



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE - ICS**  
**BACHARELADO DE GESTÃO PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

**ALINE LANA SOUSA PEDROSO**

**AMBIENTE-SAÚDE NO TERRITÓRIO DO ARITAPERA: O COTIDIANO E O**  
**ACESSO À ASSISTÊNCIA A SAÚDE**

**SANTARÉM-PA**  
**2022**

**ALINE LANA SOUSA PEDROSO**

**AMBIENTE-SAÚDE NO TERRITÓRIO DO ARITAPERÁ: O COTIDIANO E O  
ACESSO A ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Monografia apresentada no Instituto de Ciências da Sociedade da UFOPA como requisito básico para conclusão do Curso de Bacharelado em Gestão Pública e Desenvolvimento Regional.  
**Orientadora:** Francielei Burlamaque Maciel

**SANTARÉM,  
2022**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/ UFOPA**

---

P372a    Pedroso, Aline Lana Sousa

Ambiente-saúde no território de Aritapera: o cotidiano e o acesso à assistência à saúde. / Aline Lana Sousa Pedroso. – Santarém, 2022.

73 p.: il.

Inclui bibliografias.

Orientadora: Franciclei Burlamaque Maciel.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Instituto de Ciências da Sociedade, Programa de Ciências Econômicas e Desenvolvimento Regional, Curso de Gestão Pública e Desenvolvimento Regional.

1. Comunidade. 2. Território. 3. Ambiente-Saúde. I. Maciel, Franciclei Burlamaque, *orient.* II. Título.

CDD: 2A3 ed. 362.1098115

**ALINE LANA SOUSA PEDROSO**

**AMBIENTE-SAÚDE NO TERRITÓRIO DO ARITAPERA: O COTIDIANO E O  
ACESSO A ASSISTÊNCIA A SAÚDE**

Monografia apresentada no Instituto de Ciências da Sociedade da UFOPA como requisito básico para conclusão do Curso de Gestão Pública e Desenvolvimento Regional.

**Orientadora:** Franciclei Burlamaque Maciel

Data de aprovação: 31 / 01 / 2022

Prof.(a) Wilson Sabino - Membro da banca

 \_\_\_\_\_

Profª Ilvia Silva Gomes - Membro da banca

 \_\_\_\_\_

Dedico este trabalho à minha mãe Elizete e aos meus pais/avós Borges e Selma por terem sido os principais responsáveis na formação do meu caráter e de quem sou hoje.

## **AGRADECIMENTO**

Primeiramente, à Deus pois é Ele que me capacita e me concede forças para persistir e lutar todos os dias em busca dos meus objetivos.

À minha mãe Elizete que por 17 anos de sua vida e da minha, se dedicou unicamente na minha criação e em me proporcionar o melhor que poderia, me ensinou a caminhar, a ser forte e independente e a sempre correr atrás dos meus sonhos e objetivos. Não poderia deixar de mencionar meus pais/avós Borges e Selma que são meus maiores exemplos de vida e que foram imprescindíveis ajudando minha mãe na minha criação e sendo fundamentais nesse processo.

Ao meu esposo Diego, por todo companheirismo, cuidado e paciência que teve comigo durante esse ciclo.

Aos meus tios, em especial à Elizane que sempre esteve ao meu lado apoiando e se colocando à disposição em tudo que eu precisasse.

A todos que de alguma forma contribuíram para realização desta pesquisa, em especial aos meus tios Raul, Arlete e Reinaldo que se disponibilizaram a me auxiliar durante a pesquisa de campo na comunidade.

À minha irmã Raquel, pelas vezes que chorou comigo, que torceu para que tudo desse certo e a todo apoio prestado mesmo distante geograficamente.

Ao meu pai Laurimar, agradeço por todas as palavras de apoio e incentivo.

Aos meus filhos de quatro patas Thor e Maggie que todos os dias se fizeram presentes embaixo da minha escrivaninha enquanto eu trabalhava na construção do trabalho.

Aos meus amigos que se fizeram presente durante esse período e que de forma direta ou indiretamente apoiaram, torceram e incentivaram para a realização e conclusão deste trabalho.

À Prof<sup>ª</sup>. Dra. Francilei que prontamente aceitou ser minha orientadora. Agradeço por todo conhecimento compartilhado, pela paciência nos momentos de crises e de desespero. Assim como pelas palavras amiga e por todo apoio disponibilizado ao longo dos meses que sucederam a construção deste trabalho.

À Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) e todos os meus professores que ao longo da minha jornada acadêmica compartilharam de seus conhecimentos. A todos, minha gratidão.

“Foi o tempo que dedicastes à tua rosa que a fez tão importante”.  
(Antoine de Saint-Exupéry)

## RESUMO

O estudo tem como objetivo compreender a interface ambiente-saúde sobre o acesso ao serviço de assistência à saúde no território ribeirinho, no município de Santarém-PA. A pesquisa compreende o período de 2020 e 2021. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril, maio e setembro de 2021. Utilizaram-se observação direta e roteiro de entrevistas que foram aplicadas a 12 moradores comunitários, com maior tempo de moradia na comunidade. A pesquisa é de natureza quali-quantitativa, exploratória com dados secundários e primários. A análise dos dados ocorreu pela análise do discurso dos sujeitos, tendo como parâmetro Orlandi (2003). Os resultados indicam que a comunidade Centro do Aritapera, enfrentam desafios e dificuldades no acesso a serviços básicos essenciais de saúde, principalmente durante o período de cheia do rio. Conclui-se que, os comunitários carecem de ampliação do acesso a assistência de saúde, garantindo o direito à saúde.

**Palavras-chave:** Comunidade. Território. Ambiente-Saúde. Acesso.



## ABSTRACT

The study aims to understand an environment-health interface on access to health care service in the riverside, in the municipality of Santarém-PA. Most of the data collection took place in April and May 2021. Direct observation in the community and an interview script were applied to a period of 12 community residents, with time of community housing. The research is qualitativequantitative, exploratory with secondary and primary data. An analysis of the data occurred through the discussion of the subjects, having as analysis of parameters Orlandi (2003). The results indicate that the Aritapera Center, the challenges and difficulties in accessing basic health services, especially during the flood period of the river. The community members lack access to health care, the right to health.

**Keywords:** Community. Territory. Environment-Health. Access.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Representação da metodologia utilizada no estudo.....	14
Figura 2	UBSF na região do Baixo Amazonas, Estado do Pará.....	31
Figura 3	Mapa da região.....	37
Figura 4	Representação fotográfica da comunidade Centro do Aritapera.....	41
Figura 5	Representação fotográfica da comunidade no período da cheia do rio Amazonas.....	42
Figura 6	Representação fotográfica das moradias locais.....	43
Figura 7	Alternativas de tratamento da água na comunidade.....	45
Figura 8	Representação fotográfica de hortas suspensas.....	48
Figura 9	Representação dos quintais na comunidade do Aritapera durante as cheias do rio.....	49
Figura 10	Representação das atividades produtivas locais.....	50
Figura 11	Representação fotográfica do drive-thru fluvial na comunidade do Aritapera.....	56

## LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
Casai	Casa da Saúde Indígena
CF	Constituição Federal
eSF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPAM	Instituto de Pesquisa Ambiental da Amazônia
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das águas.
SAPOPEMA	Sociedade para Pesquisa e Proteção do Meio Ambiente
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial
UFOPA	Universidade Federal do Oeste do Pará

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	14
<b>2.1 O ambiente-saúde no território ribeirinho</b> .....	16
<b>2.2 Acesso ao serviço de saúde: do SUS à dificuldade logística dos ribeirinhos</b> .....	21
2.2.1 SUS: promovendo qualidade de vida e equidade em saúde .....	22
2.2.2 A Política de Atenção Básica e a logística no território ribeirinho .....	25
2.2.3 Acesso e acessibilidade ao serviço de saúde: a Unidade Básica de Saúde comunitária e fluvial.....	27
2.2.4 Política da saúde integral: uma estratégia para populações ribeirinhas .....	33
<b>2.3 Ecologia histórica, risco e saúde na comunidade do Aritapera</b> .....	36
2.3.1 Aspecto histórico da comunidade .....	36
2.3.2 Comunidade tradicional ribeirinha: aspecto teórico-conceitual .....	38
2.3.3 O risco ecológico na relação ambiente-saúde: o cotidiano da cheia e vazante 41	
2.3.4 A organização sociopolítica no território ribeirinho.....	51
<b>2.4 A percepção do serviço de saúde na comunidade do Aritapera</b> .....	54
2.4.1 O serviço de saúde no território: a arte de “fazer saúde” com o “drive fluvial”	54
2.4.2 A sustentabilidade na relação ambiente-saúde: saúde, qualidade de vida e equidade .....	57
<b>3 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	60
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	62
<b>APÊNDICE 1</b> .....	73
<b>APÊNDICE 2</b> .....	74
<b>TERMO DE AUTORIZAÇÃO</b> .....	75

## 1 INTRODUÇÃO

As discussões em torno da relação ambiente-saúde são recorrentes, associadas as alterações ambientais antrópicas, que têm aumentado o risco de exposição a doenças afetando a qualidade de vida das pessoas (SILVEIRA e NETO, 2014). Dessa forma, a relação entre o ambiente e saúde é indivisível, ou seja, ambos estão integrados. De acordo com Freitas (2003, p.138) “a preocupação com os efeitos na saúde provocados pelas condições ambientais é evidente desde a Antiguidade” e tem se tornado cada vez mais presente na contemporaneidade, e na pauta das discussões da saúde pública.

A interface ambiente-saúde se tornou uma discussão cada vez mais relevante em diversos setores da sociedade, e não se trata somente de um “assunto da moda”, pois fará parte da agenda de várias gerações do futuro (FREITAS e PORTO, 2006). Historicamente, as atividades econômicas executadas no Brasil sempre estiveram associadas com a exploração dos recursos naturais (BRASIL, 2002), gerando impactos e danos ambientais que afetam diretamente a saúde e a qualidade de vida das pessoas no território.

Nesse trabalho adota-se o conceito de território ribeirinho, que se constitui de populações tradicionais, que vivem às margens dos rios no interior da Amazônia (SCHERER, 2004). De acordo com Arruda (1999, p.79), as populações tradicionais são aquelas “que apresentam um modelo de ocupação do espaço e uso dos recursos naturais voltado principalmente para a subsistência com fraca articulação com o mercado, [...]”, essas populações mantêm um modo de vida particular “[...] baseado em uso intensivo de mão de obra familiar, tecnologias de baixo impacto derivadas de conhecimentos patrimoniais e, normalmente, de base sustentável”.

A relação ambiente-saúde com essa população, se dá de maneira peculiar em decorrência das particularidades inerentes a essas regiões, como moradias adaptadas, modos de vida e pelo próprio ambiente natural em que vivem. Por se tratar de localidades que geralmente encontram-se distantes dos centros urbanos e pelas próprias características naturais, as populações tradicionais muitas vezes encontram-se sobre condições desiguais, no que diz respeito à acesso ao serviço público de saúde. Assim como também são desprovidos de recursos essenciais, como saneamento básico, rede de energia elétrica, além de serem dependentes das

idades para adquirir bens de consumo e a própria assistência à saúde (GUIMARÃES *et al*, 2020).

Para Pessoa, Almeida e Carneiro (2018), o ambiente rural possui características e peculiaridades que condicionam a estruturação do serviço de saúde e das práticas sanitárias. Uma dessas particularidades está relacionada a dinâmica hídrica das regiões ribeirinhas de várzea, com o fenômeno da enchente, período do ano onde ocorre inundação deixando o solo submerso. Esse fenômeno natural influencia nas limitações de vivência dessas populações, principalmente quanto a maneira de utilizar os recursos disponíveis (PEREIRA, 2007).

Para Boas e Oliveira (2016, p. 1386) “o cenário ribeirinho enfrenta dificuldades relacionadas à precariedade de ações das políticas públicas, incluindo a falta de acesso aos serviços públicos essenciais”. Os ribeirinhos da Amazônia, por exemplo vivenciam inúmeros desafios em seu cotidiano relacionados a logística e à insuficiência das políticas públicas em aspectos como educação e saúde (BOAS e OLIVEIRA, 2016).

São questões que justificam a realização de estudo sobre a vida cotidiana ribeirinha, não apenas para compreender os processos sociais e ambientais que afetam o acesso a assistência do serviço de saúde local, como para contribuir com políticas públicas para esses territórios. Dessa forma, conhecer a complexidade que caracteriza os modos de vida dessas populações, pode elucidar as implicações na demanda por serviço de assistência à saúde no contexto Amazônico.

Considerando esse contexto, o **objetivo geral** é compreender a interface ambiente-saúde sobre o acesso ao serviço de assistência à saúde no território ribeirinho, no município de Santarém-PA. Tendo como **objetivos específicos**: (1) caracterizar o cotidiano socioambiental do Aritapera; (2) compreender a interface ambiente-saúde e seus efeitos na demanda de assistência ao serviço de saúde; (3) conhecer a percepção sobre a oferta do serviço público de saúde.

Esse estudo se justifica pela particularidade e pela dinâmica socioambiental que constitui a comunidade ribeirinha do Centro do Aritapera. Essa comunidade, assim como muitas outras no interior da Amazônia, possuem um modo de vida conectado ao ambiente natural. As características ambientais de cheia e vazante que se alteram a cada seis meses na região, gerando implicações e limitações aos sujeitos moradores do território. Assim como, impõe a adoção de estratégias para a sua

superação e resolução frente as constantes demandas sociais. Por fim, esse estudo pode contribuir com as políticas públicas de saúde do município de Santarém, a partir do reconhecimento das diferentes demandas sociais existentes no território da várzea amazônica.

## 2 METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada na comunidade do centro do Aritapera, localizada às margens do Rio Amazonas, na região de várzea, cerca de 36 km de distância do município de Santarém, estado do Pará. O acesso se dá por via fluvial, de barco motor, com duração de aproximadamente três horas e meia de viagem. Conforme representação (**FIGURA 1**) metodológica, o estudo abrangeu o período de 2020 e 2021. A coleta de dados ocorreu com observação direta e roteiro de entrevista (**APÊNDICE**) (GIL, 2002), aplicado aos sujeitos moradores (12 moradores) com maior tempo de moradia na localidade.

**Figura 1:** Representação metodológica.



A revisão da literatura foi realizada a partir das principais categorias: ambiente-saúde (FREITAS, 2013; FREITAS e PORTO, 2006; PORTO, 2012; MACIEL, 2018; MINAYO, 2010), território ribeirinho (MONKEN *et al.*, 2008; MONKEN e BARCELLOS,

2007; LEROY, 2010) e acesso e acessibilidade (BARROS e SOUSA, 2016; ALMEIDA, 2013; GUIMARÃES *et al*, 2020; SANCHEZ e CICONELLI, 2012; STARFIELD, 2002).

A Pesquisa tem natureza quali-quantitativa, exploratória com dados secundários e primários (SEVERINO, 2007; MINAYO, 2004). A aproximação do campo ocorreu em três visitas à comunidade, ocasião em que foi utilizado como suporte de apoio, gravador de voz e câmera fotográfica para capturas de imagens que demonstram as características do ambiente estudado.

A análise dos dados ocorreu pela análise do discurso dos sujeitos, tendo como parâmetro Orlandi (2003). O autor considera, a existência de movimento dos sentidos, destaca a errância dos sujeitos, a importância dos lugares provisórios de conjunção e dispersão. Esse movimento está atrelado a unidade e a diversidade, a indistinção, a certeza, os trajetos, a ancoragem e aos vestígios vividos pelos sujeitos. Para Orlandi (2003), isto é discurso, isto é o ritual da palavra, mesmo das palavras não ditas.

O autor destaca, o movimento com qualidade, isto é, a movência do sujeito, que é transitório, mas os seus sentidos permanecem. Existem modos de interpretar esses sentidos, como aponta Orlandi, “[...] há especialistas, há um corpo social a quem se delegam poderes de interpretar, tais como o juiz, o professor, o advogado, o padre, etc.” (ORLANDO, 2003, p.10). Neste caso, os sentidos podem ser “administrados”, ou seja, toda fala pode ser interpretada, diferente dos sentidos, que tem individualidade e significado próprio. Assim, de acordo com Orlandi, “todo discurso fica incompleto, sem início absoluto e sem ponto final” (p. 11).

Eni Orlandi deixa claro que a análise de Discurso, trata do discurso em si, e não da linguagem que o sujeito utiliza para se comunicar. A etimologia da palavra discurso, reforça essa ideia ao apontar que a origem da palavra discurso, traz a ideia de curso, percurso, correr por, enfim, traz a ideia de movimento. Portanto, o discurso são as palavras em movimento, isto é, a prática de linguagem, expressa pelo homem, ao falar. Portanto neste trabalho, [...] procura-se compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, como parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história.

A análise do discurso, se justifica por possibilitar de forma estratégica, a aproximação do conhecimento que torna o sujeito um ser especial com sua capacidade de significar e significar-se. A análise de Discurso se apropria da linguagem apenas como mediação indispensável, entre o sujeito e a realidade vivida. Essa mediação, pode contribuir com a transformação do homem e do ambiente vivido.



Esse é o propósito desse estudo, procurar compreender para além das falas dos sujeitos, relacionando ao cotidiano vivido.

## **2.1 O ambiente-saúde no território ribeirinho**

A interface ambiente-saúde é um tema recorrente nas discursões e práticas sanitárias (FREITAS, 2003), que provoca reflexões sobre o processo de interdependência que o homem tem sobre o ambiente em que vive. O homem depende da natureza para sua sobrevivência, e a natureza disponibiliza dos recursos para tal, no entanto, o uso desses recursos tem sido marcado por uma exploração inconsequente da natureza.

E como fruto dessa ação antrópica de exploração exacerbada é possível observar modificações ambientais, expondo a população humana suscetível a doenças, o que reflete diretamente na qualidade de vida da população (SILVEIRA e NETO, 2014). Nas últimas décadas o planeta passou a experimentar alterações ambientais significativas (GOUVEIA, 1999) evidenciando a constatação da crise socioambiental e dos riscos ecológicos (PORTO, 2012).

Para Porto (2012) o risco ecológico é um risco que possui uma ou mais fontes de geração de perigo, que se disseminam espacialmente por meio de várias estruturas. Essas estruturas ou mecanismos servem como via de transmissão e atingem pessoas e ecossistemas que não necessariamente se encontram próximo a essas fontes. Esses riscos muitas vezes são desprezados ao se pensar em planos de desenvolvimento, e geram agravos a saúde coletiva (PORTO, 2012; MACIEL, 2018).

