

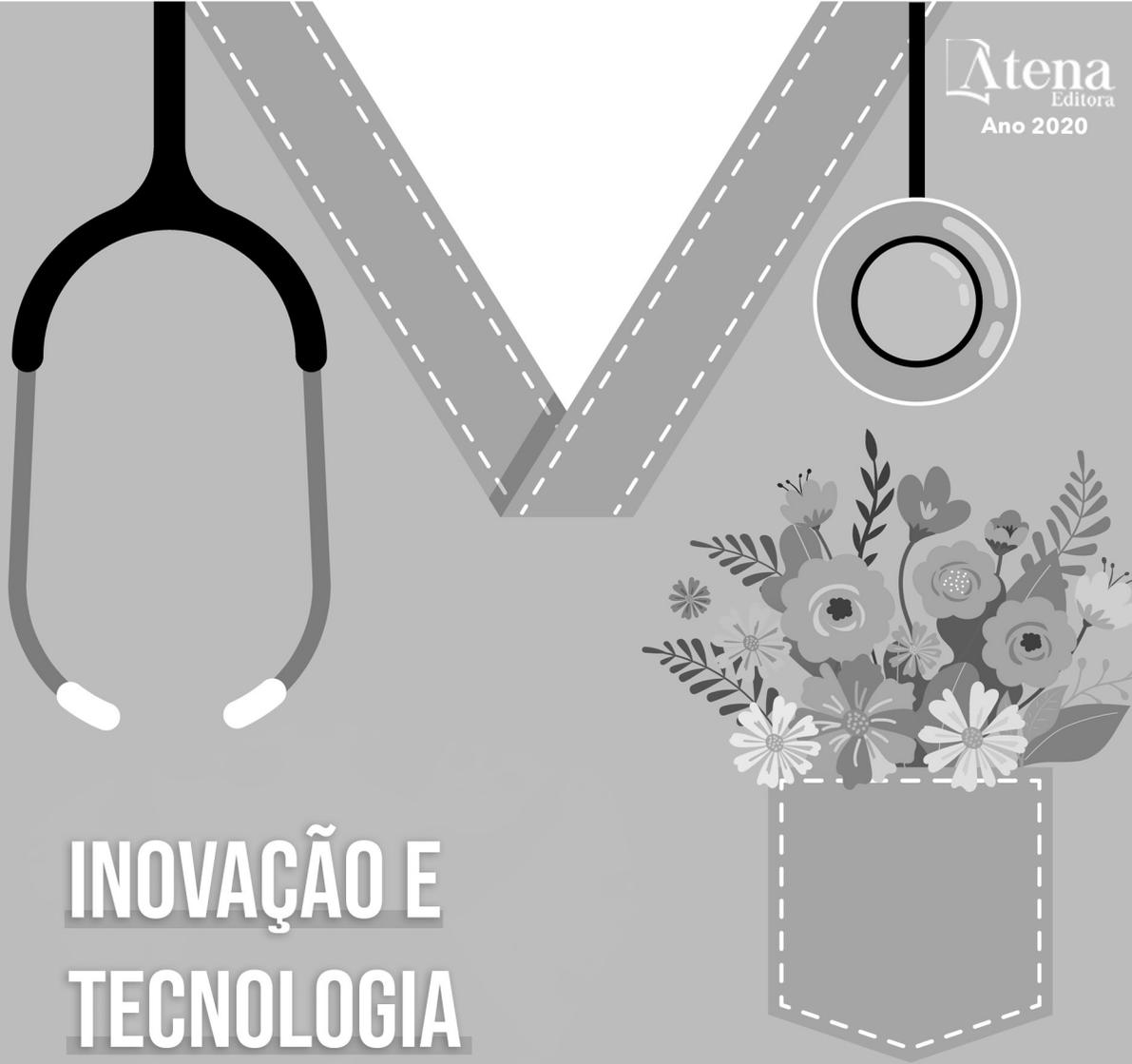


**INOVAÇÃO E**  
**TECNOLOGIA**  
**PARA O CUIDAR**  
**EM ENFERMAGEM**

---

RAFAEL HENRIQUE SILVA  
(ORGANIZADOR)

---



**INOVAÇÃO E  
TECNOLOGIA  
PARA O CUIDAR  
EM ENFERMAGEM**

---

RAFAEL HENRIQUE SILVA  
(ORGANIZADOR)

---

### **Editora Chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

### **Assistentes Editoriais**

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

### **Bibliotecário**

Maurício Amormino Júnior

### **Projeto Gráfico e Diagramação**

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Karine de Lima Wisniewski

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

### **Imagens da Capa**

Shutterstock

### **Edição de Arte**

Luiza Alves Batista

### **Revisão**

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A Atena Editora não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

## **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

## **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof<sup>ª</sup> Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá

Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Linguística, Letras e Artes**

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro  
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará  
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná  
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza  
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí  
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional  
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia  
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais  
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco  
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar  
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos  
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo  
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas  
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília  
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa  
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás  
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia  
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases  
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil  
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita  
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás  
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí  
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora  
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé  
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas  
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo  
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária  
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina  
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro  
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza  
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College  
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará  
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social  
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay  
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco  
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA  
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia  
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR  
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Ma. Lillian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará  
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ  
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe  
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná  
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos  
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior  
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo  
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará  
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco  
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba  
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco  
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão  
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo  
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana  
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo  
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

## Inovação e tecnologia para o cuidar em enfermagem

**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira  
**Bibliotecário** Maurício Amormino Júnior  
**Diagramação:** Camila Alves de Cremonesi  
**Edição de Arte:** Luiza Alves Batista  
**Revisão:** Os Autores  
**Organizador:** Rafael Henrique Silva

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)</b> <b>(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b>	
I58	Inovação e tecnologia para o cuidar em enfermagem 1 [recurso eletrônico] / Organizador Rafael Henrique Silva. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.  Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-65-5706-306-4 DOI 10.22533/at.ed.064202108  1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil. I. Silva, Rafael Henrique.
<b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>	

### **Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## APRESENTAÇÃO

Inovação e Tecnologia para o Cuidar em Enfermagem Volume 1 é uma obra composta por artigos relevantes, frutos da dedicação de pesquisadores preocupados com os temas atuais e engajados em disseminar seus trabalhos com outros profissionais. Quando falamos de inovação, estamos dispostos a explorar novos processos sobre as mais variadas temáticas do cuidar em Enfermagem.

O Volume 1 de Inovação e Tecnologia para o Cuidar em Enfermagem reúne os trabalhos relacionados principalmente a Atenção Primária a Saúde. Os artigos reunidos desmistificam a ideia que as inovações estão inerentes a grandes centros tecnológicos, distantes do cotidiano dos profissionais de Enfermagem.

Neste volume, os autores se preocuparam em trabalhar como a inovação pode favorecer as ações na Atenção Básica, através de ações educativas, prevenção e promoção a saúde. Os trabalhos abordam temas como espiritualidade, vulnerabilidade, práticas de enfermagem, além de outros temas que certamente irão proporcionar conhecimento para os profissionais da área da saúde.

Este livro foi organizado de forma a tornar a leitura agradável, com temas relacionados e principalmente com o objetivo de contribuir com o crescimento profissional de todos os leitores, através de atualizações em suas práticas de atuação.

