



Inara Russoni de Lima Lago

A saúde das comunidades ribeirinhas: análise situacional e o acesso aos serviços da atenção primária

Teixeira de Freitas

2021

Inara Russoni de Lima Lago

A saúde das comunidades ribeirinhas: análise situacional e o acesso aos serviços da atenção primária

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/MPSF) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Lina Rodrigues de Faria.
Coorientadora: Profa. Dra. Jane Mary de Medeiros Guimarães.

Linha de Pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis.

Teixeira de Freitas

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade Federal do Sul da Bahia
Sistema de Bibliotecas

L177s Lago, Inara Russoni de Lima -

A saúde das comunidades ribeirinhas: análise situacional e o acesso aos serviços da atenção primária / Inara Russoni de Lima Lago. Teixeira de Freitas, 2021 -

98 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Sul da Bahia, Campus Paulo Freire, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2021.
Orientador: Prof. Dra. Lina Rodrigues de Faria.

1. Cuidados primários de saúde - Avaliação. 2. Comunidades ribeirinhas - Saúde . I. Título. II. Faria, Lina Rodrigues de.

CDD – 614.021

Bibliotecária: Amanda Luiza de S. Mattioli Aquino - CRB 5/1956

Inara Russoni de Lima Lago

A saúde das comunidades ribeirinhas: análise situacional e o acesso aos serviços da atenção primária

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/MPSF) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 29/09/2021

Banca Examinadora



Prof. Dr. Vanner Boere Sousa
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)



Profa. Dra. Waneska Alves
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)



Prof. Dr. Carlos Henrique Paiva
Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz)



Prof. Dra. Lina Faria – Orientadora
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)

Teixeira de Freitas

2021

Quero dedicar esta dissertação à minha orientadora Dra. Lina Rodrigues de Faria cuja dedicação e paciência serviram como pilares de sustentação para a conclusão deste trabalho. Grata por tudo. Quero agradecer à Dra. Jane Mary de Medeiros Guimarães por ser uma constante fonte de motivação e incentivo ao longo de todo o projeto. Ao SUS, e ao sonho de um dia vivermos num país que ofereça, assim como se propõe, acesso universal, gratuito, equânime e humanizado aos serviços básicos de saúde.

AGRADECIMENTOS

Finalizar este mestrado e a construção desta pesquisa foi possível pela determinação da pesquisadora e pela colaboração de muitos: pelo olhar, palavras, gestos, ações... são muitos agradecimentos que não caberia aqui, mas, manifesto minha gratidão por todos aqueles que foram partícipes desse processo.

A Deus, minha força superior, pelo dom da vida, pela sabedoria e pelo suporte nos momentos de dificuldades e, a Nossa Senhora Aparecida, meu colo acolhedor, pela direção e amor materno que estiveram presentes em todos os momentos.

Aos meus pais Maria Aparecida Russoni e Jerônimo de Lima, exemplos de coragem e determinação, pelo incentivo, pela educação, pelas privações sofridas para que investisse no futuro de suas filhas. Sinto-me privilegiada por ser filha de dois professores que se dedicaram boa parte de sua vida na luta por uma educação pública e de qualidade e a minha irmã Ingrid Russoni, pela torcida constante e afeto fraterno que me acompanha sempre.

Ao meu marido Daniel Lago pela motivação e incentivo, por palavras e gestos de carinho e conforto; aos meus sogros Kelita e Celso Lago e as minhas cunhadas que durante minhas viagens mudaram suas rotinas para cuidar do meu filho.

Ao meu filho Carlos Eduardo Russoni, minha luz, por quem luto por um mundo melhor, onde a Educação seja de qualidade e para todos e a quem busco incentivar a ser uma pessoa com princípios e amorosa. Espero, minha luz, que encontres um país menos injusto e desigual.

A toda minha família, em especial, aos meus avós Pedro e Sebastiana Russoni que durante a realização do mestrado fizeram a passagem para a eternidade, militantes e devotos da Teologia da Libertação, souberam passar seus valores a toda família; e a minha eterna avó Severina Francisca, um ser humano de amor e luz que está eternizada em meu coração.

Aos amigos, em especial, a Carla Tavares que me acolheu como uma irmã durante as viagens para o mestrado.

Aos meus queridos alunos, principalmente, aos integrantes da Liga de Medicina de Família e Atenção Primária, bem como, a toda equipe de saúde da família da Unidade Herculano Faria, com ênfase aos Agentes Comunitários de Saúde que se dispuseram seu tempo para me acompanhar no campo de pesquisa nos fins de semanas.

A todas as pessoas que se dispuseram a contribuir com o desenvolvimento desta pesquisa, além dos docentes da área de saúde coletiva da UFOB, com destaque, ao amigo e professor Ítalo Aleluia.

E a todos que não foram citados aqui, mas que fazem parte desta construção: meu muito obrigada!

*Num país como o Brasil, manter a esperança
viva é em si um ato revolucionário.*

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: Os territórios em saúde transcendem demarcações espaciais, geográficas e ambientais que são espaços vivos permeados por condicionantes e determinantes culturais, econômicos, políticos, sociais e sanitários. A análise territorial necessita de informações que reflitam a realidade das populações, favorecendo a operacionalização de decisões e de ações sociais, além de políticas públicas estratégicas. Esses territórios dinâmicos acolhem populações tradicionais como as ribeirinhas, cuja identidade coletiva resulta de décadas de construção. Faz-se necessário entender essas populações como sujeitos de direitos, sobretudo no tocante aos serviços públicos considerados como essenciais para uma vida digna. A Atenção Primária à Saúde deve desempenhar o papel de acolhimento das demandas dessas populações, favorecendo o acesso à saúde e minimizando problemas ocasionados pela ineficiência de políticas públicas nessas regiões. **Objetivo:** Realizar uma análise situacional e entender como se dá o acesso das comunidades aos serviços da Atenção Primária em sete comunidades ribeirinhas no Vale do Rio de Ondas, no município de Barreiras, na Bahia. **Métodos:** A pesquisa foi orientada pelo Inventário Sociodemográfico (ISD), instrumento de coleta que facilita o contato e a construção de relações entre o pesquisador e a comunidade. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas com moradores e atores-chaves de sete comunidades ribeirinhas. **Resultados e discussão:** Foi possível conhecer os condicionantes locais, contribuir para o fortalecimento das identidades das populações que habitam os territórios e sensibilizar gestores e poderes públicos da necessidade de implantação de uma Unidade de Saúde na região e melhorias na qualidade do acesso aos serviços públicos que interferem na saúde física e mental da população. **Considerações finais:** As limitações de acesso, especialmente aos serviços de saúde e educação, compõem um contexto multifatorial, complexo e subjetivo, que podem implicar em diferentes aspectos no modo de vida das populações ribeirinhas e seu estado de saúde.

Palavras-chave: Populações tradicionais ribeirinhas. Atenção Primária à Saúde. Território. Análise situacional. Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Health territories transcend the spatial, geographical and environmental demarcations that are living spaces allowed by cultural, economic, political, social and health conditions and determinants. Territorial analysis requires information that reflects the reality of threats, favoring the operationalization of social decisions and actions, in addition to strategic public policies. These dynamic territories are home to traditional species such as riversides, whose collective identity results from decades of construction. It is necessary to understand these rights as subjects of rights, especially with regard to public services considered essential for a dignified life. Primary Health Care should use the role of welcoming the demands of these changes, favoring access to health and minimizing problems caused by the inefficiency of public policies in these regions. **Objective:** To carry out a situational analysis and understand how the communities access primary care services in four riverside communities in the Vale do Rio de Ondas, located in the western region of Bahia, in the municipality of Barreiras. **Method:** The research will be guided by the Simplified Situational Strategic Planning Method, which consists of the development of planning as a participatory process that allows the incorporation of points of view from various social sectors, including a population, in a way that the different social aspects explicitly require; proposals and solution strategies. Research will also be guided by the Sociodemographic Inventory, in addition to the Field Diaries, which are collection instruments that facilitate contact and the building of relationships between the researcher and the community. Data collection is carried out through semi-structured interviews with residents and key actors from four riverside communities. **Results and discussion:** It is expected to know the local conditions, to contribute to the strengthening of the identities of the populations that inhabit the territories and to raise awareness among managers and public authorities of the need to implant a Health Unit in the region. **Final considerations:** The limitations of access, especially to health and education services, make up a multifactorial, complex and subjective context, which can imply different aspects in the way of life of riverside populations and their health status.

Keywords: Traditional riverside populations. Primary Health Care. Territory. Situational analysis. Access to health services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Povoados no Vale do Rio de Ondas... ..	32
Figura 1 – Território de abrangência dos povoados no Vale do Rio de Ondas... ..	33
Figura 2 – Território das comunidades alvo da pesquisa.....	33
Quadro 2 – Perfil dos líderes comunitários do Vale do Rio das Ondas... ..	35
Figura 3 – Categorias e subcategorias de análise do estudo das comunidades ribeirinhas, produzidas no Nvivo, a partir das entrevistas.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DAB	Departamento Atenção Básica
DC	Diário de Campo
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ISD	Inventário Sócio Demográfico
LAMFAP	Liga Acadêmica de Medicina da Família e Atenção Primária
MFC	Medicina da Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPCT	Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais
PSF	Programa Saúde da Família
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos dos Sujeitos
UFOB	Universidade Federal do Oeste da Bahia
USF	Unidade Saúde da Família

APRESENTAÇÃO

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.” (FREIRE, 2019, p. 47).

Convido Paulo Freire para iniciar esse diálogo com as linhas mestras da minha vida acadêmica e profissional. Isto porque, o meu propósito em adentrar no contexto da formação superior é fruto da reflexão sobre como e quais conteúdos ensinar nas escolas médicas, no sentido de contribuir com a harmonização entre o currículo de Medicina e o perfil demandado pelo mundo do trabalho.

Essa afirmativa traduz uma inquietação, emergida no descortinar da minha graduação em Medicina, na qual observei a ausência da formação médica mais aproximada do contexto da comunidade, uma vez que, as necessidades sociais de saúde são demandas nos ambientes hospitalares. Embora os cursos de educação médica venham implementando disciplinas e módulos que aproximem os discentes da realidade da saúde local e nacional, a fim de se adequarem às crescentes necessidades de reorganização da formação médica, as práticas em saúde ainda corroboram, ao meu ver, para o não engajamento local, regional e global do acadêmico de Medicina.

No meu exercício profissional docente, a aludida inquietação foi intensificada com a minha participação na Liga Acadêmica de Medicina de Família e Atenção Primária (LAMFAP), movimento de estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal do Oeste da Bahia (BA), pautado na indissociabilidade do tripé da Universidade brasileira: ensino, pesquisa e extensão. E, foi nesse contexto, que nasceu a presente pesquisa que aproximou as populações ribeirinhas no município de Barreiras (BA) aos acadêmicos de Medicina. A LAMFAP foi fundada pelos acadêmicos de Medicina UFOB em 29 de janeiro de 2018. Sua sede e foro ficam na cidade de Barreiras (BA), cuja coordenação está a encargo de dois docentes envolvidos em atividades acadêmicas relativas às práticas em saúde comunitária (UFOB, 2018).

Observo ainda, na condição de docente de Medicina em uma instituição de ensino superior pública, a escassez de profissionais na área de Medicina da Família e Comunidade (MFC)¹, tanto na docência quanto na assistência, o que constitui um desafio potencializado pela área remota no Oeste da Bahia.