A discussão sobre a relação ambiente, saúde e desenvolvimento na Amazônia (VIANA; FREITAS; GIATTI, 2015) tem sido debatida a nível mundial, principalmente devido aos impactos ambientais sem precedentes que o planeta vem sofrendo. A condição ambiental tem gerado significativos efeitos na saúde humana (FREITAS, 2003) resultando em um quadro complexo de problemas de saúde, que estão intimamente relacionados às mudanças ambientais (VIANA; FREITAS; GIATTI, 2015), o que indica a necessidade de fortalecer a sustentabilidade na Amazônia.

O conceito de sustentabilidade por sua vez, é compreendido por Maciel (2018) como a oportunidade de estabelecer um desenvolvimento equitativo e sustentável de modo que se gere ações e práticas saudáveis que abrangem a participação individual e coletiva. Ainda para a autora, a sustentabilidade prioriza as relações de cuidado

socioambiental de maneira a refletir na promoção da qualidade de vida. Dessa forma, sustentabilidade pode ser entendida como o equilíbrio entre os aspectos econômicos, sociais e o meio ambiente.

Historicamente a relação ambiente e saúde sempre se encontraram profundamente relacionados (FREITAS e PORTO, 2006). Nos últimos anos, as questões ambientais têm se tornado cada vez mais alvo de preocupação social e científica (GOUVEIA, 1999; MACIEL, 2018). Por essa razão a abordagem sobre a relação saúde-ambiente ganhou destaque na elaboração da Rio-92, diante das preocupações com a responsabilidade humana frente ao ambiente em que vive (MINAYO, 2002). Nessa ocasião, foi apontado o impacto das mudanças ambientais em relação a saúde das populações.

A partir da Rio-92 ficou evidenciado que as necessidades de saúde dos indivíduos devem ser articuladas em conjunto com os fatores ambientais considerando as suas inter-relações físicas, biológicas e sociais (MINAYO, 2002). Essa inquietação abrange na atualidade vários segmentos da sociedade, e deixou de ser um problema somente para quem lida diretamente com esse assunto, tornando-se uma problemática do interesse de toda humanidade, visto que a destruição ambiental ameaça todo o suporte à vida (FREITAS e PORTO, 2006).

Os estudos e discussões sobre a relação existente entre o ambiente e a saúde, apontam para os efeitos nocivos ao meio ambiente provenientes da ação do homem, o que têm desencadeado o aumento da discussão a respeito do risco de ressurgência de doenças (NAVARRO *et al*, 2002). Com isso, a introdução de novas abordagens que relacionam as questões ambientais, associado à promoção da saúde, tem se fortalecido na direção de integrar enfoques ecossistêmicos e sociais na compreensão dos problemas de saúde da população (PORTO e MARTINEZ-ALIER, 2007).

Carvalho (2013) destaca que de acordo com o Ministério da Saúde, a promoção da saúde está relacionada com o processo de capacitação da comunidade, para agir de forma participativa em prol da melhoria de sua qualidade de vida e saúde. O autor ainda reitera que promover a saúde é atuar nas causas do processo de adoecimento, de modo que a sociedade participe de maneira efetiva como sujeitos e atores de sua própria vida e saúde.

Dentro dessa perspectiva, Sanchez e Ciconelli (2012) ressaltam que a promoção da saúde permite ao indivíduo entender suas aspirações e satisfazer suas

necessidades ao mesmo tempo em que modifica e coopera com o ambiente, tornando assim a saúde como um recurso para a vida cotidiana. Dessa forma, a promoção da saúde está estritamente relacionada ao conceito de saúde, uma vez que as ações de promoção buscam favorecer as condições que impactam positivamente na saúde das pessoas.

Diante disso, o campo da saúde passou a ampliar os olhares direcionados para a promoção da saúde de modo que se atue coletivamente sobre os fatores que a afetam. Assim, a saúde deixa de ser vista como algo restrito ao aspecto biológico (FREITAS e PORTO, 2006), sendo entendida de forma ampliada envolvendo diversos e variados aspectos da vida das pessoas.

O conceito de saúde definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 1948, aponta a saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente como a ausência de doenças ou enfermidades”. Diferente do conceito de saúde da OMS, onde Porto (2012) destaca que a saúde se concretiza conforme um indivíduo ou grupo consegue realizar aspirações e atender necessidades ao mesmo tempo em que lida com o meio ambiente. Por outro lado, a saúde engloba recursos sociais e pessoais (PORTO, 2012), da mesma forma que é condicionada por fatores externos como o próprio ambiente.

Desse modo, o conceito de saúde é ampliado na medida que é associado a questão ambiental e agregado as condições de saúde ao ambiente (FREITAS e PORTO, 2006). Essa concepção se traduz no conceito amplo de saúde constituído na Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986, ocasião em que a saúde foi definida como “[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde [...]”. Portanto, a saúde, é “[...] o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986, p.04).

A partir desse novo conceito, a condição de saúde de um indivíduo passou a ser entendida como resultado direto ou indireto das condições de vida biológica, social e cultural, bem como da interação com o ambiente do qual está inserido, sendo ele fator determinante para se obter uma vida saudável. Essa relação ambiente-saúde pode ter influência positiva ou negativa, sobre as condições de bem-estar humano, podendo propiciar o surgimento de doenças e agravos de saúde (BRASIL, 2002).

O conceito de ambiente, assim como o de saúde é abrangente, e não está relacionado apenas à natureza em si, ele é o habitat em que se vive, e engloba fatores biológicos, físicos e socioeconômicos (FREITAS e PORTO, 2006). Considera-se ambiente o grupo de condições que circundam e amparam os seres vivos, levando em consideração unidades como o clima, o solo, a água e os organismos presentes nele. O homem integra o ambiente em que vive e depende dele para garantir uma vida saudável (FREITAS e PORTO, 2006), assim, a existência de um condiciona a existência do outro.

Nesse sentido, pode-se afirmar que ambiente e saúde são temas totalmente indissociáveis. Conforme declara Freitas (2003), os problemas ambientais são concomitantemente problemas de saúde, uma vez que interferem na vida dos seres humanos e nas sociedades em diversas e simultâneas escalas e dimensões.

Dentro dos estudos acerca da saúde existe uma relação inerente com a categoria território, Monken *et al* (2008) afirmam que a incorporação de conceitos geográficos vem ganhando cada vez mais espaço no campo da saúde. Isso ocorre porque a maneira como um determinado território se organiza influencia na saúde da comunidade, do ambiente, e dos seres vivos que compõe o território.

O território e o espaço geográfico estão interligados, mas não são a mesma coisa. O território é produzido e não existe sem o espaço geográfico. Para Raffestin (1993, pp. 152-153 apud AMBROSIO, 2013, p. 4) “em graus diversos, em momentos diferentes e em lugares variados, somos todos atores sintagmáticos que produzem territórios”. Ao se apoderar de um determinado espaço, um sujeito ou um grupo de sujeitos “territorializa” aquele espaço, ou seja, ele é transformado em um território.

O território é um tipo de espaço geográfico que passou a ser associado às suas potencialidades, sua localização geográfica e aos recursos naturais que uma certa região pode oferecer (RICETO e SILVA, 2008). Apesar de parecer simples, o conceito de território é alvo de debates e possui uma gama de variedade de conceituação. Nesse sentido, o conceito de território é polissêmico (MONKEN *et al*, 2008), podendo ganhar significados diferentes e pode ser abordado por diversas perspectivas.

Para Monken e Barcellos (2007, p.188), “os territórios são, portanto, espaços e lugares, construídos socialmente[...]”, e que podem ser considerados “[...] muito variáveis e dinâmicos, e a sua peculiaridade mais importante é ser uma área de

atuação, de fazer, de responsabilidade”, a grosso modo, o território é, portanto, compreendido como a área que determinada espécie utiliza para desempenhar suas funções vitais.

Embora o conceito do território seja um conceito predominantemente da ciência geográfica, ele tem ganhado notoriedade em debates relacionados à saúde (BRASIL, 2015). Refletir sobre o território e a maneira como os indivíduos o utilizam, demonstram sua complexidade e a relação existente entre as necessidades humanas e o ambiente que os cercam. Monken e Barcellos (2007, p. 198) afirmam que “o reconhecimento do território, torna-se um instrumento básico para a adoção de políticas de organização das ações de saúde”.

Conforme observado, o conceito de território não é restrito apenas a perspectiva geopolítica, ele é utilizado também para representar relações sociais através da utilização do espaço geográfico de um ou mais indivíduos. Dentro do campo da saúde, o território é tido como uma categoria de análise e é utilizado como ferramenta de coleta e organização de dados relacionados à ambiente e saúde (MONKEN *et al*, 2008).

Para Leroy (2010) o território é um lugar indefinido que é formado a partir da construção social e da ação humana. Assim, o território é um espaço construído a partir de atividades, práticas e manifestações de poder ao longo do tempo, onde acontecem relações entre a sociedade e o ambiente (MACIEL, 2018; LIMA e PEREIRA, 2007). Dessa forma, essas relações podem ser consideradas territorialidades, ou seja, “só se podem estabelecer territorialidades com um dado território quando há uma relação afetiva ou estratégica de sobrevivência, ou de interdependência” (BRITO, 2018 p.45). O que pode ser visualizado no território ribeirinho por exemplo, onde os sujeitos vivem, integram e dependem dele para sua subsistência, além de o constituir com valores e identidades próprias.

No caso do território ribeirinho, existe uma relação intrínseca entre o indivíduo e às águas, de tal modo que os rios devem ser considerados territórios habitados que ganham significados (POJO; ELIAS; VILHENA, 2016) atribuídos por aqueles que vivem em seu entorno.

## **2.2 Acesso ao serviço de saúde: do SUS à dificuldade logística dos ribeirinhos**

A saúde pública no Brasil é um tema relevante. O sistema de saúde brasileiro é dividido em duas áreas: o sistema de saúde pública, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde suplementar, através dos planos de saúde. Dentro da perspectiva da saúde pública a Constituição Federal de 1988 exerce uma importante função, ao democratizar o acesso universal e igualitário (BARROS e SOUSA, 2016; ALMEIDA, 2013; SANTOS, 2018) ao serviço de saúde.

A saúde é um dos direitos fundamentais garantidos pela Constituição. Está expresso no Art. 196 “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos [...]”. Assim como “[...] o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Em 1953 com a criação do Ministério da Saúde, o Brasil passou a discutir de maneira mais frequente, políticas voltadas à saúde pública. Nos anos seguintes, no período de ditadura militar, as verbas destinadas à saúde eram mínimas, o que gerou insatisfação em um grupo formado basicamente por profissionais da saúde, intelectuais, e membros da sociedade civil, dando origem a uma mobilização que ficou conhecida como Movimento Sanitarista (TAMANO, 2017). Esse movimento discutia formas de melhorias para a saúde pública, a partir de então pensou-se na criação de um modelo de assistência à saúde que alcançasse toda a população. Assim, em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional da Saúde, resultando no pontapé inicial para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A CF de 1988 é um marco na história brasileira por tratar-se de um passo relevante na busca da democratização do acesso à saúde. A nova perspectiva de atenção à saúde por meio do SUS, não considerava a saúde somente como ausência de doença, mas como uma parte do que é compreendido como qualidade de vida (ALMEIDA, 2013).

Nesse sentido, a OMS definiu a qualidade de vida como a “percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1995). Embora exista cultura popular de associar o conceito de saúde à ausência de enfermidades, deve ser observado que o conceito de saúde, está diretamente relacionado à ideia de qualidade de vida (MINAYO; HARTZ; BUSS,

2000). Para Campos e Neto (2008), a qualidade de vida tem sido uma relevante unidade de medida em saúde, de interesse em práticas assistenciais e em políticas públicas voltadas a prevenção de doenças e promoção da saúde

A criação do SUS foi resultado de um processo gradativo, decorrente de várias conferências nacionais de saúde ocorridas durante o século XX, para ser o instrumento que iria assegurar que esse direito fosse do alcance de todos (PAIM e SILVA, 2010). O sistema de saúde brasileiro oferece assistência gratuita a toda população, inclusive a quem opta pela saúde suplementar (planos de saúde).

De acordo com Paim (2018) em seus 33 anos, o SUS conquistou uma série de avanços para a sociedade brasileira, com diferentes programas. Como é o caso do Programa Nacional de Imunização (PNI), responsável por 98% do mercado de vacinas do país, é um exemplo. Assim, o Brasil garante à população acesso gratuito a todas as vacinas recomendadas pela OMS, inclusive, as atuais vacinas no combate a Covid 19 (BRASIL, 2021).

Outro avanço a ser destacado na Amazônia Brasileira foi o Programa Mais Médicos, direcionado pelo governo federal para alcançar as populações mais vulneráveis, dentre elas as populações ribeirinhas (GUIMARÃES *et al*, 2020). O Programa Mais Médicos, foi criado em 2013 com o intuito de levar médicos para regiões onde há escassez (BRASIL, 2013). Para Guimarães *et al* (2020), essa estratégia garantiu maior cobertura de médicos em regiões remotas da Amazônia que possuem difícil acesso e maior vulnerabilidade.

### **2.2.1 SUS: promovendo qualidade de vida e equidade em saúde**

A promoção da saúde está diretamente ligada à promoção da qualidade de vida. Diversos estudos têm demonstrado a contribuição da saúde quando se trata de alcançar qualidade de vida para as populações. Vários aspectos sociais são necessários para obter vida com qualidade e elevado grau de saúde (BUSS, 2000).

Conforme Minayo, Hartz e Buss (2000) a qualidade de vida é uma percepção particular e humana que geralmente é conectada ao grau de satisfação pessoal em todas as áreas da vida do indivíduo de maneira que se obtenha conforto e bem-estar. Com isso, dentro do enfoque da saúde, o termo qualidade de vida é expresso de maneira qualitativa sendo definida como “um guarda-chuva onde estão ao abrigo

nossos desejos de felicidade, [...] nosso empenho em ampliar as fronteiras dos direitos sociais e das condições de ser saudável e de promover a saúde” (MINAYO, 2010, p. 174).

Portanto, a qualidade de vida e saúde são indissolúveis, pois ter saúde contribui de forma direta para que um indivíduo obtenha qualidade de vida. Nessa busca de se garantir a saúde da população brasileira foi implementada a Lei 8.080, de 19 setembro de 1990 (BRASIL, 1990), também chamada de Lei Orgânica da Saúde, onde a população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita. Essa lei, adequa as ações e os serviços prestados de assistência à saúde em todo o país, além de instituir os princípios e as bases do SUS.

Em seu Art. 4 o SUS é formado pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, e das fundações mantidas pelo poder público”. Através desse sistema de saúde é possível ter a identificação de determinantes, formulação de políticas sanitárias, assistência integral e preventiva de saúde, atuando nas vigilâncias nutricionais; participação no saneamento básico; colaboração na proteção ambiental; formulação de políticas de medicamentos, alimentos e política de sangue (MATTA, 2007).

A lei 8.080 atribuí princípios ao SUS (BRASIL, 1990), tais como: universalidade, equidade e integralidade. Para Paim e Silva (2010): “universal é aquilo que é comum a todos”. Portanto a universalidade como princípio do SUS, designa que a saúde é um direito de todos. A noção desse conceito está relacionada ao princípio da igualdade expresso no Art. 5 da CF de 1988, onde “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza” (BRASIL, 1988).

A universalidade no sistema de saúde brasileiro é alcançada através da gratuidade no uso dos serviços, logo, esse princípio é tido como “condição fundamental para a equidade” (TRAVASSOS, 1997, p. 7). Para Pontes *et al* (2009), a universalidade engloba a cobertura, o acesso e o atendimento aos serviços disponibilizados pelo SUS, além disso evidencia a concepção de que a prestação de serviços de saúde à toda população brasileira é responsabilidade do Estado.

A partir do estabelecimento do princípio da universalidade no SUS, os serviços de saúde que outrora eram exclusivos à indivíduos vinculados à previdência social ou a atendimentos na rede particular passaram a ser direito de todos (PONTES *et al*,



2009). A partir de então, independente da complexidade, do custo, ou atividade todos os brasileiros têm direito à saúde e ao acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

O princípio da equidade por sua vez “se caracteriza como um desdobramento da ideia de universalidade, assegurando a consideração das diferenças entre os diversos grupos de indivíduos” (PONTES *et al*, 2009, p. 501). Ao se considerar a equidade busca-se reduzir as disparidades sociais de maneira que todos tenham acesso a saúde, porém ponderando o fato de que cada indivíduo possui necessidades diferentes.

Carvalho (2013) afirma que por meio da equidade procura-se tratar de maneira divergente os diferentes através da chamada equidade vertical e igualmente os iguais, caracterizando a denominada equidade horizontal. Ou seja, as necessidades de saúde do ser humano, é a única coisa que dentro do SUS permite tratar de forma diferente.

A equidade é tida como uma estratégia para alcançar a igualdade de oportunidades no que diz respeito ao uso do sistema de saúde pública (BARROS e SOUSA, 2016), por isso se faz necessário considerar os desequilíbrios socioeconômicos, étnicos e culturais da população brasileira. Equidade é, portanto, um princípio de justiça social (TRAVASSOS, 1997), o que exige perceber que determinados indivíduos irão precisar de mais atenção devido suas necessidades e vulnerabilidades em detrimento de outros.

Paim e Silva (2010) afirmam que etimologicamente o termo equidade é similar de igualdade e ambas são vistas como contrárias às desigualdades, sejam elas socioeconômicas ou de saúde. Porém vale ressaltar que equidade não é o mesmo que igualdade, para Travassos (1997) o fundamento ético desse princípio é que a disponibilização dos serviços de assistência à saúde deve estar assegurada de acordo com as necessidades de cada pessoa. Ou seja, equidade é conceder os recursos e serviços com justiça conforme a demanda de cada um, de modo que seja canalizado maior atenção a quem mais precisa.

O princípio da integralidade está relacionado com um conjunto articulado e consecutivo de ações e serviços de saúde, sejam eles individuais ou coletivos, requeridos para cada situação em todos os graus de complexidade do sistema (MACHADO *et al*, 2006). Com esse princípio entende-se que os serviços de saúde

devem ser prestados de maneira integradas, ou seja, devem funcionar em rede promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento à população e a comunidade em qualquer nível de complexidade.

Para Paim e Silva (2010) o cuidado integral consiste em compreender o indivíduo na sua totalidade, ponderando seus aspectos biopsicossociais. Para tal é preciso ver o homem como um ser integral, de maneira que se possa proporcionar uma prestação de serviço holística e lhe prestar a atenção necessária. Uma outra observação sobre a integralidade é abordada por Carnut (2017), que apresenta a prática integral como acolhimento, entendendo-o como “agasalhamento” e acomodamento. A partir dessa visão, entende-se o princípio da integralidade como algo que norteia um cuidado que vai muito além da preocupação somente com a saúde física, mas um cuidado que se preocupa também com o bem-estar de um modo geral do indivíduo.