Rafael Henrique Silva

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **CUIDAR ALÉM DO CUIDADO: EMPATIA NA RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Samyra Fernandes Gambarelli

Gunnar Glauco De Cunto Carelli Taets

**DOI 10.22533/at.ed.0642021081**

### **CAPÍTULO 2..... 13**

#### **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Cristiane Vieira Soares

Igor de Oliveira Reis

Karina Menezes Carvalho

Greiciane Andrade de Lima

**DOI 10.22533/at.ed.0642021082**

### **CAPÍTULO 3..... 24**

#### **AÇÃO EDUCATIVA SOBRE HANSENÍASE E TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Maurilo de Sousa Franco

José Wilian de Carvalho

Daniel de Souza Lira

Ana Paula Cardoso Costa

Roméia Silva de Sousa

Luana Ferreira de Sousa

Francisco José de Araújo Filho

Jakellinny Holanda Nunes

Aline Raquel de Sousa Ibiapina

**DOI 10.22533/at.ed.0642021083**

### **CAPÍTULO 4..... 35**

#### **ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE PRIMEIROS SOCORROS**

Thamires Sales Macêdo

Debora Maria Bezerra Martins

Manoelise Linhares Ferreira Gomes

João Victor Ferreira Sampaio

Raimunda Leandra Bráz da Silva

José Ivo Albuquerque Sales

Patrícia Kelen Sousa Araújo Gomes

Lívia Moreira Barros

**DOI 10.22533/at.ed.0642021084**

**CAPÍTULO 5.....45**

**TUBERCULOSE PULMONAR: DIFICULDADES FRENTE AO DIAGNÓSTICO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Erivania Maria da Silva  
Evelin Teixeira Souza  
Jaqueline Oliveira Rodrigues  
Brenda Karolina da Silva Oliveira  
Nicole da Conceição Ribeiro  
Lucimeide Barros Costa da Silva  
Pedro Pereira Tenório  
Rafaell Batista Pereira  
Daniely Oliveira Nunes Gama  
Andréa Kedima Diniz Cavalcanti Tenório

**DOI 10.22533/at.ed.0642021085**

**CAPÍTULO 6.....58**

**FATORES ASSOCIADOS A COINFECÇÃO DA TUBERCULOSE COM HIV/AIDS**

Amanda Suzan Alves Bezerra  
Brenda Karolina da Silva Oliveira  
Caroline Teixeira Santos  
Ellen Carolynne de Oliveira Gomes  
Evellyn Thaís Lima Monteiro da Silva  
Júlia Tenório Araújo  
Karine Alves de Araújo Gomes  
Lívia Fernanda Ferreira Deodato  
Sayonara Leite da Silva Barros

**DOI 10.22533/at.ed.0642021086**

**CAPÍTULO 7.....70**

**VIVER COM HIV/AIDS: UM OLHAR DA FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL**

Thaís Honório Lins Bernardo  
Lays Pedrosa dos Santos Costa  
Joice Fragoso Oliveira de Araújo  
Isabel Comassetto  
Iasmin Maria Ferreira da Silva  
Imaculada Pereira Soares  
Larissa Houly de Almeida Melo  
Gabriella Keren Silva Lima

**DOI 10.22533/at.ed.0642021087**

**CAPÍTULO 8.....83**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA MULHER QUE CONVIVE COM HIPOTIREOIDISMO: ESTUDO DE CASO**

Nadilânia Oliveira da Silva  
Vitória de Oliveira Cavalcante  
Camila da Silva Pereira  
Maria Lucilândia de Sousa

Antônia Thamara Ferreira dos Santos  
Tacyla Geyce Freire Muniz Januário  
Carla Andréa Silva Souza  
Francisco Costa Sousa  
Amana da Silva Figueiredo  
Josefa Fernanda Evangelista de Lacerda  
Aline Samara Dantas Soares Pinho  
Gleice Adriana Araujo Gonçalves

**DOI 10.22533/at.ed.0642021088**

**CAPÍTULO 9..... 93**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA MULHER COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: ESTUDO DE CASO**

Camila da Silva Pereira  
Maria Lucilândia de Sousa  
Nadilânia Oliveira da Silva  
Vitória de Oliveira Cavalcante  
Carla Andréa Silva Souza  
Tacyla Geyce Freire Muniz Januário  
Raquel Linhares Sampaio  
Alécia Hercidia Araújo  
Francisco Costa de Sousa  
Tháís Isidório Cruz Bráulio  
Aline Samara Dantas Soares Pinho  
Gleice Adriana Araujo Gonçalves

**DOI 10.22533/at.ed.0642021089**

**CAPÍTULO 10..... 102**

**SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO DA PESSOA IDOSA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Amanda Eckhardt  
Maria Danielle Alves do Nascimento  
Rebeca da Silva Gomes  
Bruna Rafaela da Costa Cardoso  
Karolany Silva Souza  
Mikaele Karine Freitas do Nascimento  
Maria Vitalina Alves de Sousa  
Thalia Aguiar de Souza  
Luis Felipe Alves Sousa  
Monalisa Mesquita Arcanjo  
Elaine Cristina Bezerra Bastos

**DOI 10.22533/at.ed.06420210810**

**CAPÍTULO 11..... 107**

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAS CONSULTAS DE PUERICULTURA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Liane Bahú Machado  
Sandra Ost Rodrigues

Silvana Carloto Andres  
Claudete Moreschi  
**DOI 10.22533/at.ed.06420210811**

**CAPÍTULO 12..... 112**

**ATRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Rafael Silvério de Moraes  
Fernanda Camila de Moraes Silvério

**DOI 10.22533/at.ed.06420210812**

**CAPÍTULO 13..... 119**

**VISITA DOMICILIÁRIA: PROMOVEDO SAÚDE À PACIENTE COM ESTOMIA**

Flávia Camef Dorneles  
Leticia dos Santos Balboni  
Paola Martins França  
Sandra Ost Rodrigues

**DOI 10.22533/at.ed.06420210813**

**CAPÍTULO 14..... 125**

**CENTRO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM: HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS**

Gloria Cogo  
Pablo Marin da Rosa  
Télvio de Almeida Franco  
Sandra Ost Rodrigues

**DOI 10.22533/at.ed.06420210814**

**CAPÍTULO 15..... 130**

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Renata Maria da Silva  
Luana Batista de Oliveira  
Maria Luísa de Carvalho Correia

**DOI 10.22533/at.ed.06420210815**

**CAPÍTULO 16..... 134**

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES E NA SEGURANÇA DO PACIENTE EM HEMODIÁLISE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Débora Maria de Souza Araújo  
Isabela Galvão Fernandes Alves  
Izabella Luciana Castelão  
Thalita Botelho Cutrim  
Rosângela Durso Perillo

**DOI 10.22533/at.ed.06420210816**

**CAPÍTULO 17..... 148**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS NA CIDADE DE ILHÉUS-BA**

Vivian Andrade Gundim

Romulo Balbio de Melo  
João Pedro Neves Pessoa  
Marcelly Cardoso Vieira Cruz  
Daniel Fraga de Rezende  
Fernanda Andrade Vieira  
Luísa Oliveira de Carvalho  
Ana Carolina Santana Cardoso  
Ana Luiza Machado Souza  
Letycia Alves de Abreu  
Carlos Vítório de Oliveira  
Irany Santana Salomão

**DOI 10.22533/at.ed.06420210817**

**CAPÍTULO 18..... 158**

**HOMOAFETIVOS NA DOAÇÃO DE SANGUE: TABUS E DISCRIMINAÇÕES**

Diandra Ushli de Lima  
Luiza Jorgetti de Barros  
Ariany Azevedo Possebom  
Victoria Maria Helena Ferreira

**DOI 10.22533/at.ed.06420210818**

**CAPÍTULO 19..... 161**

**PROCESSO DE ENFERMAGEM – SAE ESTUDO DE CASO ALOPÉCIA AREATA UNIVERSAL**

Amanda Paulino Ferreira  
Caroline Oliveira de Almeida  
Karina Rezende do Prado  
Suzana Santos Ribeiro  
Wagner Rufino dos Santos Filho  
Susinaiaara Vilela Avelar Rosa

**DOI 10.22533/at.ed.06420210819**

**CAPÍTULO 20..... 171**

**PRÁTICAS DE ENFERMEIROS NO CUIDADO AOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: REVISÃO INTEGRATIVA**

Cristina da Silva Fernandes  
Darlane Verissimo de Araújo  
Magda Milleyde de Sousa Lima  
Natasha Marques Frota  
Nelson Miguel Galindo Neto  
Joselany Áfio Caetano  
Lívia Moreira Barros

**DOI 10.22533/at.ed.06420210820**

**CAPÍTULO 21..... 186**

**A ESPIRITUALIDADE COMO FERRAMENTA PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA**

Ingrid Kelly Morais Oliveira

Francisco Marcelo Leandro Cavalcante  
Manoelise Linhares Ferreira Gomes  
Natasha Marques Frota  
Marianna Carvalho e Souza Leão Cavalcanti  
Nelson Miguel Galindo Neto  
Joselany Áfio Caetano  
Lívia Moreira Barros

**DOI 10.22533/at.ed.06420210821**

**CAPÍTULO 22..... 194**

**PET-SAÚDE/INTERPROFISSIONALIDADE E AS PRÁTICAS COLABORATIVAS EM SAÚDE COMO FERRAMENTAS DE APROXIMAÇÃO E MEDIAÇÃO DE CONFLITOS EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Heloisa Schatz Kwiatkowski  
Angela Makeli Kososki Dalagnol  
Matheus Pelinski da Silveira  
Karlla Rackell Fialho Cunha  
Débora Tavares de Resende e Silva