¹ De acordo com a Demografia Médica (2020) lançada pelo Conselho Federal de Medicina e a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Brasil atingiu a marca de mais de 500 mil médicos registrados, sendo 7.149 (sete mil cento e quarenta e nove mil) médicos e médicas de família e comunidade distribuídos em todo o

O meu lugar de fala e de formadora de outros médicos, traz em si, a responsabilidade e a riqueza em fortalecer o tripé da Universidade: ensino – aprofundamento teórico-conceitual sobre a população tradicional que mora nas proximidades do rio; pesquisa – novos olhares investigativos sobre o acesso a saúde, fundamental para planejar e reorganizar os serviços da atenção primária à saúde aos ribeirinhos e, assim produzir mais ciência – extensão, de forma a possibilitar a implementação de uma UBS na região e fomentar o quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.

Importante enfatizar que a formação do médico, a produção de conhecimento e a prestação de serviços pelas instituições formadoras somente fazem sentido quando têm relevância social. Considero ainda, que um dos grandes desafios da Medicina é a inserção do médico na comunidade e, mais precisamente, na família. Para que essa inserção ocorra, é necessária a formação dos médicos da família e comunidade voltados, principalmente, para a Assistência Primária de Saúde (APS), de forma que este profissional atue ativamente na promoção da saúde, prevenção e/ou diagnóstico e tratamento precoce de doenças dos pacientes. Com base, nessa afirmação, que emergem as Ligas Acadêmicas, pautadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Ministério da Educação (2014) para os cursos de graduação em Medicina que propõem que a formação de médicos no Brasil deve:

[...] propiciar a estudantes, professores e profissionais da saúde a ampliação das oportunidades de aprendizagem, pesquisa e trabalho, por meio da participação em programas de Mobilidade Acadêmica e Formação de Redes Estudantis, viabilizando a identificação de novos desafios da área, estabelecendo compromissos de corresponsabilidade com o cuidado com a vida das pessoas, famílias, grupos e comunidades, especialmente nas situações de emergência em saúde pública, nos âmbitos nacional e internacional (BRASIL, 2014, p. 4).

É com esse espírito que o projeto da LAMFAP busca articular o tripé da Universidade Pública – ensino, pesquisa e extensão no âmbito da MFC e APS. No que se refere à pesquisa, a LAMFAP desenvolve um projeto de investigação com comunidades ribeirinhas do Vale do Rio de Ondas, localizadas no município de Barreiras (BA), desde o primeiro semestre de 2019. Essa pesquisa tem como objetivo realizar o diagnóstico comunitário de 29 territórios ribeirinhos, em parceria com a Fundação Mundo Lindo (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público).

território nacional. Observa-se que houve um crescimento, nos últimos dois anos, do número de médicos que atuam na Medicina de Família e Comunidade com maior concentração na região Sudeste (SCHEFFER *et al.*, 2020).

O projeto da LAMFAP adquire o status relevante na formação médica centrada na APS e na comunidade, ao buscar o fortalecimento do processo de reorientação formativa, enquanto ator coletivo para formação político-pedagógico na graduação, de modo a contribuir para a formação de profissionais de saúde comprometidos com as necessidades de saúde da população.

Para tanto, as investigações desenvolvidas pela Liga buscam unir as distintas realidades (social e individual) a partir da vivência experienciada na comunidade antes de qualquer casualidade da vida, sendo necessário, algumas vezes, ao que foi planejado.

Destaco também, que não se trata de uma prática assistencialista, mas, sobretudo, da busca formadora/transformadora do acadêmico, da comunidade e dos serviços de saúde. Esse contexto é reflexo do projeto de extensão desenvolvido em comunidades ribeirinhas de Barreiras que propiciou o engajamento da pesquisadora e dos discentes de Medicina na questão ecológica.

Essa experiência foi salutar por ter me aproximado do meu objeto de estudo, através das práticas integrativas, do trabalho em equipe e do diálogo com a comunidade. Isso requereu um olhar cuidadoso nos processos integrativos que eram desenvolvidos no dia a dia da comunidade, onde acentua as problemáticas que a afetam dentre as quais a questão ecológica.

Assim, as atividades desenvolvidas pela Liga se constituem a partir do processo da integralidade, onde o cuidado com a saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças ocorrem envoltos de uma análise crítica de toda a demanda que afeta o paciente/comunidade. E essa integração foi muito importante para a construção dessa dissertação.

Somo a isso, poucos estudos sobre o mapeamento da oferta e do acesso aos serviços de Saúde Básica para populações ribeirinhas no município de Barreiras. Foram realizadas pesquisas nas bases de dados da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação e Tecnologia (BDTD/IBICT), no portal Scientific Electronic Library Online (SciELO), no portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), na Biblioteca da UFOB, dentre outras fontes de informação.

Tal contexto, põe em voga a originalidade desta pesquisa à medida que volta o olhar para as condições de saúde de comunidades ribeirinhas no interior da Bahia e faz frente científica às modificações dos perfis dessa população e de assistência à saúde nos distintos contextos brasileiros.

Entretanto, urge destacar a recuperação de uma tese desenvolvida por uma docente da UFOB sobre a descrição do perfil epidemiológico da população ribeirinha no município de Barreiras. Neste estudo, a pesquisadora apontou avanços e problemáticas enfrentadas pelos ribeiros; infraestrutura básica de saúde, saneamento inadequado, educação local deficiente, além da ausência de postos de saúde nas comunidades ribeirinhas, cujo atendimento depende de visita da unidade móvel e das agentes de saúde (CARDOSO, 2012).

Além da contribuição científica há de se considerar que uma investigação situacional para compreensão de comunidades ribeirinhas constitui-se em uma importante questão social e de saúde pública por envolver a busca pelo equilíbrio entre as condições que o Estado oferece e as essas comunidades buscam em favor de uma vida mais digna.

Considero, assim, um importante estudo que evidencia a ausência dos serviços básicos de saúde fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) às comunidades ribeirinhas do município de Barreiras. Ademais, há de se considerar as privações de cunho econômico e social que favorecem um quadro de saúde deficitário das pessoas que vivem nas sedes do município de Barreiras.

Nesse sentido, advogo que investigações que possibilitem dados sobre a saúde dos ribeirinhos no tocante ao acesso aos serviços de saúde são imprescindíveis para o planejamento de programas de saúde por parte do poder público de forma a responder a necessidades específicas.

Essas particularidades são concebidas por mim como um desafio que instiga a busca pelo conhecer a população de ribeirinhos da cidade em que resido e, paralelamente, experienciar e contribuir na formação dos estudantes da Liga através do trabalho coletivo de cuidar das pessoas de forma integral e particularizada.

Dito isso, o desenvolvimento de uma pesquisa não é tarefa fácil, pois há encontros e desencontros; achados e ausências; curiosidade e cansaço. São ações, abstrações e uma mistura de sentimentos que acompanham essa jornada, alimentando e que retroalimenta o pesquisador no seu ir e vir.

Esse percurso foi acompanhado também, de desafios agudizados pela pandemia como a cessação do envio do ônibus da universidade para a realização das visitas às comunidades com os estudantes da LAMFAP. Em consequência disso, a pesquisa de campo precisou ser reformulada às distâncias até as comunidades, bem como, as dificuldades de deslocamento em função das más condições das estradas; a ausência de equipe de saúde de família no local. Soma-se a isso, que as visitas in lócus foram financiadas por recursos próprios e contou com a disponibilidade dos agentes comunitários aos fins de semana.

É, nesse contexto, que se tece algumas linhas sobre a pesquisa em tela. A presença da alegria é salutar por chegar aqui e, paralelamente, uma certa angústia paira por saber que poderia ter aprofundado mais sobre a trajetória das comunidades ribeirinhas, a ocupação do seu território e a construção da sua identidade, hábito, valor e costume. Todavia, os prazos, a pandemia, o cotidiano da pesquisadora, não permitiram.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	29
2.1	OBJETIVO GERAL.....	29
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
3	METODOLOGIA	30
3.1	LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	30
3.2	SELEÇÃO DO INFORMANTE-CHAVE.....	34
3.3	DESENHO/DELINEAMENTO DE ESTUDO.....	36
3.4	PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	38
3.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	39
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
4.1	A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS DO OESTE BAIANO: VOLTANDO O OLHAR PARA O <i>LÓCUS</i> DA PESQUISA.....	41
4.2	ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA DAS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS	43
4.3	LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS NAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS.....	50
4.4	RELIGIOSIDADE NAS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS.....	53
4.5	A EDUCAÇÃO NAS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS	55
4.6	A SAÚDE MENTAL DAS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS EM MOMENTOS DE PANDEMIA.....	60
4.7	AS CONDIÇÕES DE MORADIA E SANEAMENTO NAS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS	65
5	CONCLUSÃO	72
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICE A – ENTREVISTA PARA O LÍDER COMUNITÁRIO	86
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	89
	ANEXO A – VISITAS ÀS COMUNIDADES INVESTIGADAS	92
	ANEXO B – RIO DE ONDAS	95
	ANEXO C – ESPAÇO PÚBLICO DE LAZER NO VAL DA BOA ESPERANÇA	96
	ANEXO D – ESCOLA CAPITÃO MARCOLINO NO VAL DA BOA ESPERANÇA	97

1 INTRODUÇÃO

Espaço geográfico, território e territorialização

Para Milton Santos (1994), o conceito de espaço é indivisível dos seres humanos que o habitam e que o modificam todos os dias por meio de suas tecnologias. Ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente, o ator territorializa o território. O território, por sua vez, se apoia no espaço, mas não é espaço; é uma produção a partir do espaço, por todas as relações dinâmicas que envolvem.

Inicialmente Milton Santos (1978) definiu a natureza do espaço geográfico como uma instância social formada por fixos e fluxos. Em um segundo momento, o autor caracterizou a natureza do espaço geográfico como um conjunto de configurações espaciais e dinâmicas sociais (SANTOS, 1988). Finalmente, na sua obra *A natureza do espaço*, o autor destaca que a natureza do espaço geográfico é um conjunto indissociável, complementar e contraditório de sistemas de objetos e sistemas de ações (SANTOS, 1996).

Nesse sentido, espaço geográfico deve ser observado, mormente pela sua integralidade. Para tal, é fundamental analisá-lo por meio da “indissociabilidade e da holística entre forma e conteúdo” nele presentes, ou seja, os aspectos sociais, econômicos, estruturais e ambientais que o constituem. Queiroz (2014, p. 159) resume o pensamento de Milton Santos afirmando que:

[...] o espaço geográfico é uma instância social formada por fixos e fluxos, configurações espaciais e dinâmicas sociais, sistemas de objetos e sistemas de ações, ou seja, sempre a relação entre inerte e o dinâmico, o prático-inerte. O espaço geográfico, em sua totalidade, deve ser compreendido a partir das formas e dos conteúdos – estruturas, processos e funções. Como também essa totalidade é abarcada pelo processo de circulação – produção, distribuição, troca e consumo.

Portanto, o espaço geográfico é uma estrutura social altamente imbricada pelas ações humanas, resultante das mais diversas interações nele existentes, tornando-se o lócus de vida e trabalho do ser humano, sendo historicamente (re)produzido pela sociedade que nele habita. Esse espaço se constitui em uma instância social que se impõe a tudo e a todos e como tal resulta em uma totalidade em movimento. Tal aspecto o impede de ser reproduzido pelo seu caráter abstrato, sendo necessário, assim, ser compreendido pela sociedade como o são a economia, a política e a cultura (QUEIROZ, 2014).