Teoricamente o SUS dá cobertura a todos os brasileiros, sendo que de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 71,5 % da população depende exclusivamente desse sistema para seu tratamento (IBGE, 2020). Para Guimarães *et al* (2020) ainda que o SUS garanta o direito de acesso universal e igualitário a saúde a todos os brasileiros, existem indícios de que o acesso a esse serviço vem sendo um desafio para os usuários do SUS.

### **2.2.2 A Política de Atenção Básica e a logística no território ribeirinho**

A Amazônia possui um vasto território, abriga a maior floresta tropical do mundo e é banhada por grandes bacias hidrográficas que conferem rigorosas desigualdades no acesso à saúde e em outros aspectos sociais em relação às outras regiões do país (GUIMARÃES *et al*, 2020). As populações da Amazônia, mas especificamente a população ribeirinha são afetadas pelas limitações de oferta de serviços de saúde, associado a baixa renda, dispersão populacional e importantes distâncias geográficas peculiares da região amazônica (GARNELO *et al*, 2018).

Por conseguinte, os povos ribeirinhos carecem de serviços públicos básicos como saneamento e eletricidade, além de serem dependentes da área urbana para obtenção de bens de consumo e assistência à saúde (GUIMARÃES *et al*, 2020). Esses fatores combinados sucedem em barreiras ao acesso aos serviços públicos de

saúde, penalizando principalmente as populações rurais da Amazônia (GARNELO *et al*, 2018).

Dessa forma, a permanente dificuldade com a logística nas regiões de várzea no interior da Amazônia e a insuficiência de políticas voltadas para a realidade dessas populações, apontam para a insuficiente função efetiva do SUS na região. De acordo com Boas e Oliveira (2016), a cobertura de saúde é em torno de 20% mais baixa, quando comparada às demais regiões do Brasil. Mesmo que cidadãos tenham direito gratuito à saúde assegurado por lei, há indícios que o acesso seja um desafio para os usuários do SUS (GUIMARÃES *et al*, 2020).

Para sanar essa dificuldade no acesso, uma das políticas de saúde que alcançam essas regiões na Amazônia brasileira é a Atenção Básica, entendida como uma oportunidade de inclusão da população ribeirinha e conseqüentemente uma forma de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas (JUNIOR *et al*, 2020).

A Política de Atenção Básica (PNAB) aprovada em 2006 pelo Ministério da Saúde (BRASIL,2006), é considerada um marco legal que define o objetivo da Atenção Primária no Brasil (APS). A PNAB considera a Atenção Primária como um termo equivalente a Atenção Básica (BRANCO, 2019) que visa fortalecer a APS, percebida como a principal porta de entrada do SUS (BRANCO, 2019) e como centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS.

A PNAB deve se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (CUNHA e GIOVANELLA, 2009). Dentro dessa política há também a Estratégia Saúde da Família, que consiste em um plano para organização da Atenção Básica, conforme os preceitos do SUS (BRASIL, 2006).

Portanto, a PNAB funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. Um dos objetivos da PNAB é propiciar ao usuário do SUS a atenção integral levando em conta o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural (BRASIL,2012) sendo ela direcionada a populações de territórios específicos.

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL,

2012). Trata-se de um conceito ampliado que vai desde a promoção da saúde até a reabilitação, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009).

### **2.2.3 Acesso e acessibilidade ao serviço de saúde: a Unidade Básica de Saúde comunitária e fluvial**

O Brasil possui um sistema de saúde universalizado por meio do SUS, que visa garantir o acesso ao serviço de saúde a toda sua população (CF, 1988). Para se obter a assistência à saúde como um direito, a população precisa ter condições de acessibilidade a esses serviços. Dentro desse contexto destacam-se dois conceitos importantes: acesso e acessibilidade.

De acordo com Sanchez e Ciconelli (2012), o acesso é classificado como a oportunidade de uso dos serviços em circunstâncias que possibilitem a utilização adequada dos mesmos. Muito além dos aspectos físicos, dentro da área da saúde, o acesso deve ser entendido como a soma de condições de várias naturezas que possibilita o ingresso do usuário na rede de serviços do Sistema SUS.

A compreensão do termo acesso à saúde, perpassa por quatro dimensões: *disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação* (SANCHEZ e CIOCONELLI, 2012). A **disponibilidade** está relacionada com aspecto físico e geográfico, evidenciando a entrada do paciente no sistema de saúde. A **aceitabilidade** consiste na origem dos serviços disponibilizados e na percepção dos indivíduos acerca desses serviços. A **capacidade de pagamento**, como o próprio termo já sugere, está vinculada a conexão entre o custo do uso dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos, assim como integra conceitos sobre o financiamento do sistema de saúde. A última dimensão é a **informação**, tida como um importante fator dentro desse processo, uma vez que estar bem-informado é o produto da comunicação entre o próprio sistema e o usuário dele.

Por outro lado, a desigualdade socioeconômica do país é um dos maiores problemas existentes que pode dificultar o acesso à saúde (BARROS e SOUSA, 2016). Matta (2007) admite que a garantia de igualdade de condições de acesso aos serviços de saúde é uma das circunstâncias primordiais para uma população alcançar padrões aceitáveis de saúde. Para o autor, conhecer os problemas de saúde, pode

contribuir com a identificação das necessidades de saúde e conseqüentemente de uma melhor gestão do acesso aos serviços de saúde por parte da população.

Nesse aspecto, o acesso está associado aos desafios e as possibilidades para se adquirir tratamento necessário, estando este conceito diretamente conectado a disponibilidade de recursos e ao modo como a oferta está caracterizada. Conforme afirma Starfield (2002), o acesso é maneira como o indivíduo enxerga a acessibilidade e como ela permite que o usuário do SUS chegue ao sistema, para ele acesso é “a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde” (STARFIELD, 2002, p. 225).

Diferentemente, a acessibilidade é a possibilidade, o meio, o modo, de como chegar, alcançar ou se aproximar de algo. Existe o acesso garantido ao serviço público de saúde, porém, a acessibilidade, ou seja, o meio de como ter o acesso, não é equitativo ou igualitário, por fatores que vão desde a logística à falta de recursos humanos (BARROS e SOUSA, 2016). Starfield (2002) destaca que a acessibilidade é uma característica que deve estar presente em todos os níveis de complexidade, pois todas as categorias de serviços devem estar acessíveis à população. No entanto, a realidade é que a acessibilidade e o acesso aos serviços de saúde ainda são limitados, deixando de contemplar algumas parcelas da sociedade, como é o exemplo das comunidades ribeirinhas da Amazônia.

Alcançar os grupos mais vulneráveis tem sido um desafio importante para o SUS, dentre esses grupos, destacam-se as comunidades ribeirinhas (BRASIL *et al*, 2016). Essas populações apesar de residirem geograficamente perto dos centros urbanos, se veem diante de dificuldades de acesso em decorrência da característica de habitarem às margens dos rios e da própria logística local.

Comumente, o deslocamento dos moradores das regiões ribeirinhas para áreas urbanas se dá por via fluvial, realizado muitas vezes em pequenas embarcações chamadas de “bajaras”. Essas viagens podem durar horas de navegação, e por conta da distância destas regiões para a cidade, o acesso dessa população aos serviços de saúde básicos acaba dificultando-se (GUIMARÃES *et al*, 2020).

Por conseguinte, o próprio ambiente da floresta de rios leva ao aparecimento de doenças tropicais de alta prevalência, como malária, leishmaniose e hepatites virais. Diante disso, criaram-se alternativas para garantir que o serviço de saúde pública, chegassem a essas populações, a exemplo das chamadas *ambulanchas*

(ambulâncias adaptadas em lanchas) e as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) que realizam os serviços de atenção primária à saúde (JUNIOR *et al.*, 2020).

De acordo com Guimarães *et al.* (2020) a baixa escolaridade dos ribeirinhos é um fator que pode implicar diretamente no modo pelo qual sua saúde é gerida. Além disso, retrata a necessidade de ações específicas que considerem a realidade local e o contexto educacional, visto que as populações interioranas, em todo mundo, carecem de condições favoráveis à melhoria da qualidade de vida, o que inclui o acesso à educação, saúde, água potável e saneamento. As limitações educacionais também impedem o desenvolvimento econômico e, por consequência, o acesso a bens de consumo (medicamentos, alimentação), impactando negativamente na expectativa de vida (GAMA *et al.*, 2018).

Assim, deve-se considerar a região amazônica em sua multiplicidade de condições, em decorrência do seu ambiente físico, natural ou humano, atentando para suas particularidades socioculturais, reverenciando a interação existente entre os nativos e a natureza. Para tal, é importante compreender essas populações como sujeitos de direitos não somente no que tange a posse das terras e dos recursos disponibilizados pela natureza, mas especialmente dos serviços públicos fundamentais para se obter uma vida digna (GONÇALVES & DOMINGOS, 2019).

A Unidade básica de saúde (UBS) exerce função primordial na garantia do acesso a atenção à saúde e devem ser situadas próximo de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem (BRASIL, 2012). De acordo com a PNAB (BRASIL, 2006, p.17), a UBS com ou sem Saúde da Família deve ser composta por: “equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde”.

Objetivando expandir o acesso e estabelecer modelos que alcançassem as regiões de difícil acesso, em 2010 o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.191, de 3 de agosto de 2010 criou a Estratégia de Saúde da Família (eSF) para o atendimento à população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul matogrossense, a qual foi revisada e alterada pelas Portarias nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (FIGUEIRA *et al.*, 2020).

Dentro do arranjo da ESF surge a Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), que são equipes que realizam parte importante de suas funções nas UBS

localizadas em comunidades remotas da Amazônia cujo acesso se dá por via fluvial (BRASIL, 2017). Em decorrência das especificidades locorregionais, as eSFR geralmente necessitam de embarcações para atender a população do território ribeirinho (BRASIL, 2017).

A equipe que integra a eSFR deve ser composta por no mínimo um médico e um enfermeiro de preferência especializados em medicina de família e comunidade, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), podendo ser composta também por agente de combate às endemias (ACE) e profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2017).

Para atender as demandas da Assistência ao Serviço de Saúde, o Estado procura implementar políticas públicas de saúde por meio de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). As equipes de eSFR atuam nas Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF), que são embarcações equipadas para atender à população ribeirinha da Amazônia Legal (BRASIL, 2012) assegurando o cuidado a essas populações, conforme previsto na PNAB.

As UBSF é um exemplo de estratégia desenvolvida pelo governo brasileiro para minimizar as desigualdades de acesso à saúde vivenciadas por populações vulneráveis, como é o caso das populações ribeirinhas amazônicas (GUIMARÃES *et al*, 2020). O objetivo das UBSF é dar respostas às especificidades das regiões ribeirinhas e devem ser providas com a ambiência, mobiliário e equipamentos necessários para prestar assistência à saúde. Como já foi dito, no território ribeirinho as atividades são condicionadas pelo regime das águas, o que demanda uma adequação inclusive no modelo de atendimento e assistência à saúde.

Na região Amazônica, a UBSF geralmente atua como complemento das UBS fixas nas comunidades, onde os ACS estão vinculados. De acordo com Kadri *et.al* (2019), a UBSF é reconhecida como um novo protótipo desenvolvido para oportunizar cuidados básicos em saúde para as populações ribeirinhas. Os autores afirmam que, o uso de embarcações na assistência em saúde na Amazônia acontece desde década 1920. Nas décadas seguintes, com implantação do SUS e descentralização do sistema, as secretarias municipais de saúde continuaram a adotar os barcos para assistência a populações ribeirinhas. Portanto, as UBSF representam uma alternativa tecnoassistencial para que as populações ribeirinhas da Amazônia tenham aproximação aos serviços básicos de saúde. Além de possibilitar a inclusão das

populações ribeirinhas que ao longo do tempo ficaram à margem da atenção à saúde (KADRI *et al.*, 2019).

Na região do Baixo Amazonas no estado do Pará, a assistência à saúde da população ribeirinha é complementada com UBSFs (FIGURA 2) com a participação de cinco embarcações. A UBSF Papa Francisco (A), acoplado à unidade Papa João Paulo II, os atendimentos são ofertados para os municípios do Baixo Amazonas, por meio de convênio entre a Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA), o Centro Regional do Governo do Baixo Amazonas, parceria com os municípios e a Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus (AGÊNCIA PARÁ, 2021). A UBSF Papa Francisco foi inaugurada no ano de 2019, sua base está localizada na cidade de Óbidos (LUCIANO, 2021).

**Figura 2:** UBSF na região do Baixo Amazonas, Estado do Pará.



**Fonte:** (A/B) PSA (2021); (C) Carneiro (2019); (D) Arquivo do projeto Ambiente-saúde (2021); (E) PSA (2020).

A UBSF Abaré II (B), adquirida em 2011 pelo Projeto Saúde e Alegria, foi repassado na forma de comodato<sup>1</sup> à Prefeitura municipal de Santarém para atender à região do Arapiuns, atualmente está em reforma (PSA, 2021). A UBSF Ailton Barros (C), inaugurada no ano de 2019, deve atender as comunidades localizadas às margens do rio Amazonas, nas regiões do Ituqui, Aritapera, Arapixuna, Tapará e Lago

<sup>1</sup> Contrato de empréstimo gratuito, através do qual uma pessoa ou instituição entrega a outra um bem, móvel ou imóvel, sendo este restituído em tempo preestabelecido pelas partes interessadas.



Grande (CARNEIRO 2019). A partir das entrevistas com os sujeitos locais, constatou-se que atualmente essa embarcação não é atuante na comunidade do Aritapera.

A UBSF Abaré I (D), foi repassada a UFOPA no ano de 2017, sendo mantida através de um TAC mútuo, entre a Prefeitura de Santarém no estado do Pará, por meio da SEMSA e a UFOPA, os serviços de assistência à saúde atende os moradores de comunidades da região do rio Tapajós, no município de Santarém (UFOPA, 2021). A UBSF Abaré I atua desde 2006, prestando serviços assistenciais (PSA, 2008). No ano de 2017, tornando-se um hospital-escola que atua com atividades de ensino, pesquisa e extensão, vinculado ao Instituto de Saúde Coletiva (ISCO) da UFOPA (UFOPA, 2021). E por fim, a embarcação batizada de Manoel Andrade (E) levará assistência à saúde nos rios da região do Alto Trombetas no município de Oriximiná (PSA, 2020).

Mesmo com toda a estrutura das UBSF's implementada na região do Baixo Amazonas, com a finalidade de levar o serviço de assistência à saúde as comunidades ribeirinhas, esse serviço não tem alcançado os moradores da comunidade Aritapera. Quando questionados sobre a visita de UBSF's, os ribeirinhos relataram que não recebem visitas de nenhuma embarcação de UBSF, já faz muito tempo. Quando a UBSF dava assistência aos comunitários, os serviços incluíam: consultas com dermatologistas, ortopedistas, tratamentos odontológicos, dentre outros. Para os aritaperenses, o serviço da UBSF promovia acesso a serviços e atendimentos que só são disponibilizados no centro urbano mais próximo, no caso Santarém.

Visando ampliar a assistência à saúde ribeirinha, foi implementado no ano de 2011 a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das águas (PNSIPCFA), para ofertar os serviços de saúde às populações de áreas remotas. Carneiro *et al* (2014) destaca que a PNSIPCFA reconhece uma dívida histórica do Estado para com a saúde das populações do campo, da floresta e das águas, além de se apresentar como um novo modelo de política social que respeite a relação homem-natureza presente nessas populações. Dessa forma, essa política é fruto do reconhecimento da necessidade de desenvolver políticas públicas que promovam a saúde e que atendam às necessidades e especificidades dessas populações.

#### **2.2.4 Política da saúde integral: uma estratégia para populações ribeirinhas**

O princípio norteador do SUS para as populações de áreas remotas como as populações ribeirinhas, é o plano operativo da PNSIPCFA - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das águas, pactuado na administração tripartite entre governo federal, estados e municípios. A PNSIPCFA adota uma política transversal que apresenta um conjunto de diretrizes cuja operacionalização requer planos contendo estratégias e metas sanitárias em territórios de várzea. Sua execução requer desafios e compromissos do Estado e sociedade civil, e da articulação com outras políticas que promovam melhorias nas condições de vida e saúde dessas populações ribeirinhas (PNSIPCFA, 2013).

A PNSIPCFA objetiva a melhoria no nível de saúde das populações do campo, da floresta e das águas e tem como subsídio a relação existente ente saúde e ambiente, de modo que seja considerado o contexto vivido por essas populações (SCHLICKMANN; PREUSS; PAULETTI, 2019). Essa política é um plano estratégico que visa o enfrentamento das iniquidades históricas vividas por esses povos, além de uma maneira de reduzir as desigualdades.

A PNSIPCFA destaca a relevância dos rios, para as comunidades ribeirinhas, como fonte de reprodução da vida. Essa política destaca que o espaço ribeirinho tem potencialidade na gênese dos alimentos, pois, a multiplicidade de pescados faz parte da dieta alimentar de muitas famílias ribeirinhas. A pesca é fruto de um trabalho autônomo que contribui ora como fonte de alimentos, ora como fonte da renda familiar dessas populações (COUTO; RAVENA; SANTOS, 2019).

Perante isso, vale observar que a qualidade dos rios em sua dimensão, impacta diretamente na saúde daqueles que tem nele sua fonte de alimentação e sobrevivência (BRASIL *et al.*, 2016). Dentro dessa observação, as relações de poder que se estabelecem nos territórios ribeirinhos se dão a partir da lógica mercadológica de exploração de recursos naturais, minerais e humano. Motivo este que favorece propensões a uma baixa salubridade dessas populações, logo, junto ao escasso serviço de saúde, tornam-se fatores de risco para saúde dessas populações (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

No caso da PNSIPCFA procura dar atenção a ao modo de vida das populações ribeirinhas da Amazônia, analisar as peculiaridades da salubridade social no território, sua relação com a natureza e a sua identificação com a cultura e o modo de vida

ribeirinho. Além disso a PNSIPCFA busca apresentar as demandas sanitárias de tais populações, haja vista que os moradores das comunidades ribeirinhas, procuram realizar as suas ações de saúde de acordo com o fomento e orientação do Estado. Para isso, é importante a participação da própria comunidade para a elaboração das políticas e ações que se desejam realizar para o planejamento e a gestão de assistência à saúde (PNSIPCFA, 2015).