**DOI 10.22533/at.ed.06420210822**

**CAPÍTULO 23..... 203**

**O QUE PENSAM OS USUÁRIOS SOBRE A SAÚDE EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS DO BAIXO MADEIRA: ANÁLISE ESTRUTURAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Luana Michele da Silva Vilas Bôas  
Denize Cristina de Oliveira

**DOI 10.22533/at.ed.06420210823**

**SOBRE O ORGANIZADOR..... 220**

**ÍNDICE REMISSIVO..... 221**

## O QUE PENSAM OS USUÁRIOS SOBRE A SAÚDE EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS DO BAIXO MADEIRA: ANÁLISE ESTRUTURAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 15/07/2020

**Luana Michele da Silva Vilas Bôas**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro-  
UERJ  
Rio de Janeiro-RJ

**Denize Cristina de Oliveira**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro-RJ

**RESUMO:** Este estudo objetivou identificar e analisar as representações sociais acerca da saúde e da doença dos moradores de comunidades ribeirinhas do Baixo Madeira. Trata-se de um estudo de natureza descritiva com abordagem quantiqualitativa, orientado pela Teoria das Representações Sociais em sua abordagem estrutural ou Teoria do Núcleo Central. Os cenários do estudo foram três distritos da zona rural fluvial do município de Porto Velho-RO, entre os meses de julho e agosto de 2014. O estudo contou com a participação de 120 moradores de ambos os sexos, que responderam às questões de evocações livres. Os dados lexicais gerados foram analisados posteriormente, a partir do quadro de quatro casas, com o auxílio do *software* EVOC 2005, para a compreensão dos elementos centrais, intermediários, contrastes e periféricos. Os resultados indicam que os conteúdos representacionais dos participantes sobre a saúde e doença envolveram descrições e atitudes acerca dos objetos pesquisados e assumem as funções pragmática e afetiva das

representações. A estrutura representacional apresentada pelos sujeitos reflete sentimentos e avaliações distintas acerca dos objetos e revela as mesmas dimensões em ambos os termos analisados. Além disso, estão ancoradas na estrutura de saúde local existente. O núcleo central das representações sociais do termo saúde é formado pelos léxicos *amor, paz e atendimento* e o de doença por *desespero, medo e atendimento*. Conclui-se que os ribeirinhos revelam uma representação positiva da saúde e negativa do sistema de saúde e do objeto doença, significando-as com base no modelo biomédico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde, doença, representações sociais, comunidades ribeirinhas.

### WHAT USERS THINK ABOUT HEALTH IN RIVERSIDE COMMUNITIES IN BAIXO MADEIRA: A STRUCTURAL ANALYSIS OF SOCIAL REPRESENTATIONS

**ABSTRACT:** This study aimed to identify and analyze the social representations about the health and illness of the inhabitants of riverside communities in Baixo Madeira. It is a descriptive study with a quantitative and qualitative approach, guided by the Theory of Social Representations in its structural approach or Theory of the Central Nucleus. The study scenarios were three districts of the rural fluvial zone of the municipality of Porto Velho-RO, between the months of July and August 2014. The study was attended by 120 residents of both genders, who answered the questions of free evocations. The lexical data generated were analyzed later, from the table of four houses, with the help of the EVOC

2005 software, to understand the central, intermediate, contrasts and peripheral elements. The results indicate that the participants' representational content about health and disease involved descriptions and attitudes about the researched objects and assume the pragmatic and affective functions of the representations. The representational structure presented by the subjects reflects different feelings and assessments about the objects and reveals the same dimensions in both terms analyzed. In addition, they are anchored in the existing local health structure. The central core of the social representations of the term health is formed by the lexicons love, peace and care and that of illness due to despair, fear and care. It is concluded that riverside dwellers reveal a positive representation of health and a negative representation of the health system and the disease object, meaning them based on the biomedical model.

**KEYWORDS:** Health, disease, social representations, riverine communities.

## INTRODUÇÃO

Por meio de um recorte mais recente do cenário geopolítico brasileiro, a ocupação mais recente da Amazônia se deu ao longo de seus principais rios, em meio à floresta; neste processo, se estabeleceram as comunidades rurais/ribeirinhas (Nascimento, 1996). A construção do modo de vida dessas comunidades é influenciada pela estreita relação com o ambiente natural, seus recursos e o conhecimento aprofundado de seus ciclos naturais (Diegues, 2000). A floresta amazônica é, sobretudo, diversidade de saberes, animais, plantas, tradições, cores dos rios, tipos de terras. Assim, habitar esse espaço é um desafio por si só, configurando um dos saberes que as populações das florestas têm a oferecer e a dialogar com outras culturas e formas de conhecimentos. Ademais, os chamados ribeirinhos, moradores das florestas e das margens dos rios possuem um aperfeiçoado conhecimento do ambiente local e, criam com ele, uma grande diversidade de narrativas míticas voltadas principalmente para relação homem/natureza (Loureiro, 1995).

De acordo com Loureiro (1995), o caboclo ribeirinho cria a sua própria cultura, em que está à imensidão do rio e da floresta, fonte de sua sobrevivência, e ao mesmo tempo de riscos para si próprio através das distâncias e das agruras do espaço. Ele tem o contato direto com a natureza desde o seu meio de locomoção até a sua alimentação, ele consegue perceber a beleza poética contida na floresta amazônica, como a mãe natureza.

Por outro lado, o cenário ribeirinho enfrenta dificuldades relacionadas à precariedade de ações das políticas públicas, incluindo a falta de acesso aos serviços públicos essenciais, como educação e saúde. Na Amazônia brasileira, por exemplo, a falta de equidade condiciona deficiências maiores na prestação de serviços, contribuindo para uma cobertura de saúde limitada, em torno de 20%, a mais baixa comparada às demais regiões do país. As deficiências são generalizadas, distribuídas principalmente na malha hidrográfica do interior que continua a sofrer fortes restrições de desenvolvimento humano, afetando principalmente o homem da área rural. Um dos fatores seria reflexo da ineficácia das políticas sanitárias na região que conduz a uma maior prevalência de enfermidades (Brasil, 2004).

Diante do exposto, o interesse em trabalhar com populações ribeirinhas existentes às margens do rio Madeira, localizadas na zona rural fluvial do município de Porto Velho, capital do Estado de Rondônia, nasceu no período da graduação em Psicologia, na iniciação científica, por meio de estudos desenvolvidos em comunidades tradicionais ribeirinhas, cujo principal meio de acesso é o barco. Nos estudos exploratórios prévios observou-se indícios de dificuldades na oferta e infraestrutura dos serviços de saúde, e no diálogo entre o saber científico e o saber popular realizado nessas comunidades, em razão das especificidades de saúde vivenciadas no cotidiano do ribeirinho, não correspondentes ao modelo normatizador vigente.

Este relato de experiência se deu a partir da investigação centrada em apreender as representações sociais de saúde e doença e sua relação com as práticas de cuidados de saúde em comunidades ribeirinhas. Sua intenção é favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde e os ribeirinhos, a partir do entendimento das representações sociais das populações ribeirinhas. Pensa-se que as formas representativas de saúde e doença que orientam as práticas populares de saúde, vão além da relação profissional de saúde-paciente e estejam inscritas nas atividades cotidianas do povoado, em uma dinâmica que, segundo Moscovici (2011), envolve dois universos: o consensual e o reificado. Portanto, adotou-se para a orientação do estudo uma perspectiva psicossocial, sob a ótica da Teoria das Representações Sociais (TRS), conforme constituída por Moscovici (1976), complementado pela abordagem estrutural ou Teoria do Núcleo Central (Abric, 1998).

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

A ideia fundamental da Teoria do Núcleo Central é que toda representação social se organiza em dois sistemas, central e periférico, com funções e características distintas, porém complementares. O núcleo central gera o sentido básico das representações, determina sua significação e a organização interna, os elementos cognitivos que compõe este sistema estão ligados à memória coletiva e a história do grupo, é estável, resistentes a mudança e se apresentam como consensuais ao grupo, enquanto elementos mais homogêneos são menos sucessíveis a mudanças do contexto. Por outro lado, o sistema periférico, formado pelos demais elementos da representação, caracteriza-se por integrar as experiências e histórias individuais, suportam as contradições e heterogeneidade do

grupo e, portanto, são mais sensíveis as mudanças em resposta ao contexto social imediato (Abric, 1998; Sá, 2002; 2015).