No tocante ao território, ele pode ser entendido como um local delimitado e regulado, pertencente a uma nação, composto por elementos fixos e fluxos, produzidos pela relação

antrópica (SAQUET; SILVA, 2008). É o espaço geográfico historicizado que se organiza nas formações sócio espaciais que correspondem ao Estado Nação.

Para Santos (1994), território configura-se, pelas técnicas, pelos meios de produção, pelos objetos, pelo conjunto territorial e pela dialética do próprio espaço, cuja formação é externa ao próprio território. É um campo de atuação e de expressão do poder público, privado, governamental, não governamental, mas, sobretudo, populacional. Cada território tem suas especificidades, suas necessidades, suas demandas, sua história, sua dinâmica, que definem e conformam saberes e práticas (SAQUET; SILVA, 2008).

O território é determinado pelas diferentes funções ou usos espaciais. Não se pode entendê-lo ignorando as relações políticas, econômicas e culturais que se estabelecem em cada formação social. A abordagem do território, nessa perspectiva, permite estabelecer as relações entre os territórios em diferentes escalas.

Assim, é possível transitar entre as escalas territoriais locais (acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia, saneamento) e sua relação com os mecanismos territoriais globais (políticas públicas, infraestrutura, economia) e, a partir daí, estabelecer a relação com os processos sociais como saúde, educação, renda dentre outros (FARIA; BORTOLOZZI, 2009; SANTOS, 1994).

O ato de habitar um território traz como resultado a corporificação de saberes e práticas. Para habitar um território é necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele, detectando as alterações de paisagem e colocando-o em relação aos fluxos diversos – não só cognitivos, não só técnicos, não só racionais – mas políticos, comunicativos, afetivos, sociais e interativos no sentido concreto, detectável na realidade (CECCIM, 2005).

Dessa forma, pode-se afirmar que o espaço geográfico não se produz. Esta produção é feita no uso do território, cujo uso é diferenciado pelas pessoas e pelas instituições. Soma-se, a isto, que o espaço como totalidade é fragmentado com o uso, por ter como fator determinante as relações sociais e o poder político.

O território em saúde

Os conceitos de espaço geográfico propostos por Milton Santos constituem uma das referências mais importantes para as análises da relação entre espaço e doença, especialmente

as produzidas no Brasil. Essa importância será reconhecida, sobretudo, no estudo das doenças endêmicas por permitir entendimento da sua produção e distribuição como resultado da organização social do espaço (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000).

A presença de Milton Santos na área da saúde se deve muito a um movimento, intensificado na década de 1990, de vincular os eventos e agravos aos espaços socioculturais e econômicos nos quais acontecem. Soma-se a isso, a clareza do pensamento deste renomado autor sobre o lugar da ciência e da técnica na sociedade. Em Conferência Magna proferida no I Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento, em 12 de julho de 2000, Santos (2003, p. 313) afirmou que:

[...] essa época que estamos vivendo nos leva à necessidade de imbricação crescente de várias questões e a uma vontade de teorizar, que se mostra necessária em todos os domínios: teorizar a população, teorizar a urbanização, teorizar a nutrição, teorizar a saúde pública, teorizar o desenvolvimento.

A concepção de espaço do autor supracitado é importante na medida em que incorpora os determinantes naturais, sociais, políticos, econômicos e culturais (responsáveis pela produção das doenças endêmicas e epidêmicas), mas também, os “determinantes de saúde”, possibilitando, neste sentido, a Epidemiologia pensar a categoria “espaço” enquanto relação social, e a doença, enquanto processo de mudança da estrutura espacial (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

A população e o território configuram os principais elementos constitutivos de sistemas de saúde organizados em redes de atenção, centradas na Atenção Primária à Saúde (APS). Ambos são a razão de uma rede de cuidados, pois somente uma atenção baseada na população é capaz de construir relações institucionais pautadas no diálogo com as necessidades de saúde, os riscos, as vulnerabilidades e os múltiplos contextos socioculturais (BRASIL, 2017).

O território em saúde corresponde a uma área delimitada com sua população vinculada à determinada área de saúde/rede de atenção em saúde, considerando os fatores que podem favorecer ou comprometer o processo de saúde e doença, o que é denominado Determinantes Sociais de Saúde (DSS) (BRASIL, 2015).

Observa-se que a atenção centrada na população e no território pode subsidiar práticas de planejamento e de gestão relativas ao cuidado e aos serviços de saúde. Contudo, o reconhecimento das necessidades de uma população pressupõe um processo de territorialização em saúde complexo estruturado em diversos momentos e de responsabilidade crucial da APS (BRASIL, 2017).

A Atenção Primária à Saúde como campo de prática em saúde nos territórios

Com a emergência da APS como modelo organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS), um novo campo de formação e prática interdisciplinar em saúde se abriu. A APS é entendida como uma perspectiva de saúde com abordagem na Atenção Básica (AB) que, quando discutida nos anos de 1970/1980, buscava a defesa de reformas sociais que reduzissem as disparidades e iniquidades, por meio de uma aliança entre médicos, enfermeiros e líderes comunitários, na construção de unidades de saúde polivalentes que lutassem contra as principais doenças e promovessem ações sociais e de saúde (CONILL, 2008).

Para a organização e fortalecimento da APS no Brasil, a partir de 1994, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), que gradualmente foi se tornando a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e de mudança do modelo assistencial. Pouco mais de dez anos depois, já então como eixo norteador da base do SUS, foi preciso organizar a base do sistema de saúde e o PSF passou a ser reconhecido como estruturante, isto é, definido como “estratégia de saúde da família”, enunciada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 pela Portaria MS/GM nº 2.488/2011 e Portaria MS/GM nº 2.490/2011. Nessa configuração, a comunidade é o âmbito de atuação e a família a unidade de cuidado, cuja cobertura de serviços de saúde, inicialmente, foi com o programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), considerado fundamental no fortalecimento da integração entre os serviços de saúde e a comunidade (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Com a Saúde da Família como uma estratégia para organizar a APS, as ações setoriais da saúde passam a ser planejadas a partir de bases territoriais locais, aproximando, progressivamente, os serviços às comunidades e oferecendo cobertura universal à população brasileira. O planejamento de ações e organização do espaço é definido pela questão rural/urbano (KADRI et al., 2019).

No campo da saúde, a PNAB tem o cuidado de denominar de Saúde Ribeirinha as ações voltadas especificamente para o contexto amazônico e pantaneiro, entendendo que a “ruralidade” nesse espaço é peculiar. A revisão da PNAB em 2012 contemplou uma série de arranjos e inovações nas equipes que foram configuradas na prática cotidiana dos serviços, tais como: Equipes de Consultórios na Rua e das Equipes de Saúde Ribeirinha e Fluvial (KADRI et al., 2019).

Os profissionais passam a trabalhar em equipe, configurando-se em um processo de

trabalho coletivo. A família, como unidade de cuidado, é a perspectiva que dá sentido ao processo de trabalho da nova Estratégia de Saúde. Reescreve-se uma das melhores páginas da história da saúde. A assistência dedicada às famílias implica em conhecer as especificidades para, em trabalho conjunto, pensar e pôr em prática a melhor assistência possível calcada em processos de educação em saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

A ESF, promovida pelo Ministério da Saúde como modelo de expansão, qualificação e consolidação da APS, favoreceu a reorientação do processo de trabalho e aprofundou princípios, diretrizes e fundamentos do SUS (VIANA; DAL POZ, 2005). Nesse contexto, a ESF foi criada para garantir a universalidade, a igualdade, o atendimento integral e, principalmente, a descentralização dos serviços de saúde, de forma que estes ficassem mais próximos da população local, seja ela, rural, urbana, ribeirinha, etc. e tendo a família como base de atuação (ARAUJO JUNIOR, 2016).

A ESF utilizada como forma de territorialização permite, portanto, compreender a dinâmica intrafamiliar e suas relações com a comunidade, inclusive o modo social de produção, e avaliar quais os determinantes sociais contribuem para um melhor ou pior desenvolvimento do processo de saúde nessa comunidade (NEVES, 2011).

É importante ressaltar que o processo de análise territorial necessita de informações que reflitam a realidade social, gerando a operacionalização de decisões e de ações estratégicas na dimensão do processo saúde-doença com atuação na resolução das necessidades sociais. Isto porque, o território é um espaço limitado político-administrativamente ou por ação de um grupo social, em que se edificam e exercitam os poderes do Estado e dos cidadãos, de grande importância para a definição estratégica de políticas públicas, enfatizando a importância da participação popular para uma construção de uma equidade territorial (GONDIM et al., 2008).

A Atenção Primária e o processo de territorialização em saúde

O processo de territorialização em saúde consiste no conhecimento e reconhecimento do território, para, a partir de suas necessidades, se propor a desenvolver a organização dos serviços de saúde de maneira eficaz, posteriormente, ao reconhecimento, análise e percepção da população e as relações desenvolvidas no ambiente (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Para maior efetividade e resolutividade da APS, ações intersetoriais são de grande valia na superação das iniquidades em saúde. É necessário que a APS não fique restrita aos serviços primários em saúde, mas seja a base do sistema de atenção, propiciando o ordenamento das atividades desempenhadas, abrangendo os caracteres biopsicossociais que

influem no processo de saúde-doença-cuidado, buscando, por meio da cooperação entre os diversos setores, a mitigação desses deletérios determinantes (GIOVANELLA et al., 2009).

A disseminação da APS necessita de uma articulação que seja desenvolvida por meio de redes de informação, centradas no cuidado ao usuário e capaz de suprir os anseios da comunidade (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

Adicionado a isso, para que ela cumpra seu papel, deve primar para que seja o primeiro contato do usuário aos serviços de saúde, capaz de sanar a maioria das enfermidades que os usuários estejam acometidos, num intervalo de tempo adequado, com acessibilidade e a asseguarção da continuidade do tratamento (ALMEIDA et al., 2018).

Assim, a adoção do modelo ESF influi na forma do cuidado em saúde a ser adotada, distanciando-se do modelo de atenção individualista e hospitalocêntrico. O território e a comunidade que nele habita se tornam o centro de suas intervenções, sendo o território compreendido como um espaço dinâmico, permeado pelas diversas inter-relações nele coexistentes. Esse modelo de atenção carece de medidas específicas para o seu pleno funcionamento, como o reconhecimento do território e suas peculiaridades, a adstrição familiar, o levantamento das fragilidades no acesso aos serviços, as condições socioespaciais, os dispositivos sociais da comunidade, entre outros. Assim, poder-se-á traçar o escopo de ações em saúde a serem realizadas neste território, para que atenuem, ou até mesmo sanem, as demandas no acesso aos serviços que a comunidade possui (ALMEIDA et al., 2018).

Outrossim, para que os anseios da comunidade sejam plenamente atendidos, é preciso que os usuários se tornem agentes ativos na construção do seu plano terapêutico e na delimitação dos serviços a serem desempenhados na unidade de saúde. O diálogo entre profissionais de saúde e a comunidade possibilita uma melhor organização na oferta de serviços e aumenta a resolubilidade do sistema, visto que o usuário, integrado no processo de construção do cuidado, desenvolve a sensação de pertencimento ao sistema de saúde (ALMEIDA et al., 2018).