Sob a perspectiva da saúde pública, uma estratégia importante a ser considerada pela PNSIPCFA é o aprimoramento da gestão e das práticas de cuidado, além do processo de regionalização de acordo com as especificidades e necessidades locais de cada comunidade ribeirinha. Outra estratégia válida, é a intersetorialidade com outros programas governamentais, com objetivo de promover e potencializar ações e serviços de saúde mais efetivos para essas populações (PNSIPCFA, 2015, pág. 12).

Por conseguinte, a garantia do serviço de saúde para essas populações vulneráveis se manifesta por meio dos planos de ação da PNSIPCFA. Com base no princípio da equidade do SUS e obedecendo a Portaria n 2.866, de 2 de dezembro de 2011, a PNSIPCFA busca reconhecer as diferenças nas condições de vida, saúde e nas necessidades das pessoas, entendendo que o direito de acesso à saúde deve reconhecer diferenças sociais, atender a diversidade, garantindo acesso desses grupos populacionais ao Serviço Único de Saúde (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Sob a égide da política e gestão pública, observa-se que o SUS, na maioria das vezes, não consegue alcançar a floresta e as águas na sua complexidade, amplitude e extensão geográfica. A ausência de muitos serviços e de infraestrutura é considerável e prejudicial para essas populações.

Por outro lado, movimentos sociais e organizações populares, protagonizaram, nos últimos anos, um intenso processo de reivindicações e mobilizações acerca da saúde das populações do campo, da floresta e das águas, resultando assim, na elaboração da PNSIPCFA. Essa política chama atenção para as especificidades dessas populações e para a necessidade de se traçar estratégias para implementá-la (PNSIPCFA, 2013).

Na perspectiva ambiental, a relação entre saúde e meio ambiente, ou simplesmente ambiente, encontra-se em destaque nos objetivos da Política quando

traz a reflexão sobre a necessidade da redução dos acidentes e agravos relacionados aos processos de trabalho, em especial, o adoecimento decorrente do uso de agrotóxicos e mercúrio, assim como o risco ergonômico do trabalho no campo, na floresta e nas águas (PNSIPCFA, 2015).

Essa relação também se apresenta ao serem tratadas ações de saneamento e a necessidade de cuidados e acesso aos recursos hídricos, a construção de ambientes saudáveis e sustentáveis, a necessidade de proteção ao patrimônio genético e a necessidade de valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde dessas populações, respeitando suas especificidades e por fim, o reconhecimento da natureza dos processos de saúde e sua determinação social. Ademais, é notória a importância que tais populações atribuem ao meio ambiente em que vivem, como se revela no conceito transcrito a seguir e posto pela população extrativista, quando da elaboração da PNSIPCFA.

Embora as estratégias da política transversal da PNSIPCFA, possam ter avançado no contexto da redução de desigualdades de acesso a saúde entre as populações ribeirinhas, a má administração dos recursos e congelamento de gastos, dentre os quais, os gastos com a saúde, inviabilizam a plenitude e permanência da manutenção da salubridade ribeirinha. Nesse contexto, considerando a situação de vulnerabilidade já imposta às populações ribeirinhas na Amazônia, é possível que tal medida incorra em impactos dramáticos com a redução de investimentos e aumento das desigualdades socioeconômicas e de acesso à saúde.

Assim, apesar das melhorias recentes, o Brasil ainda apresenta iniquidades na distribuição da riqueza, com amplos setores de sua população vivendo em condições de pobreza que não lhes permitem o acesso às mínimas condições e aos bens essenciais à sua saúde. Entretanto, é preciso entender que a pobreza não se limita somente a falta de acesso a bens materiais, mas também ao desamparo decorrente da ausência de oportunidades e de possibilidades de opção entre diferentes alternativas (PNSIPCFA, 2015).

Dessa forma, a pobreza nas populações de várzea se manifesta na falta de emprego, de moradia digna, de alimentação adequada, de sistema de saneamento básico, de serviços de saúde, de educação e de mecanismos de participação popular na construção das políticas públicas. Manifesta-se também na ausência de resolução de conflitos, o que agrava mais ainda a violência no campo, assim como na

precariedade de relações ambientais sustentáveis (PNSIPCFA, 2013). Os aspectos de ordem econômica, social, cultural, política e ambiental compõem os determinantes sociais da saúde, que exercem uma influência direta sobre a qualidade de vida dos ribeirinhos populacionais e estão intrinsecamente associados às diferentes maneiras de adoecer e morrer.

### **2.3 Ecologia histórica, risco e saúde na comunidade do Aritapera**

Dentro do estudo sobre a vertente ambiente-saúde, surge o conceito de Ecologia histórica, que concerne no estudo das interações entre a sociedade e o ambiente ao longo do tempo, assim como o resultado dessas interações no aspecto cultural da sociedade (BALÉE, 2017). Segundo o autor, a Ecologia Histórica é um programa de pesquisa que possui perspectivas interdisciplinares, ou seja, engloba diversas áreas do conhecimento que se reúnem para buscar soluções para os problemas ambientais.

Portanto, a Ecologia Histórica procura compreender como seres humanos e paisagens se relacionaram ao longo do tempo (BALÉE, 2017), buscando criar representações do passado e elucidar a estrutura e o funcionamento das paisagens atuais. Além disso, a perspectiva da Ecologia Histórica possibilita compreender essa história de longa duração das relações entre as pessoas e a paisagem, e como que essa história transformou ao longo do tempo as paisagens que conhecemos hoje.

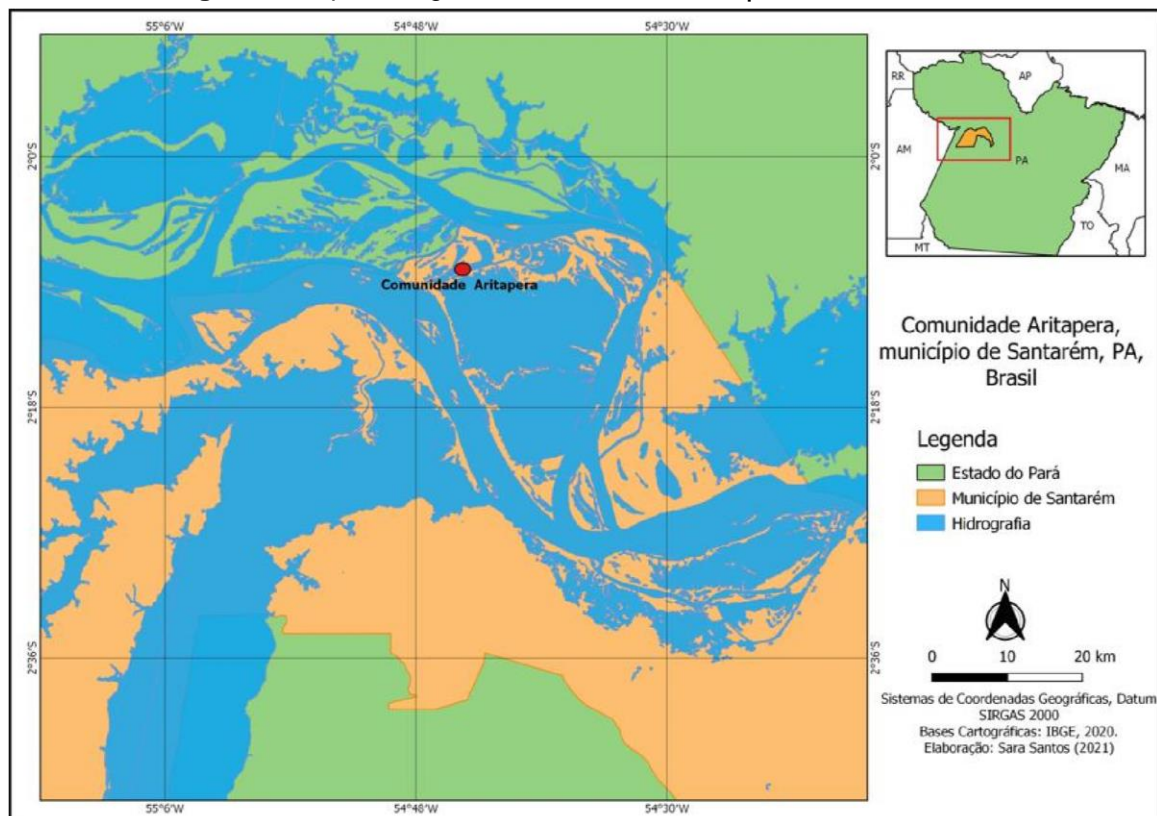
As comunidades ribeirinhas na Amazônia, são assim denominadas por estarem localizadas às margens, ou em regiões próximas às margens dos rios. Para Lima e Andrade (2010, p.66) “Os rios são caminhos que sobem ou descem, interligando comunidades, e essas à cidade. O rio é, assim, a única via de transporte, fonte de vida de onde se extrai o alimento”, desse modo, a relação dos ribeirinhos em praticamente toda a sua cultura, práticas e hábitos estão conectadas ao rio. Suas principais atividades econômicas são a pesca, a caça e o extrativismo, através de uma relação harmoniosa e de sustentabilidade com a natureza (GAMA *et al.*, 2018).

#### **2.3.1 Aspecto histórico da comunidade**

A região do Aritapera é geograficamente constituída por subdivisões, estabelecidas da seguinte forma: Enseada do Aritapera, Centro do Aritapera,

Carapanatuba, Cabeça d'Onça e Surubim-Açu (MAFRA e FANTINATO, 2016). A comunidade Centro Aritapera, que foi objeto de estudo desta pesquisa está localizada no município de Santarém (**FIGURA 2**) em umas das comunidades que integra a região do Aritapera.

**Figura 3:** Mapa da região do Centro do Aritapera, Santarém -PA.



**Fonte:** Elaborado por Sara Santos, 2021.

Localizada às margens do Rio Amazonas, a comunidade Centro Aritapera possui aproximadamente 108 famílias residentes, conforme informações do Plano Político Pedagógico do ano de 2015 da Escola Santíssima Trindade, situada na comunidade. O principal meio de transporte que dá acesso a comunidade é o hidroviário pelo rio Amazonas, saindo da cidade de Santarém. Esse deslocamento é feito de rabeta (canoa motorizada) que dura em média 4 horas, ou de barco motor, com uma viagem de aproximadamente 3 horas e meia de duração.

Os sujeitos residentes na comunidade do Aritapera, intitulam o território em que vivem como comunidade. O termo comunidade nasce com o trabalho de base da igreja católica, por volta de 1788 quando os portugueses levaram as imagens de

santíssima Trindade e São Sebastião para a região, desde então foram intitulados padroeiros da comunidade, onde passou a predominar a religião católica.

Com o passar do tempo esse território foi sendo ocupado por fazendeiros, dando ênfase a famílias tradicionais como Reça e Pombal. Assim, os modos de vida que foram desenvolvidos ao longo do tempo foram sendo perpassados de geração em geração, e hoje os aritaperenses se auto identificam como comunidade e reconhecem o território como herança dos seus antepassados.

Na literatura científica (BRANDÃO; BORGES, 2014), o termo comunidade representa lugar social, que foi extraído da natureza, ou que ainda permanece encravado nela. Pode-se dizer, que a comunidade do Aritapera é uma representação comunitária, formada por famílias e grupos de parentes que se reúnem para viver em sociedade. Embora sem registro oficial, o nome Aritapera foi estabelecido para homenagear um chefe indígena que se chamava Ari, e que habitava em uma tapera naquela região. Após sua morte, os moradores decidiram homenageá-lo substituindo o atual nome “Ilha da trindade” por Aritapera.

### **2.3.2 Comunidade tradicional ribeirinha: aspecto teórico-conceitual**

Para Diegues (1996 apud LINHARES 2009), as populações ribeirinhas vivem em certo isolamento por habitarem em regiões próximas às florestas e muitas vezes distantes das cidades, o que requer habilidades para produzir modos de vidas particulares que devem interagir com os ciclos impostos pela natureza. Um desses ciclos que se pode mencionar é a mudança hídrica periódica das regiões de várzea, que consiste na “alternância de fases terrestres e aquáticas devido às variações do nível do rio” (PEREIRA, 2007, p.12)

As várzeas são “áreas periodicamente inundáveis por ciclos anuais regulares” (SURJIK, 2005, p. 18), por um certo período do ano ocorrem as enchentes e no outro acontece o período de seca. Essas regiões inundáveis são habitadas por comunidades tradicionais que precisaram aprender a se adaptar a essas alterações geográficas inerentes a esse tipo de vegetação. Para (SURJIK, 2005) a subsistência da vida humana nas regiões de várzea é resultante da conservação desse ecossistema, por isso requer uma relação de interação entre o homem e a natureza que o cerca.

As características locais do território ribeirinho demandam estratégias de adaptação no período da cheia. Meggers (1971 apud PEREIRA, 2007) afirma que no período da cheia existe relativa carência de produtos vegetais, enquanto que no período de baixo nível das águas há certa abundância de alimentos cultiváveis e próprios da natureza.

No caso do território ribeirinho na Amazônia brasileira, o período da cheia dura em média 5 a 6 meses o que exige do homem ribeirinho as mais diversas adaptações em seus comportamentos e hábitos. São adaptações relacionadas a organização de algumas atividades como criação de gado, cultivo de plantas, caça e pesca (PEREIRA, 2007). O período de enchente normalmente ocorre nos meses de dezembro a junho (SOUZA e ALMEIDA, 2010), o que ocasiona diminuição das atividades terrestres devido a maior parte de áreas de cultivos se encontrarem invadidas pelas águas.

Na Amazônia, devido sua extensão, os rios são mares (POJO; ELIAS; VILHENA, 2016) e dentro do território ribeirinho da várzea, o rio é a estrada dos indivíduos que ali residem. De tal modo que existe certo esforço em estabelecer o território social dos ribeirinhos a partir das águas e de suas formas de vida (POJO; ELIAS; VILHENA, 2016). Nesse sentido, o rio é o lugar de passagem que interliga um lugar ao outro no território ribeirinho.

Com isso, as condições de vida no território ribeirinho dependem diretamente da dinâmica dos rios. O movimento das águas determina as relações sociais nos aspectos econômicos e políticos, assim como a própria política pública de saúde está sujeita pela relação inseparável do movimento das águas (POJO; ELIAS; VILHENA, 2016). Esses aspectos particulares interferem diretamente na saúde dessas populações e na maneira como é prestado assistência a elas.

As águas, não desempenham somente o papel de deslocamento na vida do ribeirinho. Para Pojo, Elias e Vilhena (2016) a água é geradora de vida, e a ausência de água potável é um fator marcante e desafiador para quem vive nessas regiões da Amazônia. Nessa região, a contradição de escassez de água não tratada, ou ausência de água potável, gera implicações à saúde e a qualidade de vida dos ribeirinhos.

A água dos rios é sempre a primeira opção de fonte de busca do ribeirinho para sanar as suas necessidades, e pela ausência de saneamento básico, é preciso utilizar soluções diferenciadas para suprir a demanda social por água potável (GOMES *et al*,



2014), por exemplo. Dentre as maneiras como essas populações encontraram alternativa para melhorar a qualidade da água, está a coagem da água com pano e o uso de hipoclorito de sódio (GOMES et al, 2014).

Embora a bacia amazônica seja o maior reservatório de água doce do mundo, a água não é disponibilizada de maneira potável para grande parte da população que vive no campo (GOMES *et al*, 2014). Para Pacífico et al (2021), essa falta de acesso a água potável influencia no agravamento de doenças, considerando vários estudos que confirmam a melhoria da saúde diante de investimentos em abastecimento de água.

Essa questão gera preocupação, principalmente pela dificuldade de acesso a água potável nas comunidades ribeirinhas, e são agravadas pela dificuldade dos ribeirinhos em usufruir dos serviços públicos como básicos para uma vida digna (GONÇALVES e DOMINGOS, 2019). Além disso, Boas e Oliveira (2016) afirmam que uma parcela significativa da população ribeirinha que se localiza na região norte do Brasil possuem acesso limitado ao que se refere à oferta e utilização dos serviços de saúde. O que se torna um agravante ainda maior quando se trata da assistência à saúde às populações ribeirinhas.

Uma das características do território ribeirinho são seus tipos de moradias, as chamadas palafitas. São casas que tem a madeira como principal alternativa de construção, adaptadas para resistir ao período de cheia e vazante do rio (GUIMARÃES *et al.*, 2019). Nessas comunidades a força da natureza se faz muito presente. Como consequência as populações ribeirinhas aprenderam a viver em um ambiente repleto de limitações, com inúmeros desafios por habitarem nas margens dos rios e floresta (POJO; ELIAS; VILHENA, 2016). A relação dos ribeirinhos com as mudanças naturais demandou adaptação no território cotidiano, nos seus modelos de moradias e na forma de buscar meios de subsistência.

As comunidades ribeirinhas estão categorizadas dentro da modalidade de comunidades tradicionais (LIRA e CHAVES, 2016), que são definidas pelo Governo Federal através do Decreto 6.040/2007 (BRASIL, 2007). Considera-se povos tradicionais grupos com características culturais diferenciadas e que detêm maneiras próprias de organização cultural, social religiosa e ancestral (BRASIL, 1988). Esse decreto ficou conhecido como Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, por definir critérios que determinam a condição para uma população ser classificada como comunidade tradicional.

Mendonça *et al* (2007) apontam que embora a noção de comunidade esteja culturalmente relacionada a delimitação de um espaço físico, ela é bem mais abrangente e engloba aspectos como as próprias relações sociais. No território ribeirinho por exemplo, ainda se mantém concretas relações de cooperação e amizade entre os habitantes locais (LIMA e ANDRADE, 2009). De acordo com Wagley (1913) a comunidade pode ser entendida como um grupo que convive em um espaço comum, e percebem esse espaço como um ambiente de trocas e de afetividade.

### 2.3.3 O risco ecológico na relação ambiente-saúde: o cotidiano da cheia e vazante

O cotidiano da comunidade do Aritapera (**FIGURA 4**), recebe influência da dinâmica do rio Amazonas, com cheia e a vazante do rio. Em geral, tanto no período de cheia que ocorre quando há elevação no nível do rio deixando a comunidade submersa, como no período de seca a circulação de pessoas e de mercadorias ocorre via fluvial com pequenas canoas (**A**), movidas por remo ou por motor rabeta. O que demonstra a forte relação existente entre o ribeirinho e o próprio rio, independente da estação do ano.

**Figura 4:** Representação fotográfica da comunidade Centro do Aritapera.



**Fonte:** Aline Lana Sousa Pedroso, maio de 2021.

No período de cheia, é comum as embarcações de maior porte chegarem até as residências (**B**), devido a submersão das estradas, que só voltam a fazer parte da paisagem na vazante do rio, geralmente ficam visíveis seis meses por ano, precisamente nos meses de agosto a janeiro, que correspondem aos meses de vazante (PEREIRA, 2007).

