1, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13/08/2018.

LIMA, D. M. A construção histórica do termo caboclo: sobre estruturas e representações sociais no meio rural amazônico. *Novos Cadernos do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos*, Belém, v. 2, n. 2, p. 5-32, 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5801/ncn.v2i2.107>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

LIMA, R. T. S. et al. Saúde sobre as águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial. In: CECCIM, R. B. et al. (Orgs.). *Intensidades na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-informação*. Porto Alegre: Rede Unida, 1ª edição, 2016.

LOMBA, R. M.; NOBRE-JÚNIOR, B. B. A relação rural-urbano a partir das cidades ribeirinhas: o papel do comércio popular (feiras) na cidade de Afuá (PA). *Confins*, n. 18, 17 jul. 2013.

Maldonado MT. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva; 1997.

MARINHO, T. P; SCHOR, T. Nos interflúvios do rural e do urbano na amazônia: o caso de Codajás-Amazonas, Brasil. *Acta Geográfica (UFRR)*, v. 6, p. 69-81, 2012. Disponível em: <https://revista.ufrr.br/actageo/article/view/466>

MARTINS, A. C. S.; SILVA, L. S. Perfil epidemiológico de Mortalidade Materna. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, p. 677-683, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700677&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19/06/2018.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 40, p. 107–120, 6 mar. 2012.

MATTOS, C. L. G. A abordagem etnográfica na investigação científica. In MATTOS, C. L. G; CASTRO, P. A. (orgs). *Etnografia e educação: conceitos e usos* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 49-83. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8fcfr/pdf/mattos-9788578791902-03.pdf>

MAUÉS, H. R.; MAUÉS, A. G. O modelo da “reima”: representações alimentares em uma comunidade amazônica. In: *Anuário de Antropologia*. Rio de Janeiro: [s.n.]. p. 120–146.

MAZIERO, C. et al. O lazer como fator de permanência e reprodução social no meio rural: estudo do município de Saudade do Iguaçu, PR. *Interações (Campo Grande)*, v. 20, n. 2, p. 509, 5 jul. 2019. Disponível em: <http://www.interacoes.ucdb.br/article/view/1763>

MAZZOTTI, A. J. A. A abordagem estrutural das representações sociais. *Psicologia da Educação*, v. 14/15, p. 17-37, 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicoeduca/article/view/31913>. Acesso em: 09/07/2018.

MENÉNDEZ, E. L. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, p. 38, 2005.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 85-207, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100014&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 02/02/2018.

MENÉNDEZ, E. L. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 1, p. 109–118, jan. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100109&lng=es&tlng=es

MENÉNDEZ, E. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades, Iztapalapa – México*, v. 4, n. 7, p. 71–83, 1999. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 78-112.

MERHY, Emerson E.; CAMARGO, L.; FEUERWERKER, M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, Ana C. de Souza; GOMBERG, Estélio. *Leituras de novas tecnologias e saúde*. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 29–56.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300007&script=sci_abstract. Acesso em: 12/07/2018.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf. Acesso em 10/07/2018

MOSCOVICI, S. *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. Tradução: Pedrinho Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

NARDOTO, G. B. et al. Frozen chicken for wild fish: Nutritional transition in the Brazilian Amazon region determined by carbon and nitrogen stable isotope ratios in fingernails. *American Journal of Human Biology*, v. 23, n. 5, p. 642–650, set. 2011. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/ajhb.21192>

NASCIMENTO, J. T. N. ENSINO MÉDIO PRESENCIAL COM MEDIAÇÃO TECNOLÓGICA NUMA ESCOLA RIBEIRINHA DO AMAZONAS. 2017. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Mestrado na Amazônia). Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2017. Disponível em: https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/6115/5/Disserta%c3%a7%c3%a3o_Janilse%20T.%20Nascimento.pdf

NASCIMENTO, K. C. D. O et al. The art of attend the birth: experience in care of traditional midwives at Envira/AM. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 319–327, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200012>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

NEVES, D.P. Os ribeirinhos-agricultores de várzea: formas de enquadramento institucional. Novos Cadernos do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Belém, v. 12, n. 1, p. 67-92, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/viewFile/2511/2725>. Acesso em: 20/11/2017.

NODA, S.; MARTINS, H.; MARTINS, L. A. Agricultura Familiar na Várzea Amazônica: Espaço de Conservação da Diversidade Cultural e Ambiental. In: Amazônia: Políticas Públicas e Diversidade Cultural. Rio de Janeiro: Ed. Garamond, 2006. p. 163–194.

OLIVEIRA, M. F. V. e CARRARO, T. E. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília: v. 64, n.2, p. 376-80, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a25v64n2.pdf>. Acesso em: 05/06/2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Boas práticas de atenção ao parto e nascimento.1996. Disponível em: <http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>. Acesso em: 13/08/2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM) [Internet]. 2015. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/. Acesso em: 10/04/2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em 12/06/2018.