Acesso e Acessibilidade na Atenção Primária à Saúde

Uma APS estruturada e articulada em rede gera um impacto positivo nos indicadores de saúde de uma comunidade. O melhoramento dos serviços e o acesso facilitado para o tratamento de doenças, diminuição da mortalidade, redução de procedimentos especializados, muitas vezes desnecessários, além de ações de prevenção e proteção aos agravos em saúde, são exemplos de melhorias geradas pela estruturação da Atenção Primária à Saúde no Brasil (LIMA et al., 2018). Embora a Constituição Federal de 1988 garanta o direito de acesso

universal e igualitário à saúde a todos os brasileiros (BRASIL, 1988), há evidências de que o acesso venha sendo um desafio para os usuários do Sistema Único de Saúde, especialmente para comunidades mais vulneráveis como as populações ribeirinhas, quilombolas, indígenas, entre outras.

A acessibilidade da APS deve estar assentada na manutenção do direito da população ao acesso à saúde gratuita e de qualidade. Para tal, ela deve se inserir no contexto social da comunidade, a fim de serem mapeados os condicionantes sociais da saúde naquela localidade. A garantia do cuidado e o acesso universal facilitado, associados ao reconhecimento das necessidades dos usuários, torna a APS mais robusta e eficiente (LIMA et al., 2018).

Um sistema de saúde expressa valores e opções políticas que governos tomam ante às necessidades sanitárias da população, sendo resultado de uma complexa interação entre elementos históricos, econômicos e políticos. A forma como cada país, estado, região, território organiza o acesso à saúde é importante marcador para indicar o grau de comprometimento com o pressuposto da saúde como um direito humano. Ao definir o SUS como universal, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu que ações e serviços públicos deveriam integrar uma rede regionalizada e hierarquizada capaz de garantir acesso e atendimento integral aos cuidados de saúde, o que representou um passo importante para atenuar as profundas desigualdades entre as regiões do país no acesso à saúde (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Cabe destacar que, historicamente, populações rurais em todo país são destituídas de condições favoráveis à melhoria da qualidade de vida, o que inclui o acesso à educação, saúde, água potável e saneamento. Algumas estratégias foram direcionadas pelo governo brasileiro, a fim de reduzir as desigualdades de acesso à saúde enfrentadas por populações vulneráveis, dentre as quais incluem-se as populações ribeirinhas. O Programa Mais Médicos, criado em 2013 (Medida Provisória nº 621/2013), teve como objetivo suprir as necessidades de médicos nessas regiões (BRASIL, 2015).

Outra estratégia que possibilitou avanços no acesso à saúde pelas populações ribeirinhas foi a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. De acordo com a PNAB (BRASIL, 2017), as comunidades pertencentes a áreas cujo acesso é por rio podem optar entre dois arranjos organizacionais para Equipes de Saúde da Família: as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e as Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), as quais deverão ser compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e de seis a doze agentes comunitários de saúde. A APS no Brasil deve ser norteada por princípios e diretrizes, como Regionalização, Territorialização, Longitudinalidade e Coordenação do Cuidado, que fomentem e orientem o seu

desenvolvimento e assegurem como porta primordial do acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Embora as estratégias possam ter avançado no contexto da redução de desigualdades de acesso à saúde entre as populações ribeirinhas em todo o país, em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95 que prevê o congelamento dos gastos públicos pelas duas décadas seguintes, dentre os quais, os gastos com a saúde (BRASIL, 2016). Nesse contexto, considerando a situação de vulnerabilidade já imposta às populações ribeirinhas, tal medida vem incorrendo em impactos negativos com a redução de investimentos e aumento das desigualdades socioeconômicas e de acesso à saúde.

Populações Ribeirinhas: Identidades e modos de vida

Quando se discute a identidade e os modos de vida das populações ribeirinhas, essas comunidades são lembradas imediatamente como uma representação considerada natural da cultura amazônica. Contudo, essas comunidades estão espalhadas por várias regiões do país.

Na literatura a população ribeirinha é definida baseada na sua forma de trabalho, essencialmente extrativista e/ou agrícola, centrada na produção familiar (NODA et al., 2001). No sentido generalizado o termo ribeirinho designa qualquer população que viva às margens dos rios.

As famílias ribeirinhas são estabelecidas pelo trabalho na roça e a participação da vida social e religiosa da população construindo sua própria organização, estratégia de adaptação, identidades e instituições.

A prática de sobrevivência dessa população varia de regiões e é possível encontrar comunidades essencialmente extrativistas e outras com práticas agrícolas. Os ribeirinhos tradicionais vivem em comunidades compostas em vários agrupamentos familiares de 20 a 40 casas de madeira construídas em palafitas – mais adequadas ao sistema de cheias dos rios –, que se encontram mais ou menos dispersas ao longo de seu percurso (MENDES et al., 2008).

Os ribeirinhos estão isolados não apenas da cultura mais geral (nenhum acesso à mídia escrita e pouco ou restrito acesso à mídia televisiva e radiofônica), mas também dos próprios moradores da comunidade (a distância entre as residências está em torno de 200 metros). Em termos interacionais, o rio atua como construtor e fonte de contato, como barreira e ponte ambiental, criando e restringindo as possibilidades de interação, principalmente entre as crianças. Harris (2000) ao comentar sobre a relação de populações ribeirinhas com o rio Amazonas entende que o rio é o que ao mesmo tempo cria vínculos e isolamentos entre as

pessoas dessas populações.

Chaves (2001) afirma que os ribeirinhos são uma referência de população tradicional na Amazônia, a iniciar pela forma de comunicação, no uso das representações dos lugares e tempos de suas vidas na relação com a natureza. Desde a relação com a água, seus sistemas classificatórios da fauna e flora formam um extenso patrimônio cultural.

Nesse sentido, urge ressaltar que o Decreto 6.040/2007, o qual estabelece a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais, no Art. 3o, I, reconhecem como povos ou comunidades tradicionais:

[...] grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição (BRASIL, 2007, p. 1).

Tendo por base a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais, parte-se do entendimento de que os ribeirinhos constituem comunidades tradicionais, uma vez que o próprio movimento dos ribeirinhos se auto reconhece dessa forma, tendo em vista que possuem uma relação particular com a natureza, traduzida num corpo de saberes sobre os ecossistemas locais de que se apropriam, além da organização territorial, familiar, cultural, econômica e social própria.

Observa-se que há, nessa concepção, uma compreensão em torno da dinâmica da mobilidade das comunidades e sinaliza para um processo de edificação coletiva de demandas junto ao Estado. É, neste contexto, que as vivências dos ribeirinhos são fundamentais para a organização territorial, pois as experiências empíricas passadas de geração a geração contribuem para a sua identidade e a inter-relação com o local que habitam.

Todavia, a de se considerar que a construção da identidade beiradeira é fruto não somente do seu passado, mas deve ser compreendida como algo mutável, dado que os processos históricos e sociais são dinâmicos e incidem diretamente na sua forma de viver. Desse modo, as vivências e as práticas dos ribeirinhos ao longo do tempo (re)criam uma identidade única (SILVA, 2017).

Castells (1999, p. 22) conceitua identidade como: “[...] o processo de construção de significado com base em um atributo cultural, ou ainda um conjunto de atributos culturais inter- relacionados, o(s) qual(ais) prevalecem sobre outras fontes de significado.”. Para este autor, toda identidade é um processo de construção social que acontece em um meio marcado por relações de poder.

É interessante destacar que o processo de territorialização é compreendido por Almeida (2004) como uma “[...] expressão identitária traduzida por extensões territoriais de pertencimento [...]”, cujas relações desenvolvidas pelas comunidades tradicionais com os territórios que ocupam são fundamentais e capazes de moldar a identidade desses grupos.

Um aspecto importante de ressaltar é a prática em associar as comunidades tradicionais a uma cultura arcaica e retrógrada. Contudo, as interações presentes nessas comunidades com a sociedade evolvente transformam os seus hábitos, que podem variar desde a forma de falar, vestir e até mesmo a utilização de novas tecnologias de comunicação e informação. Esta última incorporação pode auxiliar esses povos na sua reprodução social, organização e em atividades econômicas (ARAUJO JUNIOR, 2016).

O processo de territorialização é marcado pela busca e reconhecimento dos direitos de um povo perante ao Estado. Para tal, faz-se necessário que ocorra uma mobilização comunitária em torno de sua identidade, comumente atrelada aos territórios de pertencimento habitados por essa população, conforme destaca Almeida (2008, p. 118):

[...] O processo de territorialização é resultante de uma conjunção de fatores, que envolvem a capacidade mobilizatória, em torno de uma política de identidade, e um certo jogo de forças em que os agentes sociais, através suas expressões organizadas, travam lutas e reivindicam direitos face ao Estado.

O autor supracitado põe em voga que o aspecto identitário consiste em uma das principais variáveis que fazem com que pessoas se agrupem a partir de um coletivismo. Outrossim, a constituição de uma identidade coletiva resulta de reivindicações e de lutas travadas pela comunidade para garantir a asseguaração de seus direitos básicos, criando uma “territorialidade específica”.

Almeida (2008) assevera ainda, ser fulcral que o embate pelas terras fomentou o processo de territorialização e construção da identidade das comunidades tradicionais. A capacidade organizativa e a autodefinição coletiva como pertencentes a uma mesma fisionomia étnica auxiliaram os ribeirinhos, por exemplo, na luta por seus direitos junto ao Estado.

Como elemento para a construção da identidade das populações do Vale, está a aceção de pertencimento, os laços de dependência recíprocos e de união que constroem sentimentos de pertença e de consideração com o lugar e as pessoas da comunidade. É nessa trama de significados de reconhecimento e alteridade que urdem a consciência das identidades. Neste sentido, compreender a diversidade das identidades das populações tradicionais se faz necessário, levando-se em consideração os lugares onde essas populações

constroem sua identidade social e simbólica – lugar de crescimento, de socialização, de convivência, de relações familiares, de tradições e de antepassados.

Importante destacar que os processos sócio-espacial e histórico-cultural concebem um sentimento de pertencimento pelo território, no qual propicia as comunidades tradicionais compreenderem a importância das representações simbólicas e empíricas das relações que estabelecem com esse território. Assim, para obter a compreensão da identidade das comunidades ribeirinhas na região do Vale é preciso ter a noção de suas culturas, sua maneira de vida, suas territorialidades, seus conhecimentos e práticas vivenciadas dia-a-dia.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar análise situacional, em suas múltiplas dimensões – social, sanitária e de saúde mental – no contexto de sete comunidades ribeirinhas no Vale do Rio de Ondas, no município de Barreiras, na Bahia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as condições de vida das populações ribeirinhas residentes no Vale do Rio de Ondas, os modos de viver, perceber suas identidades e as redes de relações da comunidade;
- Identificar por meio da territorialização os principais fatores determinantes e condicionantes das situações/problemas em sua dimensão mental;
- Entender como se dá o acesso das comunidades aos serviços da Atenção Primária à Saúde no território;

3 METODOLOGIA

3.1 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A cidade de Barreiras está localizada na região do Oeste Baiano, interior do estado da Bahia, com uma população estimada em 2021 de 158 432 habitantes (IBGE, 2021). É cortada pelo Rio Grande, principal afluente da margem esquerda do Rio São Francisco, sendo atravessada por três rodovias federais: BR 020, 135 e 242, tornando-a o principal entroncamento rodoviário da região.