Portanto, a abordagem estrutural da teoria das representações sociais auxilia no reconhecimento dos elementos que formam o núcleo central e periférico das representações de saúde e doença dos ribeirinhos e, justifica sua adequação, ao esclarecer o papel de conhecimento compartilhado acerca dos objetos sociais pesquisados, a partir da influência que exercem sobre as práticas de saúde do grupo. Desse modo, o estudo questiona: quais são as representações sociais de saúde e doença dos moradores de comunidades do Baixo Madeira?

Propõe-se como objeto de estudo a compreensão de como os sujeitos, moradores de localidades distantes dos grandes centros urbanos, às margens dos rios, os chamados ribeirinhos, representam a noção de saúde e doença. Como objetivo, definiu-se identificar e analisar as representações sociais dos moradores de três comunidades ribeirinhas localizadas na região do Baixo Madeira, acerca de saúde e doença, com vistas à identificação das condições de saúde nessas populações, contribuindo para a orientação da ação profissional e seu atendimento, particularmente, junto à clientela rural ribeirinha.

## MÉTODO

Estudo de natureza descritiva com abordagem quantiqualitativa, orientado pela teoria das representações sociais em sua abordagem estrutural. O cenário de estudo foi composto por três comunidades rurais fluviais ribeirinhas, da região do Baixo Madeira -Demarcação, Calama e São Carlos do Jamari -localizadas distantes do principal centro urbano, a capital Porto Velho-RO, tendo como principal meio de acesso o barco. Essas comunidades concentram a oferta de serviço público regular de saúde e são desenvolvidas ações de saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). As atividades de saúde são coordenadas pela SEMUSA (Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Velho-RO).

As comunidades foram escolhidas de modo intencional, por serem distritos considerados estratégicos na oferta de serviços de saúde da região rural fluvial, servindo de infraestrutura de serviços públicos para outras comunidades ribeirinhas de seu entorno, uma vez que abrangem diferentes distâncias em relação à cidade de Porto Velho-RO.

A amostragem da pesquisa foi do tipo não probabilística, por conveniência, sendo constituída por 120 sujeitos. Os critérios de inclusão foram os seguintes: ser morador da comunidade pesquisada por no mínimo cinco anos; ter idade maior ou igual a 18 anos; manifestar concordância em participar do estudo; e localizar-se no cenário de estudo no momento da coleta de dados. O estudo contou com a participação de 40 moradores de cada comunidade pesquisada, de ambos os sexos, sendo 65 homens e 55 mulheres, distribuídos de forma não intencional, no qual a comunidade de Calama contou com a

participação pareada entre os sexos.

A pesquisa foi realizada nos diferentes espaços públicos e privados das comunidades pesquisadas, como ruas, dependências de instituições públicas: escolas, unidades de saúde, posto de polícia, barco de linha (como é chamado o transporte público nas comunidades), comércios e domicílios dos moradores, todos após as respectivas autorizações. Os sujeitos participantes responderam a um questionário sociodemográfico e às evocações livres aos termos indutores “Saúde” e “Doença”, no período de julho a agosto de 2014.

Considerando os atributos qualitativos e quantitativos na determinação dos elementos centrais e periféricos de uma representação, utilizou-se a técnica da associação livre de palavras. A técnica foi aplicada individualmente com uso do formulário, caneta e papel para anotar as cognições produzidas por meio da evocação. Assim, na coleta das evocações foi solicitado que os sujeitos mencionassem, de modo livre e espontâneo, as cinco primeiras palavras que viessem a sua mente ao ouvirem os termos indutores e, em seguida, hierarquizassem por ordem de importância as palavras evocadas. Desse modo, atribuiu-se peso 1 à primeira cognição eleita como a mais importante entre as evocações, peso 2 à segunda e, assim sucessivamente, conforme a proposta de Vergés (citado por Gomes & Oliveira, 2005).

Os dados originados a partir da técnica de Associação livre de palavras foram transcritos para uma planilha Excel, versão 2007 e passaram pela a padronização semântica de palavras, para a formação dos *corpus* (Oliveira, Marques, Gomes, & Teixeira, 2005), posteriormente foram inseridos no *software* EVOC 2005 e analisados conjuntamente por comunidades e sexo. Os dados do questionário sociodemográfico que serviram para caracterização da amostra, foram organizados através do *software* SPSS e analisados com o auxílio da estatística descritiva.

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

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

No quadrante inferior esquerdo, também chamado de zona de contraste estão cognições que foram evocadas por um menor número de sujeitos, porém consideradas como muito importantes, evidenciando a existência de um subgrupo que possui uma representação divergente do restante do grupo (Sá, Oliveira, Castro, Vetere & Carvalho,

2009; Abric, 2003).

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

A participação na pesquisa foi voluntária, a partir do convite e aceitação dos sujeitos e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram respeitadas as normas e diretrizes de realização das pesquisas envolvendo seres humanos, segundo a Resolução 416/12. O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ, aprovado sob o parecer 714.241 em 26/06/2014.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média de idade entre os participantes é de 44,06 anos ( $DP=16,23$ ), com idade mínima de 18 anos e máxima de 89 anos, com a seguinte distribuição: 18 a 40 anos (33; 52,50%) e 41 anos a 89 anos (57; 47,50%). A maioria dos participantes no estudo é do sexo masculino 65 (54,17%), com média de idade de  $M=46,61$  e desvio padrão  $DP=17,24$  anos, seguido do sexo feminino com  $M=41,04$  e  $DP=14,52$  anos. Entre os participantes, a menor média de idade por comunidade pertence aos moradores de São Carlos  $M=39,32$ ;  $DP=10,84$  anos e a maior aos de Demarcação  $M=48,07$ ;  $DP=18,02$  anos. A maioria dos participantes mantém um relacionamento conjugal como casado ou vivendo com um parceiro(a) ( $n=74$ ; 61,67%). Nas três comunidades há uma prevalência de pessoas católicas ( $n=83$ ; 69,17%), seguida pelo grupo de evangélicos ( $n=33$ ; 27,50%).

O grupo pesquisado desenvolve suas atividades de trabalho na lavoura/agricultura, pesca e na criação de animais ( $n=37$ ; 30,83%), no setor público ( $n=36$ ; 30,0%) e ( $n=10$ ; 8,33%) exercem suas atividades laborais no comércio local. Os demais respondentes ( $n=37$ ; 30,83%) adquirem renda da prestação de serviços autônomos, “fazem bicos”, ou encontram-se desempregados, aposentados ou recebem pensão. Entre os respondentes, a maioria não recebe qualquer ajuda ou subsídio do governo ( $n=83$ ; 69,17%), apesar da maioria viver com até dois salários mínimos por família ( $n=81$ ; 67,5%). Concernente ao nível de escolaridade dos participantes, constatou-se que a maioria ( $n=42$ ; 35,0%) possui nível fundamental incompleto. Cabe ainda destacar que ( $n=21$ ; 17,05%) da amostra, não possui qualquer escolaridade e ( $n=9$ ; 7,50%) do conjunto de sujeitos tem nível superior completo.

## TERMO INDUTOR SAÚDE

O quadro de quatro casas identificado na Figura 1 sob o termo indutor “saúde” apresenta as prováveis cognições que constituem as representações sociais dos ribeirinhos sobre a saúde. Constatou-se um corpus de análise gerado a partir das cinco evocações ao

termo, pensadas pelos 120 sujeitos, resultou no total de 600 palavras, entre as quais 50 eram diferentes. Considerando o dicionário das palavras evocadas pelos participantes, o *software* EVOC 2005 calcula a frequência simples de ocorrência de cada palavra evocada, média ponderada da ocorrência e ordens médias de evocação das palavras. A partir disso, para o *corpus* saúde foi definido como ponto de corte a frequência mínima de ocorrência de palavras igual a 8, a frequência intermediária das palavras igual a 24 e a ordem média de importância (*rang*) igual a 3. Tal critério foi utilizado conforme a Lei de Zipf de distribuição de palavras, como mostra a Figura 1.