O período de enchente e vazante do rio Amazonas intercala entre os períodos de cheia e de seca a cheia do rio (**FIGURA 5**) ocorre no primeiro semestre do ano e a seca do rio no segundo semestre, impondo a estrutura local estratégias de vivência adaptativas, seja no ambiente religioso (**A**) ou no ambiente escolar (**B**). A enchente na região é um processo gradativo, lento e progressivo, que vai alterando toda a paisagem do lugar. É um período do ano em que os moradores convivem com limitações e adaptações. A mudança hidrológica periódica é umas das características marcantes das regiões de várzea. A comunidade Aritapera, assim como outras comunidades da Amazônia, se reinventam nesse período, adaptando e se readaptando no território ribeirinho.

**Figura 5:** Representação fotográfica da comunidade no período da cheia do rio Amazonas.



Fonte: Aline Lana Sousa Pedroso, maio de 2021.

O modo de vida dos ribeirinhos é condicionado pelos ciclos naturais dos fenômenos de enchente e a vazante (SCHERER, 2004), suas populações aprendem a ser resilientes a cada período do ano. No período da vazante, os ribeirinhos usufruem de maiores benefícios, como a possibilidade de plantios, criações de diferentes animais, como gado, suínos, entre outros, inclusive de acordo com relatos locais, é no período de vazante que existe mais abundância de peixes.

Nesse ambiente de cheia e vazante das regiões de várzea, é possível observar um estilo de moradia específico, são as chamadas palafitas (**FIGURA 6**). Consistem em casas construídas predominantemente de madeira em um nível acima do solo. As moradias (**A/B/C/D**) na comunidade do Aritapera tem essa predominância, com estrutura adaptativa a cada ciclo das águas. Uma das características marcantes desse modelo de moradia, são as pontes de acesso ao rio (no período de enchente) e escadas de acesso ao solo (no período de seca).

**Figura 6:** Representação fotográfica das habitações na comunidade do Centro do Aritapera.



**Fonte:** Aline Lana Sousa Pedroso, maio de 2021.

As pontes são destinadas para tomar banho, para serviços domésticos como lavar roupas e para atividade de pesca. As louças são lavadas no *giral*, de madeira construído em frente a uma janela na parede com uma espécie de bancada. A paisagem natural é marcante nessa localidade, o verde das florestas é muito presente, não se observa áreas de desmatamento. Apesar disso, o clima da região é quente, principalmente no período de enchente, quando a água do rio está embaixo dos assoalhos, isso faz com que o vapor da água torne a moradia mais quente nesse período de acordo com a percepção dos moradores.

Durante a cheia do rio no ano de 2021, precisamente no mês de maio, as moradias permaneceram com a estrutura do piso suspenso. Esse estilo de moradia construído de madeira, é comum na região Amazônica (NOGUEIRA, 2015) para evitar invasão de animais peçonhentos, das águas e permitir segurança na habitação. Para Menezes e Perdigão (2021) as habitações sobre os cursos d'água evidenciam a resistência da cultura ribeirinha, que ao longo dos anos se adaptam às terras baixas e alagáveis, como relatou um sujeito ribeirinho da comunidade do Aritapera:

A gente por já nascer aqui na várzea, já ter o convívio com a natureza, então a gente já vem se preparando e isso é desde que você constrói a sua moradia, a sua casa, você já se prepara, você já vai crescendo e tendo as informações

das maiores cheias que já ocorreram, então por conta disso você já sabe a altura que a água subiu, e aí você já se prepara, procura construir sua casa em uma altura que você possa conviver aqui e viver com mais tranquilidade, da mesma forma quanto aos animais, quem cria gado leva esse gado para a parte mais alta que é a terra firme, cavalos e esses tipos de animais que não tem como ficar na várzea. Aqui, quem cria porco cria de uma forma presa nos eu curral e eles matam, eles abatem o animal logo na subida da água, e as pessoas só ficam criando galinhas como nós aqui, a gente tem que preparar um galinheiro, ou seja, um viveiro em altura que a gente possa tá criando elas mais tranquila (Entrevistado R.M.S., 59 anos).

A cada ano as experiências com as enchentes, geram novos conhecimentos preparando-os para os novos ciclos das águas. Na vazante geram as adaptações nas moradias e viveiro para seus animais. Quando necessário aumentam o assoalho das moradias, elevando o piso, para tal geralmente a casa é desmontada e reconstruída. Quando ocorre alagamentos nas moradias, são construídas as chamadas *marombas*, uma espécie de piso provisório interno que é constituído de pranchas de madeira no interior da casa que permitem o ribeirinho andar por cima e suspender seus móveis e eletrodomésticos

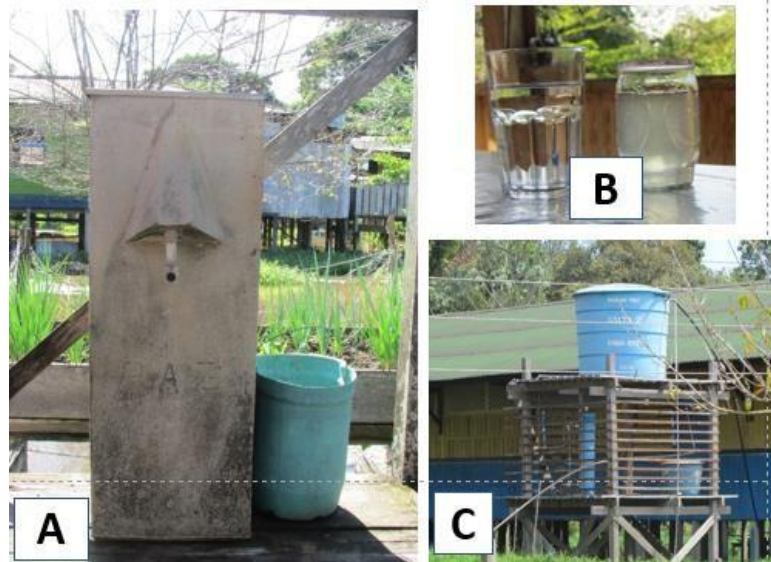
Assim, a dinâmica do rio condiciona o modo de vida no território ribeirinho, e a imprevisibilidade da natureza, pode provocar enchente maior ou não, a cada novo ciclo das águas. O padrão característico das habitações de quem mora às margens dos rios imprime o modo de vida existente entre o morador, sua casa, o ambiente que o cerca, a floresta e principalmente o ciclo das águas (MENEZES e PERDIGÃO, 2021).

Os banheiros/sanitários da comunidade do Aritapera assim como na maioria das regiões de várzea, são localizados fora de casa em uma espécie de “casinha” separada, com fossas rudimentares e sem tratamento de esgotos. A principal característica local das várzeas Amazônicas são os alagamentos periódicos (NEU; SANTOS; MEYER, 2016). Por essa razão, esse tipo de banheiro é exposto ao rio no período de enchente desencadeando um problema ambiental, pois contamina o rio com os dejetos.

Para Neu, Santos e Meyer (2016) a ausência de um esgotamento sanitário adequado é uma das principais fontes de contaminação dos rios, além disso, pode interferir no equilíbrio dos ecossistemas e na saúde humana, comprometendo a qualidade de vida dessas populações rurais. A água para consumo humano, por muito tempo era tirada diretamente do rio sem passar por nenhum tipo de tratamento. Atualmente, os ribeirinhos contam com tratamento alternativo de água, de modo que

a água retirada direto do rio é destinada apenas para destinada para banhos e utilidades domésticas. Como alternativa para melhorar a falta de água potável na região foram doados filtros (**FIGURA 7**) para os moradores da comunidade por um projeto da Igreja evangélica da Paz.

**Figura 7** – Alternativas de tratamento da água na comunidade.



**Fonte:** Registrado pela autora, maio de 2021.

Os filtros bioativos (**A**) fabricados de concreto, possuem no seu interior um tipo de areia que realiza a filtragem da água. Atualmente esse tipo de filtro não é a única forma de tratar a água na comunidade. Desde o ano de 2020 os comunitários receberam apoio do projeto da Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), chamado de SALTA-z. Trata-se de uma Solução Alternativa Coletiva Simplificada de Tratamento de Água que foi desenvolvida para proporcionar acesso a água potável às regiões rurais e tradicionais.

O sistema de tratamento do SALTA-z fica localizado ao lado da escola local (**C**) e é manuseado por um morador que foi capacitado no processo de implantação do projeto. Esse projeto consiste em uma tecnologia de importância social, de baixo custo e de aplicação técnica e operacional simples e viável (SANTOS e CARVALHO, 2018) que permite tratar a água e deixá-la adequada para o consumo (**B**). A água é retirada diretamente do rio e passa por um processo de purificação a partir de alguns componentes que a tornam viável para consumo, inclusive a própria coloração é visivelmente alterada após o tratamento (**B**).

Por meio do SALTA-z, a comunidade deixou de ficar vulnerável a problemas de saúde relacionados a ingestão de água não potável. Minimizando um possível risco ecológico (PORTO, 2012) que por muito tempo fez parte da realidade desses ribeirinhos. Se para Porto (2012) os riscos ecológicos originam estruturas que servem de via de transmissão de perigo para pessoas e ecossistemas, a questão da água potável é um exemplo que atinge diretamente os residentes da comunidade.

Com relação ao descarte do lixo doméstico na comunidade, não existe coleta seletiva e tratamento de lixo. No passado foi desenvolvido parceria entre a Prefeitura de Santarém, através da SEMINFRA com a Colônia de Pescadores Z-20 e a Universidade Federal do Pará (UFOPA), a Sociedade para Pesquisa e Proteção do Meio Ambiente (SAPOPEMA) e o Instituto de Pesquisa Ambiental da Amazônia (IPAM), para realizar projeto de coleta do lixo. Com o término do projeto, a ação deixou de ser realizada, e a comunidade não deu continuidade as ações de descarte correto do lixo.

Atualmente, o descarte do lixo é realizado pelos moradores, quando se deslocam para à cidade. Os comunitários juntam o lixo doméstico em sacos plásticos e descartam na cidade em pontos de coleta seletiva. Chama a atenção, que nem todos tem o mesmo cuidado no transporte, ou na junção e organização do lixo. Alguns moradores têm dificuldade para realizar esse processo por não se deslocarem a cidade com frequência. Quando não conseguem fazer esse transporte, o lixo é queimado, enterram ou lançam no rio, agravando poluição das águas e do ambiente.

Para Scarlato e Potin (1992) a opção de queimar o lixo pode ser opção favorável e pouco danosa ao ambiente, visto que a queima dos resíduos produzidos diminui sua massa e volume e exclui o risco de doenças ocasionadas pelo acúmulo de resíduos. Essa alternativa embora não pareça a mais adequada, pode ser a opção menos danosa ao ambiente. O lixo descartado nos quintais, pode ser levado pelo rio quando iniciar o ciclo da enchente, resultando na poluição da água do rio.

De acordo com Gerber, Pasquali, Bechara (2015), há carência de informações e dados sobre o tratamento adequado de resíduos produzidos nas áreas rurais. Entendendo como lixo, aquilo que não serve mais e se joga fora e resíduo como algo que pode se tornar matéria-prima de outro procedimento por meio do processo de reciclagem.

O lixo produzido nas regiões de área rural não tem destinação adequada, podendo ocasionar riscos ao ambiente e à saúde. Para os autores, a descarga de lixo e resíduos sobre o solo ou sobre as águas sem medidas de proteção ao ambiente ou a saúde causam interferências danosas para a qualidade de vida das pessoas.

Na área urbana do município de Santarém há uma política de coleta de lixo nos domicílios, que são posteriormente despejados no aterro sanitário. No entanto, nas áreas rurais da Amazônia, principalmente nas regiões de várzea, a insuficiência da política e de seus instrumentos de coleta domiciliar, contribui para que o lixo seja queimado ou enterrado no período de seca, e lançado ao rio no período de cheia.

A problemática do lixo na comunidade remete ao conceito de risco ecológico definido por Porto (2012) como um tipo de risco gerador de perigo por meio de uma ou mais fontes. Ou seja, o risco ecológico pode ocasionar um efeito adverso a determinado elemento ecológico. A ausência de uma destinação adequada do lixo na comunidade Aritapera pode deixar os indivíduos da região suscetíveis a inúmeros problemas de cunho ambiental e na própria saúde.

O acesso à energia elétrica na comunidade do Aritapera, depende do motor gerador, mantido pelos moradores com contribuição mensal no valor de R\$40 reais, com energia no horário das 18h30 às 21h30. Nos outros horários que não tem energia do gerador, os comunitários usam gelo para conservação de alimentos, como produto da atividade pesqueira. Pereira, Sousa e Ramos (2007) destacam que a utilização de gelo em comunidades da Amazônia é comum pela ausência de energia elétrica. Com o uso de gelo os pescadores conservam o peixe em caixas de isopor até o término da pescaria, ou até conseguirem pescar uma quantidade razoável para comercializar.

Essa rotina sem energia elétrica impossibilita os ribeirinhos de possuir uma geladeira, de assistir televisão, usar computador e conectar as redes sociais entre outros. Para os ribeirinhos a disponibilidade de energia por eletricidade 24h, poderia evitar certas privações na vida cotidiana, conforme relato do morador local:

A energia elétrica aqui pra gente seria muito importante se fosse verdade que chegasse porque é muito complicado aqui pra gente sem energia elétrica a gente tem uma necessidade de muitas coisas, tu não pode colocar uma fruta que depende do gelo, um suco, uma água, um refrigerante, isso tudo depende de gelo pra gente. E se tivesse energia seria muito melhor pra gente, a gente gastaria, mas teria a energia direto porque o gelo é complicado, o gelo depende de dinheiro de carreto, de tudo, local pra botar, vasilha e a energia não, tu tendo uma freezer a energia seria muito bacana, uma facilidade melhor no caso, quem tem como eu uma bodega (comércio), eu poderia ter onde colocar um frango, uma comida, um peixe, bebida e outras coisas que depende da energia, de tá em local para esfriar, então é uma situação que ia



mudar a vida de muita gente no caso a energia aqui pra nós seria muito bom se aparecesse (Entrevistado R.A.M.S., 61 anos).

A energia elétrica é um serviço público almejado na comunidade. No ano de 2003, surgiu a possibilidade de chegada da eletricidade por meio do “Programa Luz para todos” do Governo Federal. No ano de 2020 o Governo Federal lançou uma versão desse programa para a Amazônia, visando reduzir a vulnerabilidade socioeconômica e fortalecer o bem-estar e a dignidade para essas populações (BRASIL, 2020). Entretanto, esse programa ainda não alcançou a comunidade do Aritapera e até hoje os sujeitos ribeirinhos ainda permanecem sem acesso à energia elétrica e continuam aguardando pela chegada desse benefício.

No período da vazante, os sujeitos cultivam produtos como melancia, jerimum, maniva (macaxeira), feijão e milho. No período de cheia, as plantações limitam-se ao cultivo de hortas suspensas (**FIGURA 8 A/B**), que são assim construídas para não haver perda desses materiais durante o período de enchente. As hortas suspensas são cultivadas apenas para consumo familiar, as hortaliças mais comuns são cheiro-verde (**B**), pimentas, chicória (**A**) e couve. Geralmente nos períodos de vazante do rio, os canteiros passam por manutenções e troca de adubos, porém permanecem suspensos em ambos os períodos (cheia e seca).

**Figura 8:** Representação fotográfica de hortas suspensas.



**Fonte:** Aline Lana Sousa Pedroso, maio de 2021.

As hortas para cultivar as hortaliças são de porte pequeno e conferem uma importância significativa na vida dos ribeirinhos por diversos fatores e principalmente colaboram para uma alimentação saudável pois os alimentos produzidos são orgânicos, livres de agrotóxicos. As hortas são manejadas principalmente por mulheres, e por serem instaladas próximas às moradias, é possível monitorar e controlar as pragas que podem ocasionar algum dano à planta.

Além disso, por não disponibilizarem de geladeira para conservação dos alimentos, há necessidade de coletar as hortaliças frescas no mesmo dia que será utilizado para o autoconsumo. Outro fator preponderante que explica a importância das hortas locais está relacionado à distância da cidade para realizar aquisição de bens de consumo como este. Os quintais (**FIGURA 9**) na comunidade do Aritapera durante a cheia do rio limitam-se às pontes de madeiras que são construídas na parte da frente e na parte de trás das moradias.

É nesse espaço que são alocadas as hortas e os jardins suspensos.

**Figura 9:** Representação dos quintais na comunidade do Aritapera durante as cheias do rio.



**Fonte:** Aline Lana Sousa Pedroso, setembro de 2021.

Os jardins suspensos (**A/B**), são comuns em ambos os períodos do ano, pois eles fazem parte da decoração da casa e como essa mudança hidrológica ocorre a casa 6 meses, os ribeirinhos optam por não movimentarem para o solo por mais que seja o período de seca.

No Aritapera a pesca e a agricultura familiar são suas principais fontes de alimentação assim como para geração de renda. A pesca é praticada no período de enchente, e seca, com exceção do período de defeso, quando ocorre paralização temporária da atividade para preservação das espécies (BRASIL, 2003). Nesse período, a os pescadores associados da Z-20 recebem um seguro defeso no valor de um salário-mínimo.

A atividade produtiva (**FIGURA 10**) para consumo doméstico durante a cheia é proveniente do que foi produzido durante a vazante. Os alimentos cultivados e colhidos são armazenados nas moradias (**C**) e consumidos durante o período de cheia, até haver novamente a possibilidade de plantio no próximo ciclo de seca. A criação de aves como galinhas (**B**) ocorrem em ambos os ciclos das águas, sendo

que no período de seca são criadas soltas no solo e no período de cheia são criadas em viveiros **(B)** construídos e adaptados para o período de enchente.

**Figura 10:** Representação das atividades produtivas locais.



**Fonte:** Aline Lana Sousa Pedroso, 2021.

Na enchente, o sujeito ribeirinho encontra mais limitações, como a impossibilidade de plantios em solo, e a redução de peixes na atividade pesqueira. Nesse período, os sujeitos comunitários criadores de gado deslocam os animais para as regiões de terra firme, normalmente isso ocorre no mês de janeiro, para dar segurança de vida aos animais e retornam ao ambiente de origem no período da vazante **(A)**, geralmente essa movimentação de retorno dos animais ocorre no em agosto.