Barreiras é uma cidade categorizada em 2007 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como capital regional C na hierarquia urbana do Brasil, sendo um importante polo agropecuário e o principal centro urbano, político, educacional, médico, tecnológico, econômico, turístico e cultural de toda a sua região.

É uma região ocupada no ano de 1980 e apresenta um crescimento da produção de grãos, conferindo-lhe status pólo agroindustrial com o escopo de atender as expectativas de uma economia cada vez mais globalizada. É considerado, ainda, o principal centro urbano, político, educacional, médico, tecnológico, econômico, turístico e cultural de toda a região (CARDOSO, 2012).

Além dessas potencialidades, percebe-se, também, intensa atividade comercial abastecendo toda região num raio de 300 km. Hoje, por força de seu grande desempenho nos setores do comércio e da prestação de serviços, Barreiras ocupa posição de destaque entre os maiores centros econômicos e populacionais do Estado.

É uma cidade que tem se fortalecido economicamente dado ao seu desenvolvimento em segmentos e setores diversificados, dando-lhe um ritmo de progresso mais acentuado e sustentável, com fornecimento de serviços diversos com ênfase na educação e saúde, comércio pujante e agronegócio, forte incremento imobiliário e em construção civil, entre outros segmentos que complementam entre si.

A cidade possui o terceiro maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado da Bahia com média de 0,721, atrás de Salvador e Lauro de Freitas, além de ter a segunda maior extensão territorial em relação aos Municípios que não são capitais da Região Nordeste atrás apenas de Imperatriz, no Maranhão.

Na região do Vale do Rio de Ondas, onde se localizam as comunidades ribeirinhas, não existem UBS. As populações eram atendidas há anos por uma unidade móvel da

Prefeitura que visitava as comunidades semestralmente, mas foi desativada em 2019, não havendo assim, serviço de saúde pública disponível no local. As comunidades não são cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), embora sejam cadastradas junto ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Há 5 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que eram responsáveis por 22 comunidades.

As pessoas que precisam de atendimento podem recorrer a UBS Herculano Farias, localizada no bairro Barreirinhas. Segundo a enfermeira coordenadora, essa unidade presta serviços de saúde para mais de 40.000 pessoas descobertas pela ESF.

Os povoados são relativamente distantes e com difícil acesso ao município de referência e aos serviços de saúde. Existem poucas informações sobre os aspectos demográficos, socioeconômicos, culturais e sanitários da região, o que inviabiliza o planejamento de ações em saúde voltadas para as especificidades dessas comunidades.

Devido a dificuldade de acesso ao local, os ACS acompanharam a pesquisadora nas visitas às casas dos principais líderes comunitários, cuja indicação destes líderes foi feita pelos próprios agentes.

Foi necessário seguir as orientações sanitárias recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelos poderes Executivo em âmbito nacional, estadual e municipal, na realização dessas visitas, considerando o momento pandêmico que o mundo e o Brasil passam em função da COVID-19. Dentre essas medidas, o distanciamento de 2 metros entre a pesquisadora e os pesquisados, uso de máscara e de álcool gel.

O espaço que fornece informações para as análises e reflexões sobre o objeto de estudo constitui-se da dinamicidade que toda comunidade possui em suas práticas cotidianas, sociais e históricas.

Nesse sentido, a pesquisa de base populacional realizou uma análise situacional de saúde do território do Vale do Rio de Ondas que abrange 29 comunidades ribeirinhas apresentadas no Quadro 1 e Figuras 1 e 2, sendo 27 delas atendidas pela rede de saúde da cidade de Barreiras, cuja distância é em torno de 45 km de distância variando de acordo com as comunidades.

Quadro 1 - Povoados no Vale do Rio de Ondas

N.	POVOADOS
1	Mata do Puba
2	Rio de Pedras
3	Assentamento Santa Luzia
4	Forquilha do Rio
5	Tamanduá
6	Malha do Jatobá
7	Mucambinho
8	Riacho de Areia
9	Gentio
10	Val da Boa Esperança
11	Fazendinha
12	Jaleco
13	Boca do Gerais
14	Sucuriú
15	Sucuriuzinho
16	Salto
17	Sumidouro
18	Cabeceira Grande
19	Bacupari
20	Atoleiro
21	Lajes
22	Água Salgada
23	Ondina
24	Extrema
25	Redenção
26	Rio de Ondas
27	Angélica Aires
28	Umburana I
29	Umburana II

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2020)

próximas à uma área que se pretende construir uma UBS pela Prefeitura, as quais elenca-se: Mucumbinho, Val da Boa Esperança, Fazenda Boca dos Gerais, Cabeceira Grande, Sucuriuzinho, Bacupari e Água Salgada.

Essas comunidades, conforme supracitado, fazem parte do município de Barreiras que, geograficamente, fica no Vale do Rio Grande, cercada pelas serras da Bandeira, do Rio de Ondas (Anexo B) e de Cristópolis. Sua orla fluvial é formada pelo Rio de Ondas, que acompanha o traçado da BR-020 e faz fronteira com os municípios de Luís Eduardo Magalhães, São Desidério, Cristópolis, Angical, Riachão das Neves, Formosa do Rio Preto, Novo Jardim (TO) e Ponte Alta do Bom Jesus (TO).

3.2 SELEÇÃO DO INFORMANTE-CHAVE

O papel do Informante-chave

Pesquisas com populações específicas, vulneráveis dentre outras caracterizações na área da saúde, de modo geral, causam indagações quanto a obtenção de informações mais profundas e explicações sobre as experiências de vida e/ou o contexto da comunidade participante. É necessário que o pesquisador esteja atento à organização do lócus que investigará para definir os sujeitos que podem auxiliar na concessão de informações precisas.

É, nesse sentido, que há o informante-chave, em pesquisas de campo com visitas periódicas para análise situacional de um território. Ele, geralmente, é residente no local por várias gerações, possui liderança e dispõe de boas relações com a comunidade. Assume um papel fundamental no processo de aproximação do pesquisador com os moradores da população ao tornar-se uma via de acesso desse pesquisador ao grupo pesquisado.

O informante-chave compartilha o vocabulário e as vivências; conhece a organização e funcionamento da comunidade pesquisada, tornando-se importante colaborador da investigação, cujas informações concedidas ocorrem de forma natural e sem esforço para verbalizar o que ele e a sua comunidade pensam, imaginam, sentem etc. Para tanto, é importante que laços afetivos e de confiança sejam estabelecidos entre o pesquisador e o informante-chave. Faz-se necessário considerar que, muitas vezes, durante a investigação, o ir e vir apareceu, seja no diálogo com a teoria, seja com as informações coletadas no campo. Daí ter sido imprescindível o primeiro contato, nas comunidades investigadas, com o informante-chave que propiciou o acesso aos membros da comunidade e o estabelecimento das relações de confiança (Anexo A). O objetivo foi conhecer as rotinas e as várias atividades da comunidade, como as de trabalho, religião e lazer.

A seleção do Informante-chave

A seleção dos sujeitos para participarem desta pesquisa traduz-se como uma tarefa que tem como condicionante a aceitação dos selecionados para participarem da pesquisa. Para tanto, elaborou-se os seguintes critérios:

- a) Análise das fichas de cadastros dos Agentes comunitários de Saúde mediante consentimento dos governantes municipais;
- b) Sujeitos residentes fixos na comunidade ribeirinha há mais de cinco anos;
- c) Maiores de 18 anos;
- d) Aceitem voluntariamente participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B);

Para essa seleção foi necessário, primeiramente, conhecer os líderes das comunidades participantes da pesquisa por meio de informantes-chave e da observação participante desse grupo de sujeitos.

Os líderes comunitários serão identificados pelas iniciais LC seguida pela numeração de 1 a 11 como forma de garantir seu anonimato na pesquisa. Esses sujeitos têm sua história construída no cotidiano das comunidades que representam; participam diariamente de atos, projetos, ações com vistas buscar melhorias para suas comunidades.

Dessa forma, ilustra no Quadro 2 os 11 LC que participaram da pesquisa, embora apresentem experiências homogêneas entre si, trazem a diversidade em suas práticas e vivências.

Quadro 2 - Perfil dos Líderes comunitários do Vale do Rio das Ondas

LC	Idade	Gênero	Formação
1	53 anos	Feminino	Ensino superior completo
2	61 anos	Feminino	Ensino médio completo
3	35 anos	Feminino	Ensino médio completo
4	28 anos	Feminino	Ensino médio completo
5	72 anos	Feminino	Fundamental incompleto
6	79 anos	Masculino	Não frequentou
7	50 anos	Feminino	Fundamental incompleto
8	46 anos	Masculino	Ensino médio completo
9	68 anos	Masculino	Não frequentou
10	75 anos	Masculino	Fundamental incompleto
11	37 anos	Feminino	Ensino superior incompleto

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base nos dados coletados (2020).

A diversidade de experiências dos sujeitos participantes desta pesquisa se torna um aspecto importante “[...] de forma que não apenas devemos ter casos comparavelmente centrais ou fundamentais, como também a variabilidade no campo de estudo e as diferenças nos vínculos com a questão” (FLICK, 2009, p. 48).

Soma-se a isso, que os sujeitos desta pesquisa têm modo de vida peculiar marcada pela proximidade com a terra, a mata e, principalmente, com os rios, que conduzem seu

cotidiano e suas representações simbólicas, culturais ao longo de sua existência.

Esse contexto possibilitou um maior enriquecimento na análise dos dados e no processo de relacioná-los com a percepção da pesquisadora e ao preconizado na literatura científica trabalhada nesta pesquisa.

3.3 DESENHO/DELINEAMENTO DE ESTUDO

A pesquisa será baseada no método qualitativo através do no Inventário Sociodemográfico inspirado em Mendes e colaboradores (2008) baseado em:

Inserção ecológica no contexto de uma comunidade ribeirinha

A inserção ecológica pressupõe um envolvimento contínuo do pesquisador com os participantes da pesquisa no contexto em que a investigação ocorre. Segundo Mendes e colaboradores (2008), em algumas pesquisas de campo há problemas operacionais que dificultam o contato do pesquisador e que se configuram como um desafio metodológico. Várias são as estratégias utilizadas para a "inserção ecológica" de um grupo de pesquisadores em um contexto ribeirinho, dentre elas o contato que o pesquisador estabelece com os sujeitos da pesquisa.

Mendes e colaboradores (2008), as estratégias com as quais o pesquisador estabelece contato com os sujeitos da pesquisa determinam, até certo ponto, os resultados do estudo e configuram-se como parte integrante do material de análise. A forma como o(a) entrevistador(a) será recebido(a) pelo(a) entrevistado(a), o grau de disponibilidade para o depoimento e o envolvimento com o tema da pesquisa, serão influenciados pelo modo como esse contato será estabelecido. Contudo, a postura adequada e como o pesquisador irá se expressar dependerá das particularidades do contexto. Neste sentido, é importante definir as maneiras como são estabelecidos esses contatos e os elementos significativos para compreensão das diversas dimensões do universo investigado.

Segundo Fraxe (1998 *apud* MENDES *et al.*, 2008), a reprodução dos modos de vida das populações ribeirinhas é “assegurada por meio da história oral”; o tipo de produção familiar, as práticas de sobrevivência, a dinâmica das atividades econômicas, as interações sociais, as atividades religiosas, os modos de adoecer.