	<i>OMI</i> <3		<i>OMI</i> =3			
	<i>f</i>	<i>OMI</i>	<i>f</i>	<i>OMI</i>		
<i>f</i> =24	amor	30	2,833	descaso	24	3,125
	atendimento	24	2,750	felicidade	99	3,111
	paz	47	2,723	tudo-de-bom	59	3,322
<i>f</i> <24		<i>f</i>	<i>OMI</i>		<i>f</i>	<i>OMI</i>
	bem-estar	23	2,913	harmonia	9	3,667
	capacitação	10	3,000	importante	13	3,308
	Deus	17	1,765	melhorias	11	3,182
	família	19	3,000	ruim	12	4,333
	médicos	22	1,955	tranquilidade	13	3,538
	recursos	8	2,500			
	remédios	10	2,600			
	transporte	13	2,769			

Figura 1: Quadrante de quatro casas do corpus Saúde. Comunidades da zona rural fluvial do Baixo Madeira, Porto Velho-RO, 2014.

Como se observa, no primeiro quadrante, localizado na parte superior esquerda estão os elementos mais prontamente evocados encontrados, formando o possível núcleo central da representação social da saúde: *amor*, *atendimento* e *paz*. A cognição *paz* apresenta frequência igual a 47 e ordem média de importância igual a 2,723, *amor* com frequência igual a 30 e ordem média de importância igual a 2,833 e *atendimento* com frequência igual a 24 e 2,750 de ordem média de importância.

A expressão *amor* expressa uma dimensão afetivo-attitudinal associada à saúde; a *paz* aparece como um elemento definidor da saúde que supera a doença física e expressa o seu caráter difuso na mente e no espírito. Ambos os termos parecem estar relacionados à importância que o grupo social atribui ao convívio e as relações sociais, tanto entre os próprios ribeirinhos quanto entre eles e os profissionais da saúde. Nesse sentido, outros achados atestam a afirmativa, e demonstram que a cognição *amor* também está

presente na representação dos cuidados em saúde dos profissionais, porém não ocupa a mesma posição central na estrutura representacional, porém reforça seu núcleo, enquanto uma dimensão afetiva que expressa atitude de cuidado e de preocupação pelo outro, características das profissões que atuam na área da saúde (Nogueira, Gomes, Machado, & Oliveira, 2015).

O elemento *atendimento* expressa uma dimensão biomédica, associada ao cuidado tecnológico do corpo e parece refletir a necessidade dos ribeirinhos de obter atendimento de saúde, considerando a saúde enquanto um direito básico, garantido pela constituição brasileira, mas que naquele contexto apresenta inúmeras fragilidades e desafios a serem superados. Dessa forma, a hipótese de centralidade da representação está ancorada em conteúdos avaliativos positivos, definidores de saúde e na prática do sistema de saúde por meio da cognição *atendimento*.

Conforme Oliveira e Gomes (2005), no quadrante superior direito (Figura 1) estão os elementos intermediários que reforçam o núcleo central. Esses elementos caracterizam o sistema periférico, são evocados com alta frequência, porém menos prontamente evocados: *descaso*, *felicidade* e *tudo-de-bom*. A cognição *felicidade* apresenta a maior frequência e a menor ordem média de importância igual a 99 e 3,111 respectivamente, seguida pelas cognições *tudo-de-bom* (59; 3,322) e *descaso* (24; 3,125). *Felicidade* e *tudo-de-bom* refletem uma dimensão afetivo-atitude, por meio de um estado psicológico e uma expressão positiva dos participantes frente à saúde, enquanto um bem a ser preservado. Juntos esses elementos reforçam o conteúdo central da representação de saúde. Pode-se inferir que essa cognição é compreendida como um dos sentimentos que melhor expressa o estado de saúde sob a ótica dos ribeirinhos, especialmente se comparada ou contraposta à situação de adoecimento. A cognição também pode estar relacionada às situações que envolvem o quadro de saúde dos ribeirinhos e traduz a maneira como se sentem ou desejam sentir-se, em um contexto onde a saúde demonstra fragilidade e as distâncias geográficas impõem barreiras.

A cognição *descaso* refere-se a uma dimensão social, indicando um conteúdo associado à face negativa do sistema de saúde e não à representação social de saúde em si, possivelmente evidenciando as condições da saúde existentes no grupo, tal como os ribeirinhos a descrevem. Portanto, essa cognição reflete as facetas negativas dos serviços prestados e reforça o sentido atribuído ao elemento central *atendimento*.

Os termos que estão localizados no quadrante inferior esquerdo são os elementos de contraste, que apesar de menos evocados, foram prontamente evocados e considerados importantes, em função da ordem de importância atribuída, apresentam outros sentidos à representação. Neste caso tem-se: *bem-estar*, *capacitação*, *Deus*, *família*, *médicos*, *recursos*, *remédio* e *transporte* (Figura 1).

Abric (2003) afirma a existência de um subgrupo que sustenta uma representação que diverge da maioria do grupo. Seguindo essa perspectiva, cabe salientar que a cognição

*Deus* possui uma frequência e ordem média de importância, respectivamente de 17 e 1,765, *médicos* (22; 1,955), *recursos* (8; 2,500), *remédios* (10; 2,600), *transporte* (13; 2,769), *bem-estar* (23; 2,913), *capacitação* (10; 3,000) e *família* (19; 3,000). Parte dos elementos evidencia uma dimensão imagética das representações, ancoradas às questões de caráter biomédico vivenciadas no grupo, as quais parecem se objetivar através dos problemas associados à estrutura dos serviços de saúde existentes nessas comunidades. Essas cognições refletem a preocupação de subgrupos acerca da figura do *médico* e da medicação- *remédio*, em achados anteriores, aplicado a populações urbanas, também observou-se a presença de termos que concebem a saúde em oposição à doença (Oliveira, & Sá, 2001).

Por outro lado, as demais expressões revelam uma dimensão social da saúde e sua associação a determinantes sócio-econômicos, que parecem evidenciar as alternativas para a melhoria da oferta de saúde local, por meio da cognição *capacitação* dos profissionais de saúde, bem como demonstrar a importância social atribuída à *família*, aos *recursos* e ao *transporte* nas questões relacionadas à saúde. O elemento *Deus* expressa um caráter místico-espiritual associado à noção de saúde, seja no sentido atribuído à entidade espiritual para a resolução dos males ou dessa para a própria manutenção da saúde. A cognição *bem-estar* reflete um estado psicológico positivo associado à definição de saúde e/ou necessário para o seu alcance. Nesse sentido, apesar do modelo biomédico compor as representações dos subgrupos, destaca-se a ampliação do conceito de saúde, a partir da importância atribuída à espiritualidade, ao bem-estar e a família relacionada à saúde, aspectos que se considerados, podem contribuir para o cuidado de forma integral da clientela ribeirinha.

Para Sá, Oliveira, Castro, Vetere, & Carvalho (2009) e Abric (2003), o quadrante inferior direito do quadro de quatro casas apresenta os elementos da segunda periferia, que são elementos menos frequentes e considerados como menos importantes pelos sujeitos pesquisados. Nessa perspectiva, verifica-se a presença da cognição *importante* com frequência e ordem média de evocação, respectivamente de 13 e 3,308, que elucida uma dimensão valorativa da representação associada à saúde para os ribeirinhos. Os elementos *harmonia* (9; 3,667) e *tranquilidade* (13; 3,538) evidenciam uma dimensão afetiva com caráter idealizado, associados à definição de saúde para o ribeirinho e, assim como, encontrado por (Oliveira, & Sá, 2001), essas cognições revelam uma maior aproximação da saúde ao bem estar psicológico e social. Por fim, os elementos *ruim* (12; 4,333) e *melhorias* (11; 3,182), expressam novamente uma dimensão social da representação associada ao sistema de saúde e aos determinantes socioeconômicos envolvidos nesse processo. Assim, os elementos que compõem a segunda periferia parecem indicar a precariedade na oferta de ações e serviços de saúde, com base na infraestrutura de saúde, mais especificamente, no que se refere ao sistema de saúde local, considerado importante para a própria manutenção do grupo e, que por esse motivo requer melhorias para promover

a harmonia e tranquilidade, idealizadas pelos ribeirinhos, seja a partir da relação entre os próprios sujeitos ou, entre eles e os profissionais da saúde.