A geração de renda na comunidade do Aritapera, é constituída também por serviço público, que inclui, atividade de segurança realizada por vigias, professores, servente da escola e trabalhadores da unidade de saúde, transferências de renda, como Bolsa Família, e beneficiários de aposentadorias.

Durante a pandemia da Covid-19, os comunitários foram beneficiados com o auxílio emergencial. Tanto os beneficiários do Bolsa família, como associados da colônia de pescadores Z-20 e Sindicato Rural de Trabalhadores de Santarém (STTR) foram contemplados com o auxílio emergencial, sem que fosse necessário nenhum cadastro prévio. Outra pequena parcela da população local compostas por pessoas mais jovens que não recebem nenhum tipo de renda, tiveram a oportunidade de se cadastrar e foram selecionados para receber esse suporte financeiro disponibilizado pelo governo federal.

### **2.3.4 A organização sociopolítica no território ribeirinho**

No caso das comunidades que abrigam as populações tradicionais, tem como traços marcantes a relação de dependência do ambiente e de seus ciclos naturais, conhecimento da natureza que perpassa de geração em geração, uso de tecnologias simples que não sejam danosas ao meio ambiente, dentre outros (MENDONÇA *et al*, 2007; LIMA e PEREIRA, 2007). Conforme Linhares (2009), as populações tradicionais ribeirinhas são desprovidas de cobertura jurídica e por isso acabam não conseguindo se afirmar politicamente. Fato limitador de certas conquistas sociais, como a assistência à saúde. Geralmente as conquistas sociais são resultado da organização política e social, na ausência ou com uma baixa organização pode haver maiores dificuldades para enfrentar os problemas do local.

De acordo com Silva (2006), a organização política nos territórios, contribui para diminuir a invisibilidade diante do Estado. Reitera o autor que a invisibilidade das populações rurais se projeta na situação sanitária e de saúde. Os instrumentos utilizados no cuidado da saúde indígena por exemplo, aponta para a importância do amparo jurídico na garantia de direitos específicos.

A organização juridicamente constituída da população indígena, é observada na cobertura de assistência da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada ao Ministério da Saúde (MS). A SESAI possibilita a atenção primária à saúde e práticas de saneamento, considerando a singularidade epidemiológica e sociocultural da população indígena (BRASIL, 2010). Dentro dessa secretaria está inserido a Casa de Saúde Indígena (Casai) estabelecido através da portaria 1.801 de 09/11/2015 para dar suporte, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados ao SUS quando necessário (BRASIL, 2015).

Dentro dessa perspectiva, a organização política resguarda e ampara a população indígena. De maneira que, Silva (2006), afirma que a ausência efetiva de organização político-social gera privações a população ribeirinha e outros grupos vulneráveis de importantes processos decisórios regionais. Sem uma organização política atuante, não há meios para se estabelecer a participação dos povos ribeirinhos em processos decisórios que envolvam esse território, refletindo na sua invisibilidade diante do Estado.

A falta de reconhecimento e amparo jurídico por parte do Estado pode comprometer a conservação das formas de vida das populações tradicionais, no

território ribeirinho. Para Linhares (2009), essas populações sem um estatuto definido não conseguem vender sua imagem e ter sua identidade politicamente reconhecida. De tal modo, os ribeirinhos acabam por serem esquecidos, como refere Scherer (2004, p.5), “pouco ou quase nenhuma referência lhes fazem nos planos estaduais/federais”, o que pode refletir na insuficiência de políticas públicas e de serviços sociais específicos para essa população.

Nessa mesma perspectiva, os autores Freitas, Ferreira e Freitas (2019) destacam a importância das organizações locais, da compreensão como os sujeitos se relacionam e acessam políticas públicas. Para os autores, essas relações sociais e a maneira como se organizam, influenciam nos resultados, assim como afetam diretamente na sua forma de funcionamento, acesso e implementação de políticas públicas.

De modo geral a população tradicional, na qual se inclui a população ribeirinha, a organização política geralmente se dá a partir de questionamentos originários no cotidiano vivido, o direito à terra e outros direitos, ou mesmo sobre o uso dos recursos naturais (LIRA e CHAVES, 2016). Não menos importante, são razões para a organização política, a luta pela garantia de sobrevivência e acesso aos bens e serviços sociais e a prática das atividades da agricultura, caça, pesca, coleta e extração. As influências externas também, fazem parte desse do mosaico, seja por influências da organização da sociedade civil, traduzido na expressão dos movimentos sociais, sindicalismo rural ativo, multiplicação de Organização Não Governamental (DIEGUES, 1996; LIRA e CHAVES, 2016) entre outros. De forma geral, as relações política-organizativa são frequentes e constitui a identidade sociocultural, que se enlaça na política endógena para a sobrevivência.

Nas comunidades do ambiente amazônico, o “*modus vivendi*” e a organização política das comunidades tradicionais ribeirinhas são marcadas e orientadas por uma identidade pautada nos valores socioculturais e na dinâmica sócio-histórica (LIRA; CHAVES, 2016, p. 72). As formas dessa organização sociocultural, em suas particularidades, estabelecem empirias que visam a construção coletiva de alternativas e soluções para atender necessidades essenciais. Isso leva a acreditar que, à organização política nas comunidades tradicionais pode ser a expressão da existência de identidades políticas definidas, e por isso é importante. Por sua vez,

pode produzir cenários favoráveis para diferentes processos sociais dos comunitários, através da organização sociopolítica endógena.

No processo dessa organização, é fundamental a solidariedade e formação de alianças, entre os comunitários e com interlocutores externos. A conscientização dos sujeitos comunitários pode levar as reivindicações internas expressas em manifestações públicas, com a finalidade de conquistar direitos visando suprir necessidades básicas desses protagonistas comunitários (LIRA; CHAVES, 2016; LIRA, 2017).

Conforme Lira e Chaves (2016) e Lira (2017), as configurações que caracterizam a organização política comunitária, são as associações constituídas pelas representações e representatividade dos sujeitos locais; os mutirões com participação compartilhada dos sujeitos comunitários na promoção de serviços coletivos e os puxiruns, atividades realizadas por grupos, na forma de troca de serviços, com a finalidade de beneficiar um comunitário, entre outras configurações que visam favorecer o coletivo. Para as autoras, as comunidades tradicionais têm sua reprodução social fortalecidas por meio da solidariedade, ações compartilhadas e coletivas, visando superar as limitações territoriais e geográficas. As ações coletivas nas comunidades fortalecem a organização social, política e cultural das populações tradicionais.

Com efeito, Cotrin (2018), destaca que os vínculos organizativos que são mantidos no dia a dia entre as pessoas expressam a maneira de viver socialmente, além de proporcionar sensação de segurança e pertencimento à determinada sociedade local. Essas e outras características evidenciam e constroem o conceito de território dentro da perspectiva ribeirinha, o qual demonstra o modo de vida, os saberes, e as relações sociais presentes que garantem a identidade individual e coletiva (CARMO e SILVA, 2020) dessas populações.

No Aritapera a organização política local na atualidade encontra-se sem um representante desde setembro de 2020. Conforme identificado, por se tratar de um trabalho voluntário, sem remuneração, não há interessados em assumir a presidência da comunidade. A falta de representação legal pode refletir na ausência de conquistas sociais para essa população (SILVA, 2016). Com efeito, pode ocorrer restrição de importantes ganhos sociais, pois como já foi dito, a organização político-social local é fundamental na formação de alianças, entre os comunitários e interlocutores externos

para se buscar reivindicações internas expressas em manifestações públicas que visem se obter direitos que supram as necessidades locais desses protagonistas comunitários (LIRA; CHAVES, 2016; LIRA, 2017).

## **2.4 A percepção do serviço de saúde na comunidade do Aritapera**

A percepção é entendida como o conjunto dos “valores e as experiências individuais dos homens onde são atribuídos valores e significados em um determinado grau de importância em suas vidas” (MELAZO, 2005, p. 47). As percepções estão ligadas às diversas personalidades, idades, experiências e aspectos socioambientais (MELAZO, 2005) que compõe a vida das pessoas e que vão integrar o todo de uma determinada sociedade.

Do mesmo modo, a percepção de cada sujeito a respeito do seu ambiente de vivência, assim como sua maneira de interagir com o meio é diferente de cada um. Além disso, quaisquer respostas ou manifestação são resultados da percepção seja ela individual ou coletiva, dos julgamentos e das expectativas de cada indivíduo. Com essa compreensão conceitual sobre a percepção, a presente sessão aborda respectivamente, o serviço de saúde no território: o contexto pandêmico e a sustentabilidade na relação ambiente-saúde, com ênfase na saúde, qualidade de vida e equidade dos ribeirinhos.

### **2.4.1 O serviço de saúde no território: a arte de “fazer saúde” com o “drive fluvial”**

As características geográficas do território ribeirinho interferem diretamente no acesso ao serviço de saúde (GUIMARÃES *et al*, 2020). No caso da comunidade do Centro do Aritapera, o serviço de saúde é ofertado pela Unidade Básica de saúde (UBS) funciona de segunda a sexta-feira no horário comercial. Fora desse horário contam com o apoio do ACS, técnica e enfermeira para atendimento e visita domiciliar quando solicitado.

O principal meio de transporte para acessar a UBS no período da enchente, são as canoas e/ou as rabetas. No período de seca, os sujeitos que moram nas proximidades da UBS, ou seja, casas a poucos metros da unidade, a acessam através

das estradas. Os que moram mais distantes optam por se deslocarem até lá através do rio.

Os sujeitos ribeirinhos comunitários, relataram ter hipertensão e/ou diabetes e que são controlados através de medicamentos, são disponibilizados pela UBS local. Ademais, os moradores também relataram que a assistência ao serviço de saúde na UBS local, contempla, aferição de pressão arterial, verificação de glicemia, aplicação de vacinas da gripe e do Corona Vírus, medicamentos básicos como dipirona, paracetamol e medicamentos para pressão arterial. O atendimento médico é feito uma vez por semana, geralmente nas quarta-feira por um médico de procedência da cidade de Santarém.

Diante do cenário da pandemia, o município de Santarém realizou a vacinação contra a Covid-19, na população ribeirinha, com “drive fluvial” (CONASEMS, 2021). O “drive fluvial” na comunidade ribeirinha, funcionou como um posto de vacinação volante no rio Amazonas, onde os moradores eram atendidos nas suas rabetas e canoas para serem vacinados. Os trabalhadores da saúde carregavam o sistema de refrigeração das vacinas (caixas térmicas com termômetros acoplados e gelox, um tipo de gelo artificial rígido), para atender os ribeirinhos. Mas a ausência de energia elétrica, impossibilitou a continuação do esquema de vacinação em grupos prioritários segundo cronograma nacional (CONASEMS, 2021). Para equacionar os problemas de logística, foi adotado pela coordenadora da Atenção Básica, mecanismo para agilizar a vacinação com suporte de helicóptero que transportou a vacina.

Os moradores do Aritapera reconhecem a importância da vacina para o combate do Covid-19. Havia muita preocupação com relação a gravidade dessa doença gerada a partir dos noticiários de rádio e de televisão que alertavam sobre a situação de colapso que o país enfrentava. Na primeira visita de campo que ocorreu em abril de 2021, os moradores relataram que os idosos já estavam recebendo a segunda dose do imunizante.

Conforme CONASEMS (2021) e Vieira (2021), os trabalhadores da saúde da Semsa do município de Santarém, realizaram a vacinação (**FIGURA 11**) de 30 idosos a partir de 66 anos, na região do Aritapera. Para evitar aglomeração, a vacinação foi organizada por meio de drive-thru fluvial. Os comunitários ribeirinhos idosos, de cinco comunidades do Aritapera, procuraram vacinação em suas rabetas (canoas motorizadas) e posicionaram as embarcações em fila (VIEIRA, 2021).



**Figura 11** - Representação fotográfica do drive-thru fluvial na comunidade do Aritapera.



**Fonte:** (A) Aline Lana (2021); (B) CONASEMS (2021); (C) Ascom Sems/Divulgação (VIEIRA, 2021).

Os imunizantes foram transportados em lancha motor, visando garantir condições de vacinação. A equipe de vacinação se deslocou em pequenas bajaranas para vacinar os idosos ribeirinhos que esperavam em suas embarcações. Os idosos com dificuldade de locomoção e os acamados receberam as doses da vacina da Astrazeneca em domicílio.

Antes do início da vacinação, os trabalhadores de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) local, mapearam os idosos com dificuldade de locomoção e os acamados. Esse grupo recebeu vacinação Astrazeneca em suas moradias. Essa estratégia foi necessária como enfrentamento a logística da cheia do rio nessa época do ano, quando a comunidade está submersa pelas águas do Rio Amazonas. O drive-thru fluvial e vacinação alcançou cerca de 47 idosos ribeirinhos a partir de 66 anos na comunidade do Aritapera. Conforme a SEMSA, cerca de “[...] 58 pessoas testaram positivo na região do Aritapera e outras 158 foram notificadas com sintomas da doença” (VIEIRA, 2021).

Serviços que não são oferecidos pela UBS local, são encaminhados pelos trabalhadores da saúde para a cidade de Santarém. Os custos com a viagem são de responsabilidade do paciente. Os sujeitos ribeirinhos, preferem não esperar para realizar os exames e consultas médicas agendadas pelo SUS, pela demora no agendamento da rede pública, e por isso optam pela rede privada. Embora os serviços de saúde não estejam totalmente disponíveis na UBS, os moradores relataram que não fazem uso de remédios caseiros. Essa prática era mais comum nas gerações passadas, ao longo do tempo ficou em desuso, conforme relato de um ribeirinho:

O remédio caseiro pra cá pra nós ele saiu de uso, antigamente era muito mais frequente né, minha mãe, dona Raimunda, esse pessoal idoso plantava muito remédio nas hortas, hoje não se usa mais isso, é muito difícil, alguma cidreira que a gente faz um chá pra calmante, mas não se usa mais isso [...] esses remédios caseiros nem se usa mais, caiu em desuso, caiu de moda, porque

o tempo agora e outro [...] hoje é mais fácil, no tempo atrás, quando adoecia, era muito difícil médico, a pessoa adoecia aqui, aqui se curava, ou depois procurava a cidade.  
(A.D.M., 70 anos)

A utilização de plantas medicinais não é uma prática comum na região do Centro do Aritapera, tem se perdido ao longo do tempo. Observou-se que a maioria das moradias há remédios como analgésicos e xaropes que são adquiridos quando os sujeitos vêm a cidade. Isso pode justificar o pouco uso de plantas medicinais como alternativa de tratamento na comunidade.

A iniciativa de projetos não governamentais é uma alternativa importante para alcançar as regiões remotas da Amazônia, pois por meio deles é possível minimizar a insuficiência e/ou ausência de alguns serviços públicos. Durante a pandemia de Covid-19 por exemplo, por duas vezes foi entregue kits de higiene e limpeza na comunidade, por meio da parceria entre o projeto SAPOPEMA, Projeto Saúde e Alegria, Sindicato dos Trabalhadores Rurais e Colônia Z-20, para auxiliar na proteção contra contaminação Covid-19. Essa iniciativa foi bem recebida pelos comunitários e os materiais doados complementaram o processo de higiene e limpeza dos moradores locais. O kit continha água sanitária, sabonete, sabão em barra de coco, álcool em gel e máscara.

#### **2.4.2 A sustentabilidade na relação ambiente-saúde: saúde, qualidade de vida e equidade**

A busca por um modelo de desenvolvimento norteado para o bem-estar, qualidade de vida e sustentabilidade transpassa os limites do crescimento econômico ou do consumo (SOUZA *et al*, 2015). Essa busca pelo desenvolvimento abrange um conjunto de processos e fatores que combinados resultam em uma complexa relação que reflete diretamente no modo de vida das pessoas. Esses processos são dinâmicos e multidimensionais, assim como o próprio conceito de sustentabilidade (SOUZA *et al*, 2015).

Conforme Souza *et al* (2015), a sustentabilidade engloba uma variedade de aspectos, como por exemplo a dinâmica do ambiente onde os sujeitos convivem, que precisam estar em equilíbrio. Esse equilíbrio perpassa pelo respeito a dinâmica da natureza, que no caso da comunidade do Aritapera, o equilíbrio perpassa pela compreensão dos impactos dos períodos da vazante a cheia na região. Lidar com

esses impactos e/ou alterações no processo de assistência aos seus habitantes, pode contribuir para a sustentabilidade local.

De acordo com Maciel (2018, p. 50), a sustentabilidade pode ser entendida como “a possibilidade de construir um desenvolvimento equitativo e sustentável, a partir das liberdades de escolha, com a participação integrada de diferentes sujeitos, valorizando os atributos dos lugares [...]”. Nesse aspecto, o processo de escuta aos sujeitos comunitários ribeirinhos no enfrentamento das adversidades do ambiente, como é o caso da situação do período das cheias na região, pode diminuir consequências que afetam a qualidade de vida. A participação integrada desses comunitários, pode fazer a grande diferença, em razão dos conhecimentos dos atributos dos lugares.

Essa ideia corrobora para atitudes e práticas saudáveis, que podem contribuir com estratégias nas relações de cuidado socioambiental, concretizados na promoção da qualidade de vida como um todo (Freitas e Porto, 2006). São ações que podem contribuir para reduzir eventuais riscos sobre a saúde humana.

Esse cenário de riscos e desafios para a saúde humana impõe crescentemente a necessidade de ser estabelecido atitudes mais sustentáveis. Esses desafios a serem superados demandam pensar de maneira integrada a interface ambiente-saúde assim como motiva a refletir que a saúde das pessoas depende e é revelada em função do acesso aos recursos materiais existentes no meio (FREITAS e PORTO, 2006).

Além disso, para que ocorra mudanças de paradigmas no modo de vida das pessoas, se presume a estruturação de um projeto de sustentabilidade que inclua os mais diversos atores sociais das diversas áreas de conhecimento (FREITAS e PORTO, 2006). Nessa mesma perspectiva Minayo (2002) destaca que alcançar a sustentabilidade só será possível se houver o envolvimento de um conjugado de conhecimentos das diversas ciências, pois só assim se tornará possível abeirar-se das complexas questões relacionadas ao ambiente e suas relações com a saúde.

Pensar em sustentabilidade exige, portanto que seja ampliado a concepção daquilo que se entende por saúde, bem-estar e qualidade de vida. Para que seja alcançado tal objetivo, faz-se necessário a concretização de aspectos como acesso aos recursos materiais como sustento, moradia e alimentos, um ambiente sem

degradação e que garanta segurança, a conservação de relações sociais saudáveis, dentre outros (FREITAS e PORTO, 2006).