O Inventário Sociodemográfico

O processo de pesquisa traz, em si, incertezas quanto à seleção de instrumentos de coleta de dados que possibilite a caracterização dos sujeitos e do contexto da investigação, seja em nível demográficos (idade, gênero etc.), seja no tocante aos aspectos

socioeconômicos.

Diante dos instrumentos de coleta de dados em uma pesquisa, elegeu-se o Inventário Sociodemográfico (ISD) (MENDES et al., 2008) por ser concebido como facilitador no contato e na construção de relações entre o pesquisador e a comunidade.

Neste sentido, com base no ISD, compostos por 88 itens que constituem a versão final do Inventário foram elaborados uma entrevista para ser aplicada aos informantes-chaves (Apêndice A) das comunidades ribeirinhas no Vale do Rio de Ondas, no município de Barreiras.

Entre os itens que compõem o Inventário supracitado e que foram adaptados às entrevistas desta pesquisa estão:

a) Identificação dos sujeitos pertencentes ao grupo familiar (nome, idade, gênero, parentesco, estado civil, etc.); b) Dados demográficos (renda, escolarização, religião, bens, tamanho da residência etc.); c) Aspectos referentes ao modo de vida familiar (modo de sobrevivência, redes de relação extrafamiliar, alimentação típica, atividade de lazer, atividades sociais, hábitos de saúde e higiene, etc.); d) Caracterização do sistema familiar (tempo de convivência, membros consanguíneos e não consanguíneos morando na residência, lembranças e aspectos do relacionamento do casal, perdas familiares, cuidados com os filhos e características da rede social de apoio) (MENDES et al., 2008, p. 8).

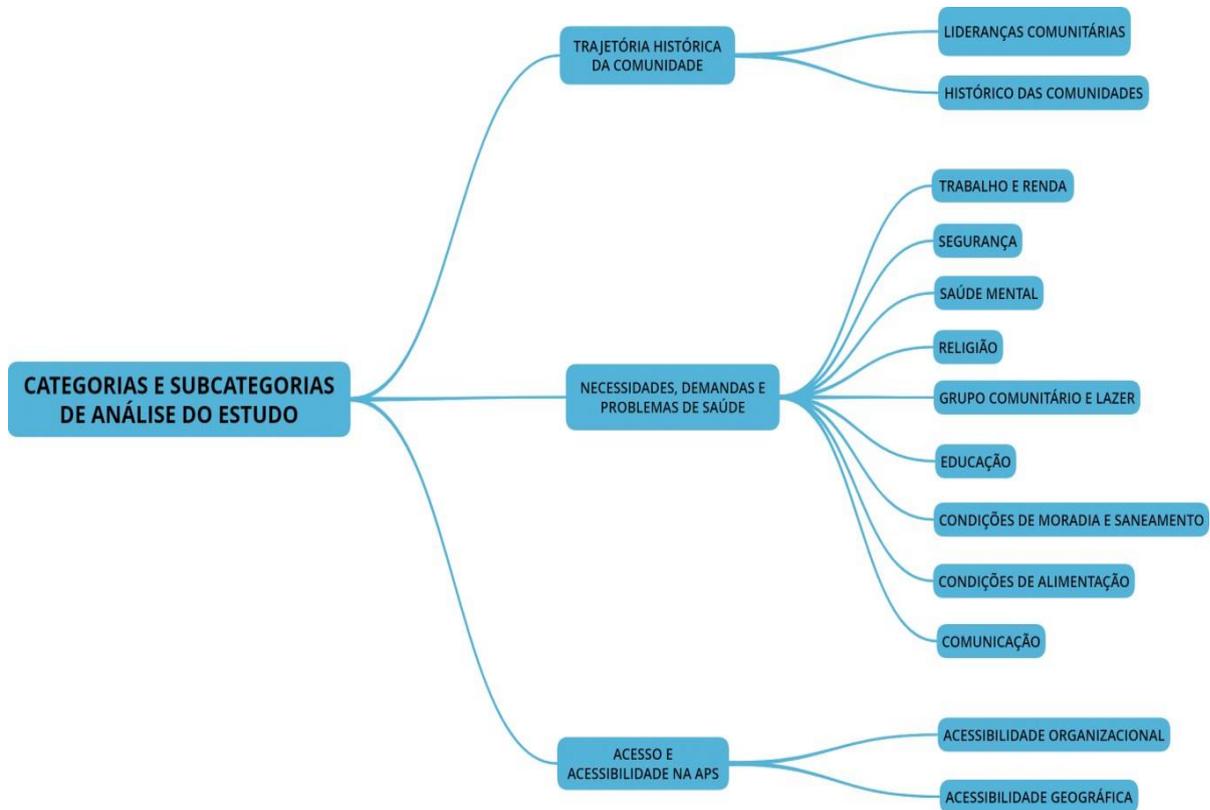
Esses elementos coletados pela entrevista permitiram obter uma caracterização das comunidades e seus membros de forma mais profunda e a compreender as demarcações e organização da comunidade. Urge destacar que os sujeitos participantes demonstraram interesses em participar da pesquisa, considerando que as perguntas se voltavam para o contexto vivenciado por cada um.

3.4 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS

O processamento qualitativo foi realizado pela transcrição das entrevistas na íntegra no *Office Word*, e os excertos foram importados para o programa de análise qualitativo *Qualitative Solutions Research Nvivo 2.0* por operar e agrupar múltiplos dados com algo em comum e a gestão e síntese do pensamento do pesquisador possibilitando modificar, adicionar e relacionar dados.

Nesta pesquisa, a partir do processo de produção dos dados advindos do material empírico produzido, trabalhou-se com três categorias definidas em função do interesse da pesquisa e, por conseguinte, essas categorias criaram subcategorias com o objetivo de proporcionar classificações mais específicas dos dados. A partir de então, houve a organização das categorias e subcategorias no Nvivo, conforme ilustra a Figura 3.

Figura 3 - Categorias e subcategorias de análise do estudo das comunidades ribeirinhas, produzidas no Nvivo, a partir das entrevistas



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2021).

Durante o processo de análise dos dados utilizou-se as categorias com maior relevância. Esta relevância é respaldada pelo fato das seguintes problemáticas serem mais discutidas, destacadas e detalhadas pelos participantes das entrevistas: histórico das comunidades, educação, lideranças comunitárias, saúde mental, condições de moradia e saneamento, acessibilidade geográfica, religião.

A interpretação e análise dos dados exigiu da pesquisadora ressaltar as evidências coletadas e a sua contextualização, onde manteve-se, na íntegra, as falas dos sujeitos. Soma-se a isto, que essas falas foram colocadas em destaque pelo itálico e recuando-as, em relação ao texto, à margem. Urge ressaltar, que o tamanho da fonte não sofreu alteração.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A preocupação em preservar os princípios bioéticos de pesquisa com seres humanos foram constantemente observados e adotados por parte da pesquisadora (A Autonomia, Não-

Maleficência, Beneficência, Justiça e Equidade) durante as atividades de visita às comunidades e de diálogo com os seus líderes; da coleta de informações reservadas aquele espaço; do desconforto que os participantes poderiam sentir ao responder o instrumento de coleta de dados.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Oeste da Bahia sob parecer consubstanciado Nº 35035920.2.0000.8060. Respeitou-se rigorosamente as normas regulamentares determinadas na resolução nº466/2012 do Ministério da Saúde no Brasil.

Soma-se a isso, a leitura do TCLE, respostas às dúvidas emergidas dos líderes comunitários pela pesquisadora, bem como, a informação sobre a possibilidade em desistir da participação da pesquisa, do uso dos dados para fins científicos e a garantia do anonimato. Esse procedimento foi realizado anterior a aplicação do instrumento de coleta de dados e todos assinados pelos participantes.

O sigilo dos informantes-chaves foi mantido por meio da utilização de identificação pela junção das letras LC seguida de uma numeração atribuída pela ordem de entrevista: LC 1, LC 2, LC 3 e, assim por diante, até LC 11.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas comunidades, que são lócus deste estudo, é perceptível a carência de recursos de diversas ordens da área da saúde, devido a ausência da obrigatoriedade do Estado em prestar assistência de saúde, condição básica para uma qualidade de vida mínima, gerando assim, uma exclusão social. Nesse sentido, Elias e Scotson (2000) apontam que a “exclusão social” não se trata apenas do desprezo sobre outros, podendo estar também relacionada pela vinculação de dois ou mais grupos – os “estabelecidos” e os “outsiders”². Além disso, essas configurações relacionais, formadas pela interdependência dos indivíduos em sociedade, podem ser marcadas pela figura de aliados ou adversários (ELIAS; SCOTSON, 2000).

Sendo assim, devido a atuação falha do Estado e, por vezes, conflituosas, as comunidades tradicionais buscam promover um modelo particular de gerir os recursos naturais, utilizando-se dos próprios saberes e práticas transmitidas pela tradição (LIRA; CHAVES, 2016).

Dessa forma, apresenta-se, nesta seção, o contexto estudado e sua relação com o objeto de estudo, assim como, os significados relacionados com o referencial teórico que subsidiou a pesquisa com o olhar acurado da pesquisadora a partir das experiências cotidianas dos líderes comunitários.

Destaca-se que se manteve as falas dos líderes comunitários conforme foram expressas, com repetições, erros ortográficos, palavras cortadas ou pensamentos não completos. Considera-se que tal prática possibilita analisar o dito, como também o silêncio.

4.1 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS DO OESTE BAIANO: VOLTANDO O OLHAR PARA O *LÓCUS* DA PESQUISA

Entre o final do século XIX e início do século XX o Oeste Baiano esteve inserido em um período de transformações em decorrência do crescimento da economia na região, gerando, assim, certo aumento populacional. A partir disso, promoveu-se a exploração em algumas áreas, como a localidade de Barreiras (SANTOS; MARQUES; SOUZA, 2014).

De acordo com esses autores, esse território se colocou como um lócus com espacialidades conflitantes, abrigando proprietários de terras, camponeses, populações

² “Estabelecidos” e “outsiders” são conceitos discutidos em estudos de Elias Norbert (2000) numa pequena cidade britânica, com o nome fictício de Winston Parva.

tradicionais, gestores públicos e privados, dentre outros, que destoam em relação a concepção de modelos de produção, relações interpessoais, percepção do território etc.

É, nesse contexto, que se desenha e desvela o estudo em tela, cujo desenvolvimento ocorreu em sete comunidades ribeirinhas – Mucumbinho, Val da Boa Esperança, Fazenda Boca dos Gerais, Cabeceira Grande, Sucuriuzinho, Bacupari e Água Salgada – de Barreiras, município referência da Região Oeste do estado da Bahia, conforme já referenciado.

Essas comunidades fazem parte de um ambiente macro composto por vinte e nove comunidades, conhecido como Vale do Rio de Ondas, distante do centro municipal cerca de 45 km³.

No que concerne à formação dessas comunidades verificou-se não haver um período definido para sua origem, conforme afirma o LC 1:

[...] Ah tem, com certeza. Tem mais de cem anos[...] Eu sei que é uma comunidade centenária pela história do meu avô, Capitão Marcolino [...] ele chegou aqui nesse lugar com dezoito anos [...].