PAIM, H. H. S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Eds.). Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Coleção Antropologia e saúde. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 1998.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? Saúde em Debate, v. 42, n. spe1, p. 302–314, set. 2018.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. Psicologia em Estudo, v. 13, n. 1, mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

- PINEDO-VASQUEZ, M. Urbano e rural: famílias multi-instaladas, mobilidade e manejo dos recursos de várzea na Amazônia. *Novos Cadernos NAEA*, v. 11, n. 2, 22 dez. 2008.
- PINHEIRO *et al.* O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. *In*
- GERHARDT, T. E; *et al.* (orgs) Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Abrasco, 2016.
- POPE, C. e MAYS, R. Métodos observacionais *in* POPE, C. e MAYS, R. Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde. Tradução: Ananyr Porto Fajardo. 3ª ed – Porto alegre: Artmed, 2009.
- POUPART, J. A entrevista de tipo qualitativo considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. *In*: Poupart, Jean et al. A Pesquisa Qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos. Pg 215-253. Petrópolis: Ed Vozes. 2014. 4ª edição.
- PRATES, L. A. et al. Being born at home is natural: care rituals for home birth. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. suppl 3, p. 1247–1256, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901247&lng=en&tlng=en
- REIS, D. C. DOS et al. Brincadeiras em uma comunidade ribeirinha amazônica. *Psicologia: teoria e prática*, v. 14, p. 48–61, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000300004&nrm=iso
- RONSMANS, C. GRAHAM, W. J. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*. V. 368, n. 9542, p. 1189-2000. 2006. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69380-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69380-X/abstract). Acesso em: 02/07/2018.
- RUIZ, E. N. F.; GERHARDT, T. E. Políticas públicas no meio rural: visibilidade e participação social como perspectivas de cidadania solidária e saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1191-1209, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300018&lng=en&nrm=iso Acesso em: 10/08/2018.
- SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. *In*: SPINK, M. J. (Org). O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995
- SÁ, C. P. Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. *Temas em Psicologia*, v. 4, n. 3, p. 19-33, 1996. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1996000300002. Disponível em: 14/03/2018.

SALAVERRY, O. Interculturalidad en salud. *Rev Peru Exp Salud Publica*, v. 27, n. 1, p. 80–93, 2010.

SANTOS NETO, E. T. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saude e sociedade*. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15/06/2018.

SANTOS, M. J. D. S.; AUGUSTO, A. “Se estava tudo bem, porque é que eu havia de ir a uma obstetra?”: identidade, risco e consumo de tecnologia médica no parto domiciliar em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*, v. 2016, n. 82, 29 jul. 2016. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/sociologiapp/article/view/5922>

SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. *Cadernos Pagu*, n. 16, p. 137–150, 2001.

SCHWEICKARDT, C.; MARTINS, L. R. História das políticas de saúde no Amazonas: da zona franca ao SUS, 1967-1990. In: SCHWEICKARDT, J. C. et al. (Orgs.). *História e política pública de saúde na Amazônia*. 1. ed. Rede UNIDA: Porto Alegre, 2017, p. 17-42. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-saude-amazonia/Historia%20e%20politica%20publica%20de%20saude%20Fiocruz%20Amazonas%20-PDF.pdf>

SILVA, M. Z. N. DA; ANDRADE, A. B. DE; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 103, 2014. Disponível em:
<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.20140073>

SILVA, S. S. DA C. et al. Rotinas familiares de ribeirinhos amazônicos: uma possibilidade de investigação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 26, n. 2, p. 341–350, jun. 2010. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000200016&lng=pt&tlng=pt

SILVEIRA, N. O papel social do futebol em comunidades ribeirinhas do AM. *Jornal Acrítica*, 12 ago. 2012. Disponível em:
<https://www.acritica.com/channels/esportes/news/o-papel-social-do-futebol-em-comunidades-ribeirinhas-do-am>

SILVEIRA, R. P.; PINHEIRO, R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia - Brasil. *Revista Brasileira De Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 451-459, 2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01/06/2018.

SMALL, M. J; ALLEN, T. K; BROWN, H. L. Global disparities in maternal morbidity and mortality. *Seminars in Perinatology*. v. 41, n. 5, p. 318-322, 2017. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28669415>. Acesso em: 08/06/2018

SOIFER, R. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

SOUZA J. P. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica. 2013; v. 35, n. 12, p. 533-535. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013001200001. Acesso em: 03/06/2018

SOUZA, E. V. Atenção ao pré-natal em uma unidade básica de saúde fluvial de Manaus, 2018. 113fl. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto Leônidas e Maria Deane, Manaus, 2018.

SPINK, M. J. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 300-308, jul/sep, 1993.*

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09/06/2018.