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

## TERMO INDUTOR DOENÇA

O quadro de quatro casas identificado na Figura 2 sob o termo indutor “doença” apresenta as cognições que constituem as representações sociais dos ribeirinhos sobre doença. O corpus de análise gerado a partir das 5 evocações dos 120 sujeitos moradores da zona rural fluvial do Baixo Madeira, ao termo indutor “doença”, resultou em 600 palavras, com 50 palavras diferentes, adotando-se como ponto de corte a frequência mínima igual a 7, a ordem média de evocação (*rang*) igual a 3 e a frequência intermediária igual a 21, como mostra a Figura 2.

	OMI<3		OMI=3			
	<i>f</i>	OMI	<i>f</i>	OMI		
<i>f</i> ≥21	atendimento	35	2,657	desânimo	36	3,361
	desespero	24	2,875	doença	34	3,206
	medo	51	2,765	infelicidade	27	3,519
				mal-estar	22	3,500
				ruim	41	3,268
				tristeza	67	3,090
<i>f</i> <21		<i>f</i>	OMI		<i>f</i>	OMI
	deus	15	2,067	angústia	11	3,818
	dificuldade	12	2,917	dor	9	3,556
	família	11	2,636	morte	16	3,500
	medicação	13	2,538			
	médicos	14	1,929			
	preocupação	19	2,895			
	prevenção	8	2,875			
	recursos	14	2,929			
	saúde	10	2,300			
	sofrimento	7	3,000			
	transporte	12	2,917			
	tratamento	9	2,667			

Figura 2: Quadrante de quatro casas do corpus Doença. Comunidades da zona rural fluvial do Baixo Madeira, Porto Velho-RO, 2014.

A representação de doença é negativa e comporta os seguintes atributos: o núcleo central é constituído pelos elementos *atendimento*, *desespero* e *medo*. As cognições encontradas apresentam as seguintes frequências, ordem média de importância e

dimensões, respectivamente: *atendimento* (35; 2,657) é a cognição que possui a maior frequência e o primeiro lugar em importância, apresenta uma dimensão biomédica, onde a doença é vista como algo que se localiza no corpo e está associada ao cuidado desse mesmo corpo por tecnologia biomédica. *Desespero* (24; 2,875) e *medo* (51; 2,765) revelam uma dimensão afetivo-attitudinal da representação e definidora da doença e dos determinantes da doença. A análise das evocações produzidas ao termo indutor doença apresenta uma configuração que diferente em parte da observada em saúde, a saber: a hipótese de centralidade da representação social de doença está ancorada em conteúdos avaliativos negativos, definidores do objeto pesquisado e a uma visão de cuidado, estritamente biomédica.

No quadrante superior direito, primeira periferia, observa-se os elementos *desânimo* (36; 3,361), *mal-estar* (22; 3,500) e *doença* (34; 3,206); enquanto elementos definidores do objeto social, possuem uma dimensão psicológica e pragmática, que superam a doença física e expressam o seu caráter difuso, no corpo, na mente e no espírito. Os elementos *infelicidade* (27; 3,519), *ruim* (41; 3,268) e *tristeza* (67; 3,090), possuem uma dimensão afetivo-attitudinal, que reforçam a valoração negativa da representação social de doença, por meio de sentimentos associados à ausência de saúde. Sendo o último elemento considerado o mais importante entre as evocações, devido à ordem de importância atribuída ao mesmo. Esse conteúdo também foi identificado, em estudo anterior com populações urbanas e também assumia o duplo sentido de causa e consequência da doença (Oliveira, & Sá, 2001).

No quadrante em que estão presentes os elementos de contraste, aparecem as cognições *Deus* (15; 2,067) que possui um caráter místico-espiritual e pode estar associado à noção de ajuda ou castigo em caso de doença; os elementos *dificuldade* (12; 2,917), *recursos* (14; 2,929), *família* (11; 2,636) e *transporte* (12; 2,917) que evidenciam a dimensão social da representação e sua associação a determinantes socioeconômicos, na medida em que parecem refletir as dificuldades financeiras da pessoa ou família para o acesso aos serviços de saúde vivenciadas no cenário ribeirinho, bem como a falta de insumos ou recursos humanos na estrutura de saúde local. A cognição *transporte* pode estar relacionada às situações de adoecimento, na qual o sujeito tenha vivenciado a dificuldade no transporte local, sobretudo diante a falta de manutenção ou combustível para as “ambulanchas” (transporte fluvial de emergência), que realizam o transporte de usuários de uma localidade a outra pelo rio na busca por atendimento de saúde em unidade mais próxima/vizinha, pode expressar também a falta de recursos financeiros para gerir sua própria locomoção em caso de urgência por assistência de saúde. Nesse sentido, é comum identificar tanto nos relatos, como na observação do cenário ribeirinho que as famílias e seus membros representam, por vezes, a única forma de ajuda concreta nas situações de doença.

Os elementos *medicação* (13; 2,538), *médicos* (14; 1,929) *prevenção* (8; 2,875) e

*tratamento* (9; 2,667) objetificam a doença e revelam a dimensão biomédica, associada à medicalização da assistência e ao caráter preventivo da atenção à saúde em combate à doença. Os elementos *medicação* (13; 2,538), *médicos* (14; 1,929) e *tratamento* (9; 2,667) estão ancorados ao modelo biomédico, no qual a doença é vista, novamente, como a ausência do próprio elemento *saúde* (10; 2,300), como algo que se localiza no corpo e associa o cuidado desse mesmo corpo por tecnologia biomédica. Ao se traduzir as concepções do modelo de atenção biologizante, evidencia-se a percepção conservadora, especialmente ligada à figura do médico, que ainda prevalece sobre o sistema de saúde, naquele contexto. Todavia, o elemento *prevenção* (8; 2,875) apresenta-se como uma cognição “inovadora” na representação de doença dos subgrupos, pois expressa uma visão ancorada aos processos de mudanças consideradas recentes, no qual o modelo de atenção preventivo adquire espaço nas ações de saúde, enquanto uma prática atual em diversos contextos, embora “tardia” no sistema público de saúde, das comunidades pesquisadas.

Os achados neste estudo corroboram a própria representação social do SUS, que apresenta como característica central uma dimensão biomédica, reforçada pela expectativa de medicalização da atenção à saúde, o que decorre provavelmente da experiência dos usuários com uma estrutura assistencial hospitalocêntrica e medicocêntrica, historicamente predominante no setor saúde brasileiro (Oliveira & Silva, 2010).

Por fim, estão presentes na segunda periferia, as seguintes cognições: *angústia* (11; 3,818) e *dor* (9; 3,556), que reafirmam a dimensão afetivo-attitudinal da representação e, novamente propõem a doença como estados psicológicos, através dos sentimentos negativos, em oposição à saúde; a cognição *morte* (16; 3,500) revela a dimensão imagética da representação, na qual a doença é objetificada e vista como algo que se localiza no corpo do sujeito, podendo levá-lo ao seu limite. Nesse sentido, a noção de doença manifesta nos ribeirinhos a preocupação iminente com a morte, especialmente se consideradas as dificuldades existentes na oferta e ações de saúde em comunidades geograficamente distantes dos centros urbanos, cujos desafios tornam-se ainda mais relevantes. Portanto, a representação de doença é negativa, sobretudo ancorada ao modelo biomédico e definida por oposição à saúde. Parece ser uma resposta às dificuldades apresentadas nas estruturas do sistema de saúde e pela dificuldade de recursos financeiros dos sujeitos.

Nas representações de saúde e doença, há dimensões comuns relativas ao sujeito e a sua saúde e dimensões relativas aos serviços e infraestrutura de saúde. Identificaram-se em ambas as representações as dimensões afetivo-attitudinal, místico-espiritual, social e biomédica. De acordo com o critério comparativo, proposto pela abordagem estrutural, as representações dos objetos sociais pesquisados, apresentam em suas estruturas basicamente a mesma composição, tratando-se de representações que cumprem a mesmas funções, porém apresenta sentidos opostos, cujos sistemas periféricos diferenciados apenas refletem variações nas situações vividas pelos grupos.

Observa-se que os elementos candidatos ao núcleo central de saúde são cognições, que privilegiam aspectos positivos definidores da representação social de saúde e a avaliação negativa do sistema de saúde associada à faceta do atendimento prestado e da doença associada ao adoecimento. Levanta-se a hipótese, no entanto, aqui em primeiro lugar, que a saúde ancora-se a uma visão pragmática, condicionada pela importância atribuída aos atendimentos de saúde prestados nessas localidades, em razão do difícil acesso à oferta dos serviços de saúde regulares.