O pouco que se sabe é da chegada ao Vale do próspero Sr. Tomás Rodrigues, imigrante português, junto da sua esposa, filha e cunhada. Ele comprou uma grande faixa de terra e se fixou onde hoje é conhecido como Vale do Rio de Ondas. Certa feita, um desbravador que passava pela localidade, o avô do LC 1, ficara encantado com as belezas naturais do lugar e, então, pedira emprego e moradia ao Sr. Tomás:

[...] Ele andando por aqui [...] achou um lugar muito bonito [...] ele ficou encantado com as belezas naturais que aqui tinham e aí ele pediu uma moradia ao Tomás Rodrigues, que era o dono daqui [...].

A partir de então, ocorreu o casamento do avô do LC 1 com a filha do Sr. Tomás. Esta união é considerada o marco histórico do desenvolvimento da localidade:

[...] Ele veio (Capitão Marcolino), colocou uma roça de mandioca, daí depois conheceu a filha do Tomás Rodrigues e casou com ela e morou aqui. Daqui constituíram as famílias que moram aqui até hoje e são descendentes do Capitão Marcolino [...]. Sendo assim, as sete comunidades partem de um progenitor comum, o Capitão.

Percebe-se que o relato do LC 1 traz um olhar personalizado para explicar o surgimento da localidade ao acentuar que a partir das relações interpessoais foi possível constituir a comunidade de modo contínuo, com o agrupamento de reduzidos núcleos familiares. Essa afirmativa encontra respaldo quando o LC 11 destaca que as gerações

³ Necessário ressaltar que dependendo da localidade de onde se está, essa distância pode aumentar consideravelmente.

descendentes continuaram a fixação na localidade, até chegar àquilo que pode ser observado atualmente:

Eles nasceram, criaram lá, e foi de geração em geração.

Santos e Almeida (2018) trazem que essas relações interpessoais e a herança cultural, como parte das práticas culturais, auxiliam na produção das espacialidades, e ajudam a estabelecer os vínculos territoriais, visto que permeiam a relação com o território. Assim, ao tratar sobre grupos tradicionais, a exemplo dos ribeirinhos, a caracterização do território não pode ser pensada apenas objetivamente; é necessário considerar que nas dinâmicas de apropriação do espaço, fatores como os hábitos, valores e costumes refletem na construção territorial.

Percebe-se assim, que o processo histórico de implementação das comunidades ribeirinhas do Vale do Rio de Ondas, é fruto de inúmeras lutas travadas em prol do interesse coletivo, conforme destacam Santos e Almeida (2018) ao asseverarem que o território dos ribeirinhos é constituído por meio de processos históricos, saberes, vivências, afetividade e relação ambiente-indivíduo-coletivo, fomentando, então, toda a complexidade cultural e antropológica do enraizamento das populações ribeirinhas no espaço territorial.

Observa-se, assim, se por um lado, a formação complexa da população ribeirinha diferencia seu modo de vida, por outro lado, essa população sofre os vazios assistenciais relativos aos serviços de saúde para a garantia da acessibilidade dos ribeirinhos, conforme se abordará na próxima seção secundária.

4.2 ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA DAS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS

Quando relacionado aos serviços de saúde, o conceito de acesso, ou acessibilidade, é complexo, e apresenta inúmeras interpretações e definições. A definição proposta por Donabedian, em 1973, expressa inúmeras possibilidades e facilidades com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Esse conceito engloba também a efetividade e eficiência dos cuidados de saúde recebidos (DONABEDIAN, 1973; FERNANDES; ORRICO, 2008; FRENK, 1985; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Para Donabedian (1973) há duas dimensões para a acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica se interrelacionam. A acessibilidade sócio-organizacional inclui todas as características da oferta de serviços, exceto os aspectos geográficos, que podem dificultar ou aumentar a capacidade das pessoas de usarem os serviços.

A APS deve se desenvolver por meio de práticas de cuidado e gestão participativas, sob a forma de trabalho em equipe. De modo geral, as ações são dirigidas às populações que vivem em territórios definidos e, muitas vezes, de difícil acesso, como as populações ribeirinhas, pelas quais a equipe deve assumir a responsabilidade sanitária, considerando as dinâmicas, as relações sociais e culturais existentes nesses territórios, além das singularidades, especificidades e inserção sociocultural dos sujeitos que habitam esses locais (BRASIL, 2012).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a ESF, como porta de entrada dos usuários no SUS, deve garantir acessibilidade e acolhimento à população que procura os serviços de saúde, além da assistência às necessidades e demandas, cujo cuidado ocorre com base na intersetorialidade de ações.

Nesse sentido, as ações e práticas da ESF são essenciais à população, especialmente em algumas localidades do país, em função da peculiaridade geográfica se configura em uma dificuldade de locomoção e acesso dos usuários aos serviços de saúde. Nesses espaços existem muitas fragilidades para coordenar a integralidade do cuidado e oferecer resolutividade com equidade (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

A ESF torna-se fundamental para a consolidação dos princípios da PNAB, que enfatiza o processo saúde/doença em todo o ciclo de vida, por meio do cuidado integral às populações. De acordo com Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCF), instituída pela Portaria n° 2.866, de 2 de dezembro de 2011, é importante que seja assegurado à população ribeirinha acesso integral à saúde, com a organização de serviços ajustada às necessidades referenciadas pelos usuários, que se encontram muitas vezes às “margens” da saúde pública brasileira.

Diante disso, é fulcral que o princípio da equidade direcione as políticas de saúde a fim de que as demandas e necessidades de grupos populacionais específicos sejam identificadas e atendidas, reduzindo, assim, as vulnerabilidades e iniquidades em saúde (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017). Com intuito de cumprir esse propósito, estabeleceu-se no SUS, políticas de equidade em saúde, como a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas que engloba em sua política os camponeses e as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas, extrativistas e, também, as populações atingidas por barragens. A aludida Política enfatiza a expansão da cobertura de serviços de saúde, descentralizando as ações de saúde e articulando-as com

outras políticas que promovam melhorias nas condições de vida dessas populações (BRASIL, 2013).

No que concerne aos aspectos de saúde nos territórios rurais, há, de modo geral, o entendimento de que é necessário refletir os elementos internos e externos aos territórios rurais.

Assim, ao pensar nas análises referentes às barreiras geográficas, deve-se relacionar este aspecto a outros tais como: relações sociais e estruturas de poder; respostas locais de saúde e abrangência dos sistemas de saúde (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Muitas são as dificuldades para assistência à população ribeirinha. A própria organização da assistência, as condições de trabalho das equipes para desenvolver a assistência e, conseqüentemente, a prestação de serviços de saúde, são, muitas vezes, insuficientes para atender as demandas.

Diante das limitações e insuficiências crescentes verificadas na assistência às populações do campo, floresta e águas, é necessário o debate teórico alinhado à discussão de políticas públicas, sobretudo, de saúde. De acordo com Rückert, Cunha e Modena (2018) as populações do campo, florestas e águas demonstram índices significativos de pobreza e analfabetismo, além de dificuldades para acessar políticas públicas, no que diz respeito à educação, transporte público, comunicação, saneamento e serviços de saúde em todos os seus níveis de assistência.

Nesse sentido, as barreiras geográficas são entendidas como limitantes da emancipação das populações rurais, restringindo o contato com os serviços públicos. Com base nisso, a acessibilidade geográfica, que “[...] refere-se à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegar aos serviços, incluindo os custos da viagem, dentre outros.” (DONABEDIAN, 2003 apud ALBUQUERQUE et al., 2014, p. 183), pode se constituir como um facilitador ou dificultador à garantia dos direitos do cidadão.

Percebe-se que o SUS não tem cumprido com o papel de prestar cuidado à saúde das famílias de comunidades rurais e o acesso aos serviços, principalmente, de caráter médico, tem sido assegurado por meio das reivindicações e pressões dessas populações sobre os setores governamentais, embora a proporção de domicílios cadastrados em UBS na área rural (70,9%), é superior ao perímetro urbano (50,6%) (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

No Vale do Rio de Ondas, ao serem indagados sobre acessibilidade geográfica, com perguntas como: qual o meio de transporte mais usado pelos moradores? Existe transporte público coletivo? Qual a sua opinião sobre o transporte público coletivo? Cerca de 40% dos líderes comunitários relataram expressiva melhora em sua qualidade do acesso aos serviços de

saúde nos últimos cinquenta anos. Elencaram mudanças que facilitaram a dinâmica da acessibilidade local, considerada como “vitória” com especial destaque ao alargamento da estrada vicinal que dá acesso aos povoados. Antes desse acontecimento, os principais meios de locomoção eram a tração animal e a canoa.

Quando surge uma necessidade mais urgente de atendimento de saúde, os moradores precisam usar os veículos próprios para o deslocamento. Quando um morador não possui carro ou moto, se vê obrigado a fretar o veículo de algum vizinho para poder se deslocar até as unidades de saúde. Assim, por muitas vezes, o transporte público é um limitador de acesso aos serviços de saúde e outros serviços básicos pelos moradores dessa região. Nessa perspectiva, Pessoa, Almeida e Carneiro (2018) expressam que o traslado de pacientes graves e crônicos, em comunidades rurais, é, geralmente, intermediado pela utilização de moto, transporte escolar, carroça e barco.

Historicamente, comunidades tradicionais, como os ribeirinhos do Vale do Rio de Ondas, apesar dos avanços no aspecto legal, vivem “vazios assistenciais” e violação de direitos básicos, que deveriam ser assegurados pelo Poder Público, pois esse prioriza o desenvolvimento econômico ao invés dos interesses dos povos tradicionais (BRAGA, 2016). A “segregação” desses povos é frequente, o que os coloca à margem do corpo social.

Percebe-se a partir dos relatos dos sujeitos desta pesquisa a melhoria nas condições socioeconômicas de muitos moradores, que tiveram a oportunidade de compra de veículos próprios (como moto e carro) substituindo os cavalos e carroças:

[...] hoje já não é igual aquele tempo [...] que você tinha que sair e montar no cavalo. [...] um carro aqui era difícil [...], mas hoje as pessoas já conseguem ter seu transporte na porta, quando não, tem um vizinho que dá um suporte [...]. (LC 10)

Advoga-se que, embora o meio de transporte tenha avançado, há uma certa instabilidade quanto a frequência e continuidade, e a ausência de transporte próprio, por muitas vezes, reflete na dependência do deslocamento pelo vizinho, limitando o acesso aos serviços de saúde.

Em vista disso, é possível verificar, também, como o transporte e a distância agem como barreiras de acesso aos cuidados de saúde no território brasileiro, ocasionando o isolamento geográfico, especialmente nas zonas rurais (FIGUEIREDO; SHIMIZU; RAMALHO, 2020).

A acessibilidade às equipes da ESF excede a existência de serviços de saúde e da presença de UBS, mas vincula-se, principalmente, a fatores como: distância das localidades rurais à UBS; presença de barreiras geográficas; falta de transportes para o deslocamento das

equipes de saúde às comunidades rurais e para as populações do campo, floresta e águas; falta de acesso a meios de comunicação; inexistência de ponto de apoio que ofereça cuidados em saúde aos usuários em suas localidades; descontinuidade do cuidado longitudinal (em função da alta rotatividade de profissionais da saúde, principalmente, o profissional médico); más condições das estradas de acesso no meio rural e ausência de políticas públicas que organizem a Atenção Primária à Saúde e ampliem o conhecimento no que concerne à política específica para a população ribeirinha, uma vez que a APS deve organizar as atividades assistenciais, bem como conhecer os recursos para sua execução (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Outra problemática acentuada pelos entrevistados diz respeito a ausência de ruas asfaltadas e pavimentadas adequadas que dificultam o acesso ao núcleo urbano da cidade e aos serviços oferecidos por esse:

[...] A minha comunidade mesmo, quando chove, fica isolada, porque [...] a estrada não é pavimentada [...], não tem escoamento de água [...] então às vezes forma cratera na estrada, e aí a comunidade fica isolada. (LC 11)

[...] aqui é meio longe, aqui tem que consertar a estrada também que não é boa. Quando chove, a subida ali chega fica igual a um quiabo. (LC 5)

Há aqui um aspecto interessante no tocante ao desenvolvimento da modernização da cidade de Barreiras que não reflete na infraestrutura da região do Vale do Rio das Ondas e, neste contexto, influi diretamente no acesso à saúde, uma vez que, a oferta gratuita da saúde não representa a sua universalização do acesso. Isto porque, as cidades mais afastadas, como a região do Vale do Rio das Ondas, não contam com infraestrutura básica, como transporte e pavimentação das estradas, para possibilitar esse acesso.