No contexto amazônico, Carneiro *et al* (2015) evidencia que as populações tradicionais que habitam no espaço rural vivem em correlação com os seus ecossistemas. Essa relação é estabelecida de forma harmoniosa entre o homem e a natureza uma vez que esses grupos tradicionais possuem conhecimentos acerca do uso e manejo dos recursos naturais para garantir a conservação e reprodução de sua cultura local, conjuntamente da permanência da diversidade biológica que os rodeia. Na comunidade do Aritapera essa realidade impõe atenção pela gestão pública, tanto pelas condições ambientais, como pelas condições de acesso aos serviços públicos, especialmente durante o período da cheia do rio Amazonas, quando a forma de viver se altera.

Chaves *et al* (2020) também afirma que vários estudos sobre as comunidades amazônicas evidenciam que as populações tradicionais locais possuem formas de vida pautadas em uma inter-relação de sustentabilidade e qualidade de vida, indicando um *modus vivendi* singular. Segundo a autora, conforme estudos, os povos tradicionais sempre necessitaram de acesso a bens e serviços de cunho social disponibilizados na área urbana, do mesmo modo, as formas de organização sociocultural tradicional não anulam a possibilidade de adotar novos saberes e práticas que possam adaptar os saberes externos às necessidades de seus grupos sociais sem prejudicar o contexto e as particularidades em que vivem.

As populações tradicionais, como é o caso dos ribeirinhos da comunidade do Aritapera, desenvolvem maneiras particulares de conservação do ecossistema através de práticas e técnicas que se fundamentam nos princípios que regem a sustentabilidade. E essa forma de apropriação palpável e simbólica da natureza por parte das populações tradicionais é entendida por Lima e Pereira (2007) como a base para um modelo de sustentabilidade.

Atrelada à ideia de sustentabilidade, a questão da qualidade de vida tem sido bastante debatida. Para Chaves *et al* (2020) através da perspectiva sobre qualidade de vida na Amazônia, exige pensar em sustentabilidade na saúde, enquanto demanda que considera as diferentes dimensões do grande e complexo sistema que é a região. As comunidades ribeirinhas por exemplo que apresentam atendimento de suas necessidades básicas parciais ou precários, requerem ações que contribuam

para a qualidade de vida com sustentabilidade (CHAVES *et al*, 2020), principalmente considerando a dinâmica da vazante e cheia da região, como no caso da comunidade do Aritapera.

Embora existam políticas públicas pensadas para a realidade dessas regiões ribeirinhas, os serviços públicos disponíveis muitas vezes não contemplam as demandas de saúde dos sujeitos em sua plenitude (FIGUEIRA *et al*, 2020). Diante disso, observa-se contradição com princípio de equidade como aponta Travassos (1997), ao propor a concessão de recursos e serviços de acordo com as necessidades e demandas de cada indivíduo.

Por essa mesma ótica, Jacobi (1999) afirma que a sustentabilidade precisa instigar de modo permanente as responsabilidades éticas, ao mesmo tempo que o realce aos aspectos extra econômicos, considerando também aspectos associados a equidade, justiça social e a ética dos seres vivos.

Portanto, de forma geral, as políticas públicas devem ser aplicadas a todos os povos do Brasil, de forma igualitária e com a mesma atenção e qualidade, para proporcionar a qualidade de vida para a geração presente e futura.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A principal abordagem da pesquisa buscou entender o cotidiano do ribeirinho residente na comunidade de várzea Centro do Aritapera. Conhecer a complexidade que caracteriza os modos de vida dessas populações, pode elucidar nas implicações de demanda por serviço de assistência à saúde.

O conhecimento das particularidades da comunidade do Aritapera, é um elemento essencial que pode ser relevante para as políticas públicas específicas para a região. A pesquisa possibilitou ainda a compreensão sobre as diversas dimensões que implicam na saúde das pessoas, levando ao entendimento de que problemas ambientais são concomitantemente problemas de saúde.

Desse modo, torna-se explícita a necessidade de ampliação do acesso a assistência de saúde para as comunidades ribeirinhas da Amazônia. Visto que na comunidade estão presentes inúmeras barreiras de acesso à saúde que implicam diretamente na qualidade de vida da população. Embora haja algumas políticas públicas do SUS pensadas para essas populações de áreas remotas o sistema é falho e ainda não alcança os sujeitos ribeirinhos em sua totalidade. O que é um grande

desafio para o SUS, pensar em ações que reduzam essas barreiras de acesso que existem. Para que assim possam melhor atender essas populações e garantir os seus direitos sociais, especialmente seu direito à saúde.

Essa pesquisa se faz relevante para a comunidade pois o levantamento de dados, e o registro histórico e socioambiental vai compor o banco de dados local, assim como pode servir como subsídio para novas pesquisas. O estudo também se faz importante para a academia, visto que há escassez de material dessa natureza.

Para a sociedade como um todo, este trabalho é importante pois possibilita lançar luz sobre a realidade da população ribeirinha da Amazônia, em específico a comunidade Centro de Aritapera, podendo ser utilizado como base na construção de políticas públicas específicas para o território ribeirinho que atendam às necessidades e demandas desse povo, mas que respeite e considere suas singularidades.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Nemésio Dario. **A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde – SUS**. Revista Psicologia e Saúde. Campo Grande, V. 5, n. 1, 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177093X2013000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177093X2013000100002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 01 nov 2021.

AMBROZIO, Júlio. **O conceito de território como campo de poder microfísico**. Revista de Geografia – UFJF. V.3, n.2, p.1-10, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/geografia/article/view/17934>. Acesso em: 06 de ago 2021.

ARRUDA, Rinaldo. **"Populações tradicionais" e a proteção dos recursos naturais em unidades de conservação**. Ambiente & Sociedade - Ano II - No 5 - 2o São Paulo, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/RfgDyLnkxRnFNqQcWTR6bQG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 ago 2021.

BALÉE, William. **O programa de pesquisa da ecologia histórica**. Cadernos do LEPAARQ. V. 14, N. 28, 2017. DOI: <https://doi.org/10.15210/lepaarq.v14i28.12675>.

BALÉE, William. **Sobre a indigeneidade das paisagens**. Revista de Arqueologia, v. 21, n. 2, 2008. Disponível em: <https://revista.sabnet.org/index.php/sab/article/view/248>. Acesso em: 8 nov 2021.

BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima. **Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o sus**. Saúde sociedade. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Kdc66VGb5mXkMnHTHYkzVPv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul 2021.

BOAS, Luana; OLIVEIRA, Denize. **A Saúde nas Comunidades Ribeirinhas da Região Norte Brasileira: Revisão Sistemática da Literatura**. Atas - Investigação Qualitativa em Saúde. V. 2. 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/896>. Acesso em: 10 ago 2021.

BRANCO, Socorro Castelo. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): princípios e diretrizes**. 2019. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES>. Acesso em: 23 out 2021.

BRANDAO, Carlos Rodrigues; BORGES, Maristela Correa. **O lugar da vida: Comunidade e Comunidade Tradicional**. Revista Campo-Território. Edição especial do XXI ENGA 2012, p. 1-23, 2014. Disponível em: [http://nupaub.fflch.usp.br/brandao o lugar da v](http://nupaub.fflch.usp.br/brandao%20o%20lugar%20da%20v). Acesso em: 11 nov 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Art.196-200, Brasília, DF, 1988. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 14 ago 2021.

BRASIL. **Modo de vida ribeirinho e a longitudinalidade do cuidado na atenção primária em saúde**. Revista Saúde (Santa Maria). V. 42, n.1, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5902/2236583417186>.

BRASIL. Lei 10.779, de 25 de novembro de 2003. **Dispõe sobre a concessão do benefício de seguro desemprego, durante o período de defeso, ao pescador profissional que exerce a atividade pesqueira de forma artesanal**. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.779compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.779compilado.htm). Acesso em: 10 out 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>. Acesso em: 21 out 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/publicacoes/geral/pnab>. Acesso em: 21 out 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e Ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de apoio à gestão participativa. – Brasília: Ministério da Saúde. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>. Acesso em: 03 out 2021.

BRASIL. Ministério de Minas e Energia. **Mais Luz para a Amazônia: Governo Federal lança programa para levar energia elétrica a 70 mil famílias**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mme/pt-br/assuntos/noticias/mais-luzpara-a-amazonia-governo-federal-lanca-programa-para-levar-energia-solar-a70-mil-familias>. Acesso em: 13 nov 2021.

BRITO, Eliseu Pereira de. **Sobre os ribeirinhos tocantinenses: história e resistências**. Revista de Geografia e Interdisciplinaridade. V. 4, n. 14. 2018. Disponível em: <http://www.periodicoseltronicos.ufma.br/index.php/interespaco/article/view/7116>. Acesso em: 03 out 2021.

CAMPOS, Maryane Oliveira; NETO, João Felício Rodrigues. **Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde**. Revista Baiana de Saúde Pública. V.32, n.2, p.232-240. 2008. DOI: <https://doi.org/10.22278/23182660.2008.v32.n2.a1438>.

CARMO, Eunápio Dutra do; SILVA, Maria Elisane de Souza. **Invisibilidade da população ribeirinha ao acesso e efetivação das políticas públicas: as**



**experiências no território em disputa de Anajás-PA.** PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP. Macapá, v. 13, n. 2, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.18468/pracs.2020v13n2.p189-209>.

CARNEIRO, Fernando Ferreira; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva; PIGNATI, Wanderlei Antonio; RIGOTTO, Raquel Maria; FRIEDRICH, Karen; FARIA, Neice Muller Xavier; BURIGO, André Campos; FREITAS, Vinicius Mello Teixeira de. (Org.). **Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26221>. Acesso em: 16 dez 2021.

CARNEIRO, Jeso. **Prefeitura entrega UBSF batizada com o nome de exsecretário de saúde, Ailton Barros.** Santarém, 30 de junho de 2019. Disponível em: <https://www.jesocarneiro.com.br/saude/prefeitura-entregaubs-fluvial-batizada-com-nome-de-ex-secretario-de-saude.html>. Acesso em: 05 nov 2019.

CARNUT, Leonardo. **Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil.** Saúde debate. Rio de Janeiro, V. 41. 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711515.

CARVALHO, Gilson. **A Saúde Pública no Brasil.** Estudos Avançados. vol. 27. N°. 78, São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?lang=pt>. Acesso em: 03 ago 2021.

CHAVES, Maria do Perpetuo Socorro Rodrigues; RODRIGUES, Débora Cristina Bandeira; NASCIMENTO, Camila Fernanda Pinheiro do; PEDROSA, Evelyn Barroso; SILVA, Thamirys Souza e. **Sustentabilidade & qualidade de vida: práticas sustentáveis de saúde em comunidades ribeirinhas no Amazonas.** Revista de Políticas Públicas, vol. 24. N. 1, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865.v24n1p265-285>.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde. **“Drive Fluvial” é uma das estratégias de vacinação em áreas ribeirinhas.** 2021. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/brasil\\_aqui\\_tem\\_sus/drivefluvial-e-uma-das-estrategias-de-vacinacao-em-areas-ribeirinhas/](https://www.conasems.org.br/brasil_aqui_tem_sus/drivefluvial-e-uma-das-estrategias-de-vacinacao-em-areas-ribeirinhas/). Acesso em: 05 nov. 2021.

COUTO, Mayra Hermínia Simões Hamad Farias do; RAVENA, Nírvia; SANTOS, Maria Cristina de Jesus dos. **As construções sociais e físicas do ribeirinho na amazônia.** Revista movendo ideias. V. 24, n. 2. UNAMA, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.17648/movideias-v24n2-2007>.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. **Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro.** Ciência & Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/H8ZWT7p5kcjM5qB7RcPBDwK/?lang=pt>. Acesso em: 09 set 2021.

DIEGUES, Antônio Carlos Santana. **O mito moderno da natureza intocada.**

4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

EL KADRI, Michele; SANTOS, Brena Silva dos; LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa; SCHWEICKARDF, Julio Cesar; MARTINS, Fabiana Mânica. **Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil**. Interface comunicação, saúde, educação. Interface (Botucatu). 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180613>. Acesso em: 08 out 2021.

FIGUEIRA, Maura Cristiane e Silva; SILVA, Wellington Pereira da; MARQUES, Dalvani; BAZILIO, Jennifer; PEREIRA, Jessica de Aquino; VILELA, Maria Filomena Gouveia; SILVA, Elieta Maria. **Atributos da atenção primária na saúde fluvial pela ótica de usuários ribeirinhos**. Revista Saúde e Debate. Rio de Janeiro, V. 44, N. 125, P. 491-503, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZyCBLGvJS4NzpCMYqspFQ3C/?lang=pt>. Acesso em: 8 nov 2021.

FREITAS, Alan Ferreira de; FERREIRA, Marc Aurélio Marques; FREITAS, Alair Ferreira de. **A Trajetória das Organizações de Agricultores Familiares e a Implementação de Políticas Públicas: um estudo de dois casos**. RESR, Piracicaba-SP, Vol. 57, Nº 01. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1234-56781806-94790570101>.

FREITAS, Carlos Machado de. **Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais**. Ciência & Saúde Coletiva, v.8, n.1, p.137-150, jan./mar. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MnktxFwCHGF6XLycPjsyQks/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago 2021.

FREITAS, Carlos Machado de; PORTO, Marcelo Firpo. **Saúde, ambiente e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

GAMA, Abel Santiago Muri; FERNANDES, Tiótrefis Gomes; PARENTE, Rosana Cristina Pereira; SECOLI, Silvia Regina. **Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil**. Caderno Saúde Pública. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nWyTKM4WRV5Gxr4pSVT4Mnp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 jul 2021.

GARNELO, Luiza; LIMA, Juliana Gagno; ROCHA, Esron Soares Carvalho; HERKRATH, Fernando José. **Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil**. Revista Saúde e Debate. Rio de Janeiro, V. 42, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/81-99/>. Acesso em: 20 nov 2021.

GEO Brasil. **Perspectivas do Meio Ambiente no Brasil**. Organizado por Thereza Christina Carvalho Santos e João Batista Drummond Câmara. - Brasília: Edições: IBAMA, 2002.

GERBER, Dionatan.; PASQUALI, Luiz; BECHARA, Fernando Campanhã. **Gerenciamento de resíduos sólidos domiciliares em áreas urbanas e rurais.** Revista Ibero-americana de Ciências Ambientais, Aquidabã, v. 6, n. 1, p.293-306, 2015. DOI:10.6008/SPC2179-6858.2015.001.0023.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Atlas S/A, 2002.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena de Mendonça. **Atenção Primária à Saúde.** In: GIOVANELLA, Lígia. *et al.* Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009 Cap. 16. P. 575-625. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br>. Acesso em: 02 out 2021.

GOMES, Maria Cecília Rosinski Lima; NASCIMENTO, Ana Claudeíse Silva do. CORREA, Dávila Suelen Souza; CHAGAS, Hudson Cruz das. **Uso de água de chuva para consumo em localidades ribeirinhas na Amazônia, Brasil.** In: Simpósio Brasileiro de Manejo, Captação e Aproveitamento de Água de Chuva, Feira de Santana. Anais...ABCMAC, 2014. Disponível em: <https://conexaoagua.mpf.mp.br> > artigos-cientificos. Acesso em: 07 set 2021.

GONÇALVES, Ruben Miranda; DOMINGOS, Isabela Moreira. **População ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde.** Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito. 2019. DOI: <https://doi.org/10.4013/rechtd.2019.111.06> .

GOUVEIA, Nelson. **Saúde e o meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiente.** São Paulo. Saúde e Sociedade; 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/gnt8LsnHRWYzhnT75vT7pjf/?lang=pt>. Acesso em: 19 set 2021.

GUIMARAES, Ananias Facundes; BARBOSA, Victor Linec Maciel; SILVA, Mariana Paula da; PORTUGAL, Mariana Paula da; REIS, Marcelo Henrique da Silva; GAMA, Abel Santiago Muri. **Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil.** Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua, v. 11, e202000178, 2020. Disponível em [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S217662232020000100012&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217662232020000100012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 07 ago 2021.

IBGE, Instituto Nacional de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde.** Informações Sobre Domicílios, Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde 2019. Rio de Janeiro. 2020.

JACOBI, Pedro. **Meio ambiente e sustentabilidade.** O Município no século XXI: cenários e perspectivas. Cepam–Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal, 1999. Disponível em: <http://michelonengenharia.com.br/downloads/Sutentabilidade.pdf>. Acesso em: 16 dez 2021.

JUNIOR, Adilson Mendes de Figueiredo; LIMA, Glória Letícia Oliveira Gonçalves; VILELA, Karla Ariana Dias; COSTA, Eliane Conceição da; SANTOS, Maria Lúcia Costa dos; FREITAS, Maria da Conceição Nascimento; SOUSA, Yasmin Martins de; FERREIRA, Fábio da Costa; SANTOS, Christian Boaventura dos; CALANDRINI, Cristiane de Oliveira. **O acesso aos serviços de saúde da população ribeirinha: um olhar sobre as dificuldades enfrentadas.** Revista Eletrônica Acervo Científico. V.13. 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reac.e4680.2020>.

LEROY, Jean Pierre. **Debatendo o Capítulo Ambiente, Espaço, Território e o Campo da Saúde: a agricultura.** In.: MINAYO, Maria Cecília de Souza; MIRANDA, Ary Carvalho de. (Org.) Saúde e Ambiente sustentável: estreitando os nós. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2002.

LIMA, Maria Aldecy Rodrigues de; ANDRADE, Erika dos Reis Gusmão. **Os ribeirinhos e sua relação com os saberes.** Revista Educação em Questão, Natal, v. 38, n. 24, p. 58-87. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/educacaoemquestao/article/view/4027>. Acesso em: 15 set 2021.

LIMA, Marta Goreth Marinho; PEREIRA, Elves Marcelo Barreto. **Populações tradicionais e conflitos territoriais na Amazônia.** Revista Geografias. 2007. DOI: <https://doi.org/10.35699/2237-549X%20..13221>

LINHARES, Jairo Fernando Pereira. **Populações tradicionais da Amazônia e territórios de biodiversidade.** Revista Pós Ciências Sociais. V. 6, n. 11, 2009. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rpcsoc/article/view/794>. Acesso em: 11 jul 2021.

LIRA, Talita de Melo; CHAVES, Maria do Perpétuo Socorro Rodrigues. **Comunidades ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política.** Interações. Campo Grande, MS, v. 17, n. 1, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/MXbhGK5VDQbX4bMQzRYDRLN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 03 nov 2021.

LUCIANO, Weldon. **Barco Papa Francisco realizará jornada cirúrgica na região do Tapajós em Santarém.** Santarém, 04 de novembro de 2021. Disponível em <https://santarem.pa.gov.br/noticias/saude/barco-papafrancisco-realizara-jornada-cirurgica-na-regiao-do-tapajos-em-santaremwhsx6d>. Acesso em: 05 nov 2021.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual.** Ciência e saúde coletiva. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>. Acesso em: 11 jul 2021.