UNICEF. Relatório da Situação Mundial da Infância, 2009. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowc2009_pt.pdf

VELIZ-ROJAS, L.; BIANCHETTI-SAAVEDRA, A. F.; SILVA-FERNÁNDEZ, M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 1, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000103001&tlng=es

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet, v. 377, n. 9780, p. 1863–1876, 2011. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60138-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60138-4/abstract). Acesso em: 06/06/2018

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

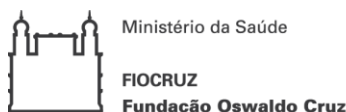
VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03/05/2018

YAJAHUANCA, R. A.; DINIZ, C. S. G.; CABRAL, C. DA S. É preciso “ikarar os kutipados”: interculturalidade e assistência à saúde na Amazônia Peruana. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 9, p. 2837–2846, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902837&lng=pt&tlng=pt

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001

APÊNDICES

Apêndice A: Termo de consentimento livre e esclarecido



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS & MARIA DEANE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES
DE SAÚDE NA AMAZÔNIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a Sra. para participar da pesquisa intitulada **Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas**. Sob a responsabilidade da pesquisadora Maria Luiza Garnelo Pereira. Esta pesquisa pretende investigar as condições de vida e de acesso, uso e oferta de serviços de saúde para a população rural ribeirinha na calha do Rio Negro nos municípios de Manaus e Novo Airão.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista semi-estruturada com uma pesquisadora acerca das representações e práticas em saúde relacionadas à gestação. Nesse momento, as falas poderão ser audiogravadas ou registradas em um caderno para posterior transcrição e análise dos dados pela pesquisadora. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade permanecerá em sigilo, conforme exigência da Res. 510/16 que envolve seres humanos em pesquisas.

A Sra. pode desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento em qualquer em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. Também não haverá nenhuma despesa ou remuneração atrelada a participação. Para qualquer outra informação, a Sra. poderá entrar em contato com a pesquisadora Maria Luiza Garnelo Pereira, no Instituto Instituto Leônidas & Maria Deane –ILMD/FIOCRUZ, localizada à Rua Terezina, 476 - Adrianópolis, Manaus - AM, 69057-070, pelo telefone (92) 98115-9518 ou e-mail: malupereira2011@gmail.com.

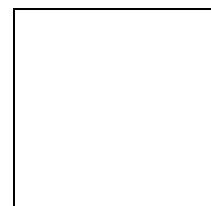
Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo e consinto que tirem fotografias que podem ser utilizadas para reprodução com finalidade didática e científica. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Data: ___/___/___

Assinatura da Participante



Assinatura Datiloscópica

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXOS

Anexo A: Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

FUNDAÇÃO DE MEDICINA
TROPICAL DR. HEITOR VIEIRA
DOURADO ((FMT-HVD))



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas

Pesquisador: Maria Lúcia Gameiro Pereira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57706316.9.0000.0005

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

Patrocinador Principal: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.742.086

Apresentação do Projeto:

Vide parecer 1.685.778/2016.

Objetivo da Pesquisa:

Vide parecer 1.685.778/2016.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide parecer 1.685.778/2016.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide parecer 1.685.778/2016.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide parecer 1.685.778/2016.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Como pendência levantado no parecer 1.685.778/2016, verificou-se a necessidade de anexar a Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Novo Airão.

Como resposta a esta pendência, os pesquisadores expuseram que, embora parte da população a ser pesquisada resida no município de Novo Airão, esta é atendida integralmente pelas equipes da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, uma singularidade observada para algumas

Endereço: Av. Pedro Teixeira, 25
 Bairro: D. Pedro I CEP: 69.040-000
 UF: AM Município: MANAUS
 Telefone: (92)2127-3872 Fax: (92)2127-3872 E-mail: cep@fnt.am.gov.br

FUNDAÇÃO DE MEDICINA
TROPICAL DR. HEITOR VIEIRA
DOURADO ((FMT-HVD))



Continuação do Parecer: 1.742.000

comunidades ribeirinhas daquele município. A SEMSA Manaus já havia emitido carta de anuência para o projeto, conforme já relatado no parecer 1.685.778/2016. Assim, CONSIDERA-SE A PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente projeto está APROVADO e os Interessados ficam Informados de apresentar a este CEP os relatórios parciais e final do estudo, conforme prevê a Resolução CNS nº 466/2012, utilizando o formulário de Roteiro para Relatório Parcial/Final de estudos clínicos Unicêntricos e Multicêntricos, proposto pela CONEP em nossa home page.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_708491.pdf	14/09/2016 22:43:01		Aceito
Outros	Resposta_pendencia.pdf	14/09/2016 22:41:29	FERNANDO JOSÉ HERKRATH	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Luiza_Gamelo_Pereira.pdf	11/07/2016 11:35:45	José Witzimar Monteiro de Luna	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_CEP.pdf	24/06/2016 15:58:01	FERNANDO JOSÉ HERKRATH	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Anuência	TCLEgestoresprofissionais.doc	24/06/2016 15:37:52	FERNANDO JOSÉ HERKRATH	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Anuência	TCLEcomunitarios.doc	24/06/2016 15:37:43	FERNANDO JOSÉ HERKRATH	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	23/05/2016 15:29:33	FERNANDO JOSÉ HERKRATH	Aceito
Outros	Anuencia_Semsa.pdf	23/05/2016 15:28:58	FERNANDO JOSÉ HERKRATH	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não