Não obstante, os líderes comunitários revelam também o descaso dos órgãos competentes no que tange à execução de melhorias na estrada. Isso apenas assevera o descaso do poder público em sanar esse problema que com o tempo, gera consequências mais graves a população ribeirinha:

[...] a gente até falou para consertar a estrada, aí eles falaram que essa estrada não tá no mapa. (LC 5)

[...] muitas das vezes são os moradores que vão fazer o serviço, que vão lá com carroça, com carrinho, com o que pode pra [...] ajeitar novamente, pra ter o acesso realmente. (LC 11)

Ademais, associado às condições da malha viária da localidade, a ausência de um transporte público regular é outro fator que impede a melhoria da acessibilidade geográfica no

local. Antes da pandemia da COVID-19 existia uma única linha de ônibus que ia somente até a comunidade do Val da Boa Esperança, duas vezes ao dia, em quatro dias na semana (segunda, quarta, sábado e domingo). Contudo, com a situação de calamidade pública, a Viação Cidade de Barreiras (VCB) suspendeu completamente os serviços de transporte ofertados aos moradores do Vale. Isso acarretou numa piora acentuada no acesso aos serviços ofertados na cidade, principalmente aos serviços de saúde.

[...] Antes tinha o transporte normal, que era da via de Barreiras, que era bem mais em conta pra gente, só que aí, devido essa pandemia [...].
(LC 4)

Diante disso, sem o suporte do poder público em plena pandemia, os moradores passaram a utilizar um serviço de transporte privado, sem licença, que um morador da localidade dispõe. A “Van”, como eles chamam o novo transporte, passa apenas uma vez na semana nas comunidades mais afastadas:

[...] é só uma vez na semana, só é na quarta-feira lá pro Mucambinho. Lá na Malha e no Tamanduá [...] tem todos os dias, porque o dono da Van mora no Tamanduá, aí ele faz essa linha [...]. (LC 11)

Pôde-se inferir, contudo, que as taxas abusivas cobradas pelo dono da Van aos moradores, foi um fator que resultou na falta de procura dos serviços de saúde, constituindo-se, assim, esses custos da viagem como uma das barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde:

Ainda mais agora que eu tô nessa situação aqui, grávida [...] às vezes dificulta um pouco [...]. O acesso à cidade [...] limita um pouco as condições financeiras de ter que ficar pagando transporte pra levar. [...] ele cobra o quê, oito reais, aí já fica pesado pra quem tá indo [...] no público era três, quatro reais [...]. Nas comunidades mais afastadas, esse valor é ainda mais alto, podendo chegar a custar dez reais na ida, e mais dez reais na volta. LC 4

Na crise sanitária provocada pela COVID-19, pouco se avançou quanto às políticas públicas no que concerne ao suporte para o transporte público, sendo os problemas desse agravados, como a perda expressiva de passageiros e redução da arrecadação pelas empresas prestadoras do serviço (ROMEIRO et al., 2021). Os mesmos autores expressam que esses efeitos econômicos e sociais causados pela COVID-19 no transporte público, além de abrangerem a mobilidade, atingem também outros setores, que diz respeito à saúde, à igualdade social, à viabilidade financeira dos transportes.

Aliado a esse problema atual, verifica-se, ainda, a promoção da “invisibilização” das demandas dessas populações. Pessoa, Almeida e Carneiro (2018) afirmam que apesar da

necessidade de financiamento das equipes de saúde ribeirinhas e fluviais, o transporte para acessar as comunidades sob responsabilidade sanitária das equipes é considerado opcional. Essa falta de compreensão da importância dos meios de transporte tanto por parte dos gestores do SUS quanto dos profissionais que utilizam esses veículos – resultando na ausência dos cuidados de forma integral da equipe de saúde rural à comunidade.

Além da dificuldade de locomoção em busca de atendimento à saúde, há também outros desafios relacionados ao acesso de serviços públicos como educação – muitas vezes o Poder Público fornece apenas uma opção de traslado para tal serviço do qual a comunidade depende. A respeito disso, foi aludido também a implementação do transporte escolar, que leva diariamente os alunos do Vale do Rio de Ondas para estudar nas escolas do núcleo urbano de Barreiras:

[...] hoje em dia tá melhor, que de primeiro [...] não tinha escola aqui, e hoje em dia já tem. [...] na época dos meus meninos mesmo, a gente precisava ir levar na pista [...] e muitas vezes ia a pé [...]. (LC 7)

Apesar dessas melhorias narradas pelos moradores do Vale do Rio de Ondas, até a data em que esse estudo foi realizado, para chegar em uma das suas 27 comunidades somente era possível pelo rio, de barco ou pela estrada vicinal, que na maioria dos trechos ainda mantém estado precário. As pontes da localidade, todas de madeira, não raro, são levadas pelas águas nos períodos de chuvas fortes, quando o rio está com maior volume de água.

Com base nesse panorama, um modelo de atenção à saúde que inclua as populações do campo, floresta e águas, respeitando seus modos de viver e adoecer e que dialogue com os seus saberes e práticas tradicionais referentes ao processo de saúde-doença-cuidado tem caráter de urgência, para que assim essas comunidades sejam protagonistas na construção de ações de saúde que as contemplem (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Junto disso, é necessário que haja a garantia do acesso integral das populações ribeirinhas aos serviços e que estes respondam às suas necessidades de saúde, sendo que na territorialização realizada pelas equipes de saúde nas residências torna-se fundamental considerar as distâncias reais percorridas e o acesso aos outros serviços de saúde da rede assistencial (ALMEIDA, 2004).

Esses autores ainda afirmam que o financiamento das equipes de áreas rurais deve custear a compra e manutenção de frota veicular para as equipes de saúde da família, englobando o condutor de veículos aquáticos e terrestres. Assim, o financiamento é outro ponto nodal, pois o repasse de recursos deveria ser diferenciado pelo porte do município, ou maior percentual de população em condições de vulnerabilidades e menores densidades

demográficas (maiores distâncias a serem percorridas pelas equipes, por exemplo, que requer maior apoio logístico para transporte).

Por conseguinte, a acessibilidade geográfica é outro determinante do uso efetivo dos serviços de saúde; esse uso resulta de uma multiplicidade de fatores – individuais, contextuais e relativos às políticas públicas. A inclusão das populações do campo, floresta e águas depende de situações que definem a entrada no sistema, o que indica a importância de que seja analisada as particularidades e especificidades dessas populações.

4.3 LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS NAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS

Ao se refletir sobre liderança comunitária automaticamente é se remetido ao sistema democrático, cujas relações com os moradores dão o tom da gestão em uma comunidade. Essas relações atuam no campo da reciprocidade de forma que os benefícios sejam revestidos a comunidades.

A organização das comunidades tradicionais se configura como forma de resistência, sendo uma das principais vias para se firmar estruturas de enfrentamento às injustiças, assegurando, assim, a permanência dessas populações em seus territórios tradicionais e possibilitando sua reprodução sociocultural (MAFRA, 2019).

A vida nas comunidades ribeirinhas perpassa por inúmeras iniquidades, como fora aludido até o momento, mas, prima por melhorias em suas localidades e, conseqüentemente, pela própria sobrevivência. Os moradores, não raro, se organizam politicamente em torno de associações comunitárias, que se torna o local de debate, mas também de embates, em prol dos ribeirinhos. Dentro desse contexto insere-se a importância das lideranças comunitárias presentes nas populações ribeirinhas.

O líder aparece como uma necessidade da comunidade, que aliado a essa, busca a organização, desenvolvimento de metas e promoção local, apresentando, um papel importante no progresso no território (SOUSA et al., 2020). Ocorre, assim, a corriqueira personificação da luta por uma vida digna em um membro da comunidade, que passa a ser o líder local, a “pessoa de referência”, como bem relataram os ribeirinhos, conquistando o direito a voz, ao menos em tese, em distintos espaços sociais.

O reconhecimento da importância das lideranças comunitárias foi, por vezes, expresso nas entrevistas, em especial no modo como a organização comunitária é valiosa para a resolução de demandas dos moradores:

[...] o líder comunitário está ali para lutar pela comunidade, para as pessoas viverem melhor, para trazer benefícios para a comunidade [...]

fazendo um trabalho social [...] (LC 1)

Verifica-se, nesse fragmento, que as lideranças comunitárias atuam como forças catalisadoras na comunidade, buscando realizar suas necessidades e consolidar a real cidadania (GOULART, 2006).

O modelo organizativo político-social é dispare entre as comunidades estudadas, visto que em uma delas, há uma cooperativa bem estruturada, composta por presidente, vice-presidente, coordenador, tesoureiro, a qual contava, antes da pandemia, com reuniões regulares para o levantamento de demandas. Entretanto, há aquelas comunidades que sequer dispõem de uma figura representativa, com os moradores vivendo “cada um por si”. Não obstante, os povoados que não contam com representações ativas, que pugnem junto ao Poder Público por melhorias, alegam possuírem uma gama superior de fragilidades, quando em cotejo às comunidades com maior contingente populacional.

Cabe destacar, também, que a faixa etária dos líderes comunitários não se figurou como um padrão delimitado, modulado historicamente pelos idosos, ditos mais experientes, à frente das manifestações sociais. Observou-se diferentes gerações assumindo papéis de destaque, estremando uma nova faceta das relações hierárquicas em comunidades tradicionais ribeirinhas.

A constituição do “ser cidadão”, ou seja, indivíduos que tenham os seus apanágios assegurados é imbricado pela luta coletiva nas comunidades tradicionais. As lideranças comunitárias se mostram como a voz desses grupos marginalizados, ajudando-os no levantamento e apresentação de demandas junto ao Poder Público, alavancando o desenvolvimento local. Esse processo de participação democrática fortalece a sociedade como protagonista, com o objetivo de promover a democracia e permanecer o foco de atenção no Estado e suas ações, permitindo, assim, a redistribuição de responsabilidades (NUNES et al., 2010).

E, no que concerne às políticas públicas, essas devem ser protagonizadas pelas comunidades, com a finalidade de produzir transformações, bem como a promoção de um modelo de atenção voltado às suas necessidades. Outrossim, é irrefragável, na fala dos moradores, as melhorias no bem-estar das comunidades advindas dessa árdua luta travada, que vai desde demandas “simples”, como um patrolamento da estrada vicinal, a obras estruturantes, como a construção de espaços públicos de promoção de saúde (Anexo C):

[...] a importância dele é que ele vai ver algumas coisas que necessita na comunidade [...] cobrar no poder público [