Todavia, para a compreensão do binômio saúde-doença, a saúde deve ser considerada um completo bem-estar físico, mental e social voltados à integralidade do homem, abrangendo também os aspectos biopsicossociais e não somente a ausência de doença. Além disso, o léxico *atendimento*, comum ao núcleo central dos objetos sociais pesquisados, pode ser compreendido tendo como base a configuração contextual do sistema de saúde local. Converte sobre essa cognição, no entanto, achados que apontam que o modelo biomédico característico das representações dos sujeitos é reforçado por vários fatores, como a postura de muitos profissionais da rede de atenção à saúde que dão continuidade ou iniciam uma clínica centrada no biológico, mostrando-se não capacitados a atuar através do vínculo que deve se estabelecer com o usuário, pautado na escuta e interação de saberes e práticas, tão necessários à concretização de um cuidado integral e imprescindível para se mudar o atual modo de produção da saúde (Oliveira, & Silva, 2010).

A presença do termo *Deus* na zona de contraste, nas duas representações reforça o núcleo central da saúde e doença e se apresenta como seu desdobramento, no pensamento do grupo, além disso, demonstra do papel importante que a entidade divina assume para essas populações, no caso em questão, de maioria católica e protestante, a igreja se configura como uma instituição de grande importância social, não somente como alternativa na cura dos males físicos e espirituais, mas também como espaço social de lazer e convívio nas comunidades pesquisadas.

A vida comunitária em comunidades do Baixo Madeira encontra amparo no ritmo da vida natural, que nela se mistura e se apóia, tornando-se elementos indissociáveis, porém no que tange ao processo de saúde-doença, há nos cuidados em saúde o predomínio de influências sociais baseadas eminentemente no modelo hegemônico biomédico. Os moradores dessas comunidades organizam suas vidas e tratam da saúde como formas de manter, sobretudo, o ritmo da produção, do trabalho e o sustento dos seus lares, realizado pela maioria, em consonância ao fluxo do rio, que obedece aos períodos sazonais de cheia e vazante. Além disso, os ribeirinhos demonstram em suas representações o medo do adoecimento, seja em consequência da escassez de recursos ou pelo fato de não poder manter a própria subsistência, já que uma parte expressiva das famílias é economicamente pobre, não recebe benefícios sociais do governo e dependem exclusivamente da venda de seus produtos.

Nesse sentido, uma revisão da literatura aponta como alternativa para o cuidado

de famílias rurais a necessidade de conhecer suas particularidades como cultura, crenças e hábitos de saúde. Este conjunto de valores difere de um grupo para outro, uma vez que o cenário rural merece destaque por ocupar posição desfavorável no acesso a serviços públicos favorecendo a desigualdades sociais e a pobreza dos sujeitos. Por essas razões, um dos grandes desafios da Enfermagem, constitui-se em incorporar sua prática com as dos indivíduos a serem cuidados, buscando na alteridade, maneiras de cuidar (Zillmer, Schwartz, Ceolin, & Heck, 2009). É notória a discussão acerca da necessidade de os profissionais da saúde reconhecerem as peculiaridades que as populações, urbanas ou rurais, apresentam, e como estas se tornam responsáveis por influenciar o seu comportamento e a sua trajetória de vida em prol da saúde (Wünsch, Budó, Garcia, Oliveira, Gewehr, Schimith, & Silveira, 2012).

Os estudos realizados no contexto ribeirinho são primordiais às políticas públicas de saúde, vez que privilegiam a compreensão dos diferentes fatores determinantes e condicionantes da saúde de populações mais afastadas dos grandes centros. Sobretudo, para a implantação de medidas de prevenção e pela aplicação dos resultados no controle de problemas de saúde, fundamentais para subsidiar práticas de saúde que visem à melhoria na qualidade de vida dos ribeirinhos, e sejam mais adequadas ao seu perfil.

## CONCLUSÕES

Identificou-se como prováveis elementos do núcleo central da representação de saúde *paz, amor e atendimento* e os elementos *medo, atendimento e desespero* da representação de doença. Tem-se, portanto uma representação positiva da saúde e negativa do sistema de saúde, com caráter idealizador e uma representação negativa de doença e do adoecimento em si. Essas representações concebem a saúde em oposição à doença e vice-versa. Desse modo, o núcleo central das representações sociais de saúde e doença baseia-se, sobretudo no modelo biomédico, no saber reificado formado pelas instâncias das estruturas de saúde. Em ambas as representações, observou-se um subgrupo que apresenta conteúdos ancorados ao modelo biomédico e ao social, com elementos associados ao sistema de saúde e aos determinantes socioeconômicos de saúde, permeadas por cognições comuns as duas representações *médicos, remédios, medicação, família, recursos e transporte*. Os conteúdos da periferia reforçaram a faceta positiva da representação social de saúde e negativa do sistema de saúde e doença, e parecem refletir as experiências de saúde cotidianas dos sujeitos, demonstrando a complexidade das representações em questão.

Em função das características de apreensão do objeto social por meio abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais foi possível conhecer a formação da realidade de saúde ribeirinha, influenciadas pelas condições ambientais e geográficas em que vivem as comunidades e a infraestrutura de saúde que dispõem evidenciadas

nas dimensões psicológica, social e cultural que atravessam as representações sociais de saúde e doença dos ribeirinhos. Além de identificar elementos psicossociais que contribuem para as concepções de saúde e doença no grupo social pesquisado, formando e transformando as representações que são transmitidas por meio da comunicação e interação social cotidiana do grupo.

Com os achados apresentados no estudo, espera-se contribuir para o conhecimento acerca do contínuo saúde-doença, especialmente em comunidades ribeirinhas e na reflexão dos profissionais de saúde como agentes participativos na transformação social da realidade de saúde praticada junto a essas comunidades. A fim de contribuir para que as ações de saúde sejam aliadas à execução de projetos de políticas públicas especialmente voltadas à comunidades, geograficamente distantes e, sobretudo para que essas ações possam ajustar-se à identidade local e singularidades daquele contexto, possibilitando transformações nas representações sociais dos sujeitos, o que, por sua vez, gerará mudanças em suas atitudes e na relação que estabelece com o próprio sistema, permitindo com que esse também mude.

A identificação das representações sociais de saúde e doença de moradores de comunidades ribeirinhas pode se revelar produtiva por permitir a maior aproximação à situação de saúde local, a partir do pensamento social dessas populações, contribuindo, para ampliar a noção das condições de saúde existentes e das necessidades de saúde. Com isso, é possível compreender melhor o modo como o sistema de saúde se mantém localmente, para que a partir de então, possa ser reformulado, por meio de alternativas adaptáveis ao modelo assistencial vigente praticado, tomando, portanto as representações como base de análise para a reflexão do sistema de saúde e para a instrumentalização a campo dos profissionais, que atuam em contextos rurais fluviais específicos. Por fim, ao considerar o pensamento social do grupo nas questões de saúde-doença e suas implicações, é possível ressignificar o caráter idealizado, existente nas representações, e aproximá-lo a uma realidade palpável, mais coerente às necessidades das populações ribeirinhas, que de tão distantes, possuem maiores chances de serem “esquecidas”, como revelou-se nas representações dos ribeirinhos do Baixo Madeira.

Conclui-se que as representações em estudo são predominantemente pragmáticas e afetivas, pautadas no modelo biomédico, constituindo-se como subsídio para intervenções profissionais na promoção da saúde com base no modelo preventivo e integral da saúde para os moradores de comunidades localizadas em área de floresta, localizadas no Baixo Madeira. A oferta de saúde pauta-se no desafio de levar em conta a realidade diferenciada destas comunidades, consonantes às representações sociais de saúde e doença dos ribeirinhos, por meio de um trabalho pautado no território e nas fortalezas nele existentes. Para o enfrentamento desse desafio, coloca-se a necessidade de ampliar o acesso à assistência à saúde, promovendo a melhoria da sua qualidade.