MACIEL, Franciclei Burlamaque. **Encontros no lugar e o lugar dos encontros: acontecimentos no ambiente e saúde com a política de desenvolvimento regional no Médio Tapajós – PA.** Tese (Doutorado em Ciências do Ambiente e

Sustentabilidade na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2018. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/6877>. Acesso em: 19 ago 2021.

**MAFRA, José Ricardo e Souza; FANTINATO, Maria Cecília.** Artesãs de Aritaperá/PA: técnicas e processos em uma perspectiva Etnomatemática. Revista Latinoamericana de Etnomatemática, vol. 9, núm. 2, pp. 180-201, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/2740/274046804011/html/#fn4>. Acesso em: 12 nov 2021.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br>. Acesso em: 16 set 2021.

MELLAZO, Guilherme Coelho. **Percepção ambiental e educação ambiental: uma reflexão sobre as relações interpessoais e ambientais no espaço urbano.** Olhares & Trilhas, Uberlândia, ano VI, n. 6, 2005. Disponível em: <https://docplayer.com.br/32449917-Percepcao-ambiental-e-educacaoambiental-uma-reflexao-sobre-as-relacoes-interpessoais-e-ambientais-noespaco-urbano.html>. Acesso em: 11 set 2021.

MENDONÇA, Maria Sílvia de; FRANÇA, José Ferreira; OLIVEIRA, Andréia Barroncas de; PRATA, Ressiliane Ribeiro; ANEZ, Rogério Benedito da Silva. *et al.* Etnobotânica e o saber tradicional. In: FRAXE, Therezinha de Jesus Pinto; PEREIRA, Henrique dos Santos; WITKOSKI, Antônio Carlos. (Org.) **Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais.** Manaus: EDUA, 2007.

MENEZES, Tainá Marçal Dos Santos; PERDIGÃO, Ana Klaudia De Almeida Viana. **O tipo de palafita amazônico.** Revista Projetar - Projeto e Percepção do Ambiente, v. 6, n. 2, p. 44-59, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21680/2448296X.2021v6n2ID23710>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Enfoque ecossistêmico de Saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; MIRANDA, Ary Carvalho de. (Org.) **Saúde e Ambiente sustentável: estreitando os nós.** Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciência & Saúde Coletiva. 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S141381232000000100002>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **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).** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 05 out 2021.

MONKEN, Maurício. PEITER; Paulo; BARCELLOS, Christovam; ROJAS, Luisa Iñiguez; NAVARRO, Marli; GODIM, Gracia; GRACIE, Renata. **O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload › ArtCient>. Acesso em: 19 set 2021.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2007. p. 177-224. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39206>. Acesso em: 3 set 2021.

NAVARRO, Marli B. M. de Albuquerque; FILGUEIRAS, Ana Luzia Lauria; COELHO, Hamilton; ASENSI, Marise Dutra; LEMOS, Elba; SIDONI, Marli; SOARES, Marisa da Silveira; CARDOSO, Telma Abdalla de Oliveira. Doenças Emergentes e Reemergentes, Saúde E Ambiente. MINAYO, Maria Cecília de Souza; MIRANDA, Ary Carvalho de. (Org.) **Saúde e Ambiente sustentável: estreitando os nós**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2002.

NEU, Vania; SANTOS, Marco Antônio Sousa dos; MEYER, Leandro Frederico Ferraz. **Banheiro ecológico ribeirinho: saneamento descentralizado para comunidades de várzea na Amazônia**. Revista Em Extensão, v. 15, n. 1, 2016. DOI:10.14393/REE-v15n12016\_art02.

NOGUEIRA, Laelia Regina Batista. **Casas Ribeirinhas: Aconchego nos Braços do Rio**. Anais do XVI ENANPUR. 2015. Disponível em: <https://anais.anpur.org.br/index.php/anaisenanpur/article/view/1884>. Acesso em: 16 nov 2021.

ORLANDI, Eni. Puccinelli. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 5. ed. Campinas, SP: Pontes Livros, 2003.

PACIFICO, Amanda Cristina Nunes; NASCIMENTO, Ana Claudeise Silva do; CORREA, Dávila Suellen Souza; PENTEADO, Iaci Menezes; PEDRO, João Paulo Borges; GOMES, Maria Cecilia Rosinski Lima; GOMES, Uende Aparecida Figueiredo. **Tecnologia para acesso à água na várzea amazônica: impactos positivos na vida de comunidades ribeirinhas do Médio Solimões, Amazonas, Brasil**. Cad. Saúde Pública, 37 (3). 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cR7mQS9RTnScVVMR4VVg5zCr/?lang=pt>. Acesso em: 19 out 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Ciência e saúde coletiva. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.09172018.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Ligia Maria Vieira da. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. Boletim do Instituto de Saúde. V.12, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/5975>. Acesso em: 12 ago 2021.

PEREIRA, Henrique dos Santos. A dinâmica da paisagem socioambiental das várzeas do rio Solimões-Amazonas. In: **Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais**. FRAXE, Therezinha; PEREIRA, Henrique dos Santos; WITKOSKI, Antônio Carlos (Org.) Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais. Manaus: EDUA, 2007.

PEREIRA, Henrique dos Santos; SOUZA, Davyd Spencer Ribeiro de; RAMOS, Márcia Melo. **A diversidade da pesca nas comunidades da área focal do projeto piatam**. In: FRAXE, Therezinha de Jesus Pinto; PEREIRA, Henrique dos Santos; WITKOSKI, Antônio Carlos. (Org.) Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais. Manaus: EDUA, 2007.

PESSOA, Vanira Matos; ALMEIDA, Magda Moura; CARNEIRO, Fernando Ferreira. **Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil**. Rio de Janeiro, v. 42. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/KvG6XQP4YRDnNQm7fSK54DN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 jul 2021.

POJO, Eliana Campos; ELIAS, Lina Gláucia Dantas; VILHENA, Maria de Nazaré. **As águas e os ribeirinhos – Beirando sua cultura e margeando seus saberes**. Revista Margens Interdisciplinar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.18542/rmi.v8i11.3249>.

PONTES, Ana Paula Munhen de. **O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?** Escola Anna Nery. Revista Enfermagem 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S141481452009000300007>. Acesso em: 16 ago 2021.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza. **Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e local na promoção da saúde e da justiça ambiental**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza; MARTINEZ-ALIER, Joan. “**Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde**”. Caderno Saúde Pública, 23(4). 2007.

PSA. Projeto Saúde Alegria. **Abaré II voltará a operar no Arapiuns em 2021 após revitalização**. Santarém, 19 de novembro de 2021. Disponível em: <https://saudeealegria.org.br/redemocrongra/abare-ii-voltara-a-operar-noarapiuns-em-2021-apos-revitalizacao/>. Acesso em: 05 nov 2021.

RICETO, Alisson; SILVA, Vicente de Paulo da. **O território como categoria de análise da Geografia**. Caminhos de Geografia. Uberlândia: v. 9, n. 28. Dez/2008 p. 146 – 152, 2008.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. **Conceitos de acesso à saúde**. Revista Panamericana de Salud Publica. 2012;31(3):260–8. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268/pt/>. Acesso em: 27 out 2021.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo**. Ciência & Saúde Coletiva, 2018. DOI: 10.1590/141381232018236.06092018.

SANTOS, Silene L. D. X.; CARVALHO, Eládio Braga. **Solução Alternativa Coletiva Simplificada de Tratamento de Água Destinada ao Consumo Humano em Pequenas Comunidades**. Coordenação de Controle da Qualidade da Água para Consumo Humano, Distrito Federal, 2018. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/documents/2018.2>. Acesso em: 30 out 2021.

SCARLATO, Francisco Capuano; PONTIM, Joel Arnaldo. **Do nincho ao lixo: ambiente, sociedade e educação**. São Paulo: Atual, 1992.

SCHERER, Elenise. **Mosaico Terra-Água: A Vulnerabilidade Social Ribeirinha na Amazônia – Brasil**. In: VIII Congresso Luso-Brasileiro de Ciências Sociais; Coimbra, POR. Universidade de Coimbra, 2004.

SCHLICKMANN, Mariane; PREUSS, Dainara; PAULETTI, Marzelí. **Saúde e Ambiente para as Populações do Campo das Florestas e das Águas**. Aletheia [online]. vol.52, n.2, pp. 226-229. ISSN 1413-0394. 2019. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/saude-da-populacao-do-campo-da-floresta-edas-aguas>. Acesso em: 11 out 2021.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23<sup>a</sup>. ed. Revista e atualizada. Cortez Editora. São Paulo, 2007.

SILVA, Hilton Pereira da. Sócio-ecologia da saúde e doença: Os efeitos da invisibilidade nas populações caboclas da Amazônia. In: ADAMS, Cristina (org) et al. **Sociedades Caboclas Amazônicas: Modernidade e Invisibilidade**. São Paulo, FAPESP, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bgoeldi/a/cLCDnybxSBZHDVPNrtS4pbg/?lang=pt>. Acesso em: 02 set 2021.

SILVEIRA, Missifany; NETO, Mário Diniz de Araújo. **Licenciamento ambiental de grandes empreendimentos: conexão possível entre saúde e meio ambiente**. Ciência & Saúde Coletiva, 19(9):3829-3838, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LZ9bv6ngyrMWyLYTJTFQM9H/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 jul 2021.

SOUZA, Cezarina Maria Nobre; COSTA, André Monteiro; MORAES, Luiz Roberto Santos; FREITAS, Carlos Machado de. **Saneamento: promoção da saúde, qualidade de vida e sustentabilidade ambiental**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

SOUZA, José Camilo Ramos de; ALMEIDA, Regina Araújo de. **Vazante e Enchente na Amazônia Brasileira: impactos ambientais, sociais e econômicos**. Anais do VI Seminário Latino-Americano de Geografia Física e II Seminário Ibero-Americano



de Geografia Física. 127 Coimbra: Universidade Coimbra, 2010. Disponível em: <https://www.periodicos.ufam.edu.br>. Acesso em: 16 ago 2021.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2326>. Acesso em: 02 out 2021.

SURGIK, Ana Carolina Santos. Estudo jurídico para a várzea amazônica. In: BENATTI, José Helder. *et al.* **A questão fundiária e o manejo dos recursos naturais da várzea: análise para a elaboração de novos modelos jurídicos**. Manaus: Edições Ibama/Provárzea, 2005.

TAMANO, Luana Tiek Omena. **O movimento Sanitarista no Brasil: a visão da doença como mal nacional e a saúde como redentora**. Khronos, Revista de história da Ciência. 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/khronos.v0i4.131909>

TRAVASSOS, Claudia. **Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate**. Caderno Saúde Pública. V.13. Rio de Janeiro, 1997. DOI: 10.1590/S0102-311X1997000200024.

UFOPA. Universidade Federal do Oeste do Pará. **Multiplicação do modelo Abaré: Oriximiná inaugura Barco Hospital**. Santarém, 15 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://saudeealegria.org.br/redemocoronga/multiplicacao-do-modelo-abareoriximina-inaugura-barco-hospital/>. Acesso em: 05 nov. 2021.

UFOPA. Universidade Federal do Oeste do Pará. **Nova expedição do Abaré começa dia 12 de outubro em comunidades do Tapajós**. Santarém, 6 de outubro de 2021. Disponível em: <http://www.ufopa.edu.br/ufopa/comunica/noticias/nova-expedicao-do-abarecomeca-dia-12-de-outubro-em-comunidades-do-tapajos/>. Acesso em: 05 nov 2021.

VIANA, Rosana Lima; FREITAS, Carlos Machado de; GIATTI, Leandro Luiz. **Saúde ambiental e desenvolvimento na Amazônia legal: indicadores socioeconômicos, ambientais e sanitários, desafios e perspectivas**. Saúde Sociedade. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/NM7hp5qqctVyxjQTBx7ywBg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 9 nov 2021.

VIEIRA, Silvia. **Drive-Thru fluvial vacina 30 idosos contra Covid-19 na região do Aritapera, em Santarém**. Santarém, 23 de março de 2021. G1 Santarém -PA. Disponível em: [https://g1.globo.com/pa/santaremregiao/noticia/2021/03/26/drive-thru-fluvial-vacina-30-idosos-contra-covid-19na-regiao-do-aritapera-em-santarem.ghtml?utm\\_source=facebook&utm\\_medium=social&utm\\_campaign=g1&fbclid=IwAR0XH9IZUzJUNWKStjQ7jr9WhsxuePIzWtx9jgsd\\_PI\\_PJhfC9uI7s0j2qo](https://g1.globo.com/pa/santaremregiao/noticia/2021/03/26/drive-thru-fluvial-vacina-30-idosos-contra-covid-19na-regiao-do-aritapera-em-santarem.ghtml?utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_campaign=g1&fbclid=IwAR0XH9IZUzJUNWKStjQ7jr9WhsxuePIzWtx9jgsd_PI_PJhfC9uI7s0j2qo). Acesso em: 05 nov 2021.

WAGLEY, Charles. **Uma comunidade amazônica: estudo do homem nos trópicos**. Tradução: Clotilde da Silva Costa. 3 ed. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp. 1988.

## APÊNDICE 1

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

**Sujeitos participantes:** moradores da comunidade

**TEMA:** Cotidiano socioambiental na comunidade do Centro do Aritapera

**Crítérios de participação:** participação voluntária, individual e gratuita. Garantimos o sigilo e a privacidade durante e após a pesquisa.

Nome do entrevistado:	
Data da entrevista:	
Idade:	

#### PARTE I – Dimensão social

1. Como se formou a localidade Aritapera?
2. Como é a organização política da comunidade? (Tem líder comunitário? Presidente?)
3. Como é o processo de escolha desse representante e como atua?
4. Sobre educação: como é o calendário letivo local?

#### PARTE II – Dimensão ambiental

- 1- Qual o processo de preparação para o período da enchente? (Galinhas, animais, plantações, deslocamento dentro da localidade e principais percurso na localidade).
- 2- Existe tratamento na água potável?
- 3- Como o lixo é tratado?
- 4- Quais as principais atividades econômicas da comunidade
- 5- Fazem o uso de hortas? Para consumo ou para comercialização?

#### PARTE II – Dimensão econômica

- 1- Qual a principal fonte de renda local?
- 2- Quais as principais atividades econômicas na localidade no inverno e no verão?
- 3- A comunidade possui estabelecimentos de atividade econômica? Se sim, que tipo?

## APÊNDICE 2

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

**Sujeitos participantes:** moradores da comunidade

**TEMA:** Percepção sobre a oferta do serviço público de saúde local

**Critérios de participação:** participação voluntária, individual e gratuita.  
Garantimos o sigilo e a privacidade durante e após a pesquisa.

Nome do entrevistado:	
Data da entrevista:	
Idade:	

1. Na sua percepção, quais as doenças mais comuns no período de cheia e de vazante na comunidade?
2. É comum o uso de remédios caseiros na comunidade? Quais?
3. Se sim, os remédios caseiros são uma alternativa diante da ausência ou dificuldade de algum serviço de assistência à saúde?
4. Como você observa o serviço público de saúde na comunidade?
5. O senhor (a) sabe quais os serviços de saúde disponibilizados pela UBS local?
6. Quando senhor (a) procura serviço de saúde é atendido?
7. O senhor (a) encontra dificuldade no atendimento do serviço de saúde na UBS? Quais?
8. Durante a pandemia, o (a) senhor (a) precisou de atendimento de saúde e foi atendido?
9. Quais as dificuldades no atendimento aos serviços de saúde durante o período de vazante?
10. Quais as dificuldades no atendimento aos serviços de saúde durante o período da cheia?
11. Quando alguém necessita de um serviço ou procedimento não realizado na UBS como se procede?
12. A comunidade é beneficiada com visitas mensais de alguma UBSF (Unidade Básica de Saúde Fluvial)? Se sim, qual (s)?
13. Quais os serviços oferecidos pelas UBSF's que visitam a comunidade e com que frequência ocorre?



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ**  
**REITORIA**  
**SISTEMA INTEGRADO DE BIBLIOTECAS**  
**BIBLIOTECA CENTRAL RUY BARATA**  
**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS**

**1. Identificação do autor:**

Nome completo: Aline Lana Sousa Pedroso

CPF: 025328352-30 RG: 6841400 Telefone: (93) 98106-0302

E-mail: [alinepedroso94@gmail.com](mailto:alinepedroso94@gmail.com)

Titulação recebida: Bacharel Em Gestão Pública e Desenvolvimento Regional

Seu e-mail pode ser disponibilizado na página de rosto? (x) Sim ( ) Não

**2. Identificação da obra**

(x) Monografia ( ) TCC ( ) Dissertação ( ) Tese ( ) Artigo científico ( ) Outros:

Título da obra: Ambiente-saúde no território do aritapera: o cotidiano e o acesso à assistência à saúde.

Programa/Curso de pós-graduação: Bacharelado de Gestão Pública e Desenvolvimento Regional.

Data da conclusão: 31/01/ 2022

Orientador: Franciclei Burlamaque Maciel. E-mail: [franciclei@yahoo.com.br](mailto:franciclei@yahoo.com.br)

Examinadores: Prof<sup>o</sup>. Wilson Sabino

Prof<sup>a</sup> Ilvia Silva Gomes

**3. Termo de autorização**

Autorizo a Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) a incluir o documento de minha autoria, acima identificado, em acesso aberto, no Portal da instituição, na Biblioteca Ruy Barata, no Repositório Institucional da Ufopa, bem como em outros sistemas de disseminação da informação e do conhecimento, permitindo a utilização, direta ou indireta, e a sua reprodução integral ou parcial, desde que citado o autor original, nos termos do artigo 29 da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Essa autorização é uma licença não exclusiva, concedida à Ufopa a título gratuito, por prazo indeterminado, válida para a obra em seu formato original.

Declaro possuir a titularidade dos direitos autorais sobre a obra e assumo total responsabilidade civil e penal quanto ao conteúdo, citações, referências e outros elementos que fazem parte da obra. Estou ciente de que todos os que de alguma forma colaboram com a elaboração das partes ou da obra como um todo tiveram seus nomes devidamente citados e/ou referenciados, e que não há nenhum impedimento, restrição ou limitação para a plena validade, vigência e eficácia da autorização concedida.

Santarém, 08/08/2022.

*Aline Lana Sousa Pedroso*  
Assinatura do autor

**1. Tramitação**

Secretaria / Coordenação de curso

Recebido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Responsável: \_\_\_\_\_

Siape/Carimbo