## REFERÊNCIAS

- Abric, J. C. (1998). A Abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira, & D. C. Oliveira (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 27-38). Goiânia: AB.
- Abric, J.C. (2003). La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In J. C. Abric (Org.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 58-80). Saint-Agne: ERES.
- Ministério da Saúde (BR). (2004). Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Diegues, A. C. (2000). Etnoconservação da natureza: Enfoques alternativos. In: Diegues, A.C. (org.). *Etnoconservação. Novos rumos para a conservação da natureza*. HUCITEC, NUPAUB-USP, São Paulo, Brasil, 1-46.
- Nogueira, V. P. F., Gomes, A. M. T., Machado, Y. Y., & Oliveira, D. C. (2015). Cuidado em saúde à pessoa vivendo com HIV/AIDS: representações sociais de enfermeiros e médicos *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2015 mai/jun; 23(3):331-7
- Gomes, A. M. T., & Oliveira, D. C. (2005). Estudo da Estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39 (2), 145 - 153.
- Loureiro, J. J. (1995). *Cultura Amazônica uma Poética do Imaginário*. 1ªed. São Paulo: Cejup.
- Moscovici, S. (2011). *Representações Sociais: investigações em Psicologia Social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Moscovici, S. *La psychanalyse, son image et son public*. 2. ed. Paris: PUF, 1976.
- Nascimento, M. G. S. (1996). Espaço Ribeirinho: migração nordestina para os seringueiros da Amazônia. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia, letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Oliveira D. C., Gomes A. M. T., & Marques S. C. (2005). Análise estatística de dados textuais na pesquisa das representações sociais: alguns princípios e uma aplicação ao campo da saúde. In Menin MSS, Shimizu A.M, organizadores. *Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 157-200.
- Oliveira, D. C., Marques, S. C., Gomes, A. M. T., & Teixeira, M. A. T. V. (2005). Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. Em A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuino, & S. M. Nóbrega (Orgs.), *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp. 573-603). João Pessoa: Editora da Universidade Federal da Paraíba.
- Oliveira, D. C., & Sá, C. P. (2001). Representações Sociais da Saúde e Doença e Implicações para o Cuidar em Enfermagem: Uma Análise Estrutural. *R. Bras. Enferm.*, Brasília, 54(4), 608-622.
- Oliveira D. C., & Silva, L. L. (2010). O Que Pensam Os Usuários Sobre A Saúde: Representação Social Do Sistema Único De Saúde. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 18(1), 14-18.
- Sá, C.P. (2002). *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes.

Sá, C.P., Oliveira, D. C., Castro, R.V., Vetere, R., & Carvalho, R.V.C. (2009). A memória histórica do regime militar ao longo de três gerações no Rio de Janeiro: sua estrutura representacional. *Estudos de Psicologia*, 26(2), 159-171.

Oliveira, D. C. & Silva, L. L. (2010). O que pensam os usuários sobre a saúde: Representação social do sistema único de saúde. *Rev. Enferm. Uerj*, rio de janeiro, jan/mar; 18(1):14-18.

Zillmer, J. G. V, Schwartz, E., Ceolin, T., & Heck, R. M. (2009). A família rural na contemporaneidade: um desafio para a enfermagem. *Rev enferm. UFPE on-line*, 3(2), 749-54.

Wünsch S, Budó M. L. D., Garcia, R. P., Oliveira, S. G., Gewehr, M., Schimith, M. D., & Silveira C. L. (2012). População rural e enfermagem: uma revisão bibliométrica. *Rev. Enferm. UFSM*, 2(3), 539-546.

## **SOBRE O ORGANIZADOR**

**RAFAEL HENRIQUE SILVA** – Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (2007), especialista Lato Sensu em Urgência e Emergência pelas Faculdades Integradas do Vale do Ivaí (2008) e em Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização pelo Centro Universitário Uningá (2019). Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Unisagrado – Bauru (2012) trabalhando com qualidade de vida de pacientes portadores de feridas crônicas. Doutor em Biologia Oral pela Unisagrado –Bauru (2020) com trabalhos na linha de Tecnologia em Saúde e Segurança do Paciente. Atuou como Docente no curso de Enfermagem na Faculdade Integrado de Campo Mourão (2008 – 2015) e na Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (2016 – 2019). Exerceu a função de Tutor no Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica e no Programa de Residência Multiprofissional na Atenção Cardiovascular, na Atenção à Saúde Indígena e na Saúde Materno-infantil pelo Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. Atualmente é membro do conselho técnico científico da Atena Editora e revisor das revistas científicas Saúde e Pesquisa, Ciências da Saúde Vittal e SaBios - Revista de Saúde e Biologia. Atua como Enfermeiro do Centro Cirúrgico no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados e Professor do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Cardiovascular pela mesma instituição.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Acidente vascular encefálico 171, 172, 173, 182, 183, 185

Agentes comunitários de saúde 28, 34, 35, 36, 37, 43, 44, 116, 132

Alopécia 161, 163, 170

Animais peçonhentos 35, 38, 39, 41, 42, 148, 149, 150, 151, 155, 156, 157

Areata universal 161, 162, 163, 164, 170

Assistência de enfermagem 6, 8, 13, 14, 15, 19, 21, 46, 48, 53, 83, 84, 85, 88, 91, 93, 95, 96, 97, 99, 100, 109, 110, 128, 132, 161, 170, 190, 193

Atenção primária à saúde 1, 4, 5, 10, 13, 22, 24, 52, 57, 115, 123, 133

### C

Centro de cuidados de enfermagem 125, 126, 128

Complicações 29, 37, 58, 61, 94, 99, 100, 128, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 153, 154, 155, 178, 180

Comunicação 1, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 68, 113, 132, 136, 143, 172, 185, 190, 191, 192, 196, 205, 217

Cuidados de enfermagem 13, 84, 115, 122, 124, 125, 126, 128, 134, 137, 171, 182, 186, 188, 193

### D

Diagnóstico de enfermagem 89, 99, 127, 161, 169, 170

Discriminação 76, 77, 78, 158, 159

Doação de sangue 158, 160

Doença crônica 26, 93, 94, 95, 100, 129, 134

Doenças infectocontagiosas 46, 47, 54

### E

Educação em saúde 12, 25, 27, 31, 32, 39, 43, 110, 114, 119, 121, 132, 136, 178, 181

Emergências 37, 42

Empatia 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 72, 80, 199

Enfermagem 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 32, 42, 43, 46, 48, 53, 55, 56, 57, 68, 70, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 161, 162, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 190, 191, 192, 193, 197, 201, 216, 218, 219, 220

Ensino em saúde 194

Epidemiologia 56, 57, 65, 67, 92, 149, 157

Estomia 119, 120, 121, 123

Estratégia de saúde da família 19, 25, 56, 107, 108, 109, 111, 129

## H

Hanseníase 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 55

Hemodiálise 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147

Hipertensão arterial sistêmica 20, 86, 93, 94, 95, 164

Hipotireoidismo 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 92

HIV 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 218

Homoafetivos 158

Humanização 1, 3, 8, 9, 10, 11, 115, 116, 125, 130, 131, 133

## I

Idoso 17, 18, 20, 22, 82, 102, 103, 104, 105, 106

Interdisciplinaridade 195, 196, 201

Interprofissionalidade 194, 195, 196, 197, 201, 202

## M

Métodos diagnósticos 46

Multiprofissionalidade 13, 21, 195

## P

Políticas públicas 17, 22, 71, 77, 105, 114, 158, 196, 204, 216, 217

Primeiros socorros 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44

Processo de enfermagem 83, 84, 89, 91, 94, 99, 100, 161, 162, 172, 193

Puericultura 107, 108, 109, 110, 132

## R

Revisão integrativa 13, 14, 18, 41, 43, 44, 102, 104, 124, 133, 134, 137, 171, 173, 174, 176, 180, 181, 184, 186, 188, 190, 193

## S

Saúde da criança 17, 19, 107, 109, 110

Saúde pública 16, 17, 21, 26, 43, 45, 46, 47, 48, 54, 55, 57, 58, 59, 61, 66, 68, 69, 71, 101, 106, 108, 115, 136, 148, 149, 156, 158, 159, 160

Segurança do paciente 102, 103, 104, 134, 135, 137, 139, 143, 144, 145, 146, 220

Sistematização da assistência de enfermagem 53, 83, 84, 85, 88, 91, 93, 95, 96, 97, 99, 100, 128, 161, 170

## **T**

Trabalho em saúde 195

Tuberculose 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71

## **V**

Visita domiciliária 33, 119, 121, 123

Vulnerabilidade social 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 46, 54, 77



**INOVAÇÃO E  
TECNOLOGIA  
PARA O CUIDAR  
EM ENFERMAGEM**

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

@atenaeditora 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 



**INOVAÇÃO E**  
**TECNOLOGIA**  
**PARA O CUIDAR**  
**EM ENFERMAGEM**

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

@atenaeditora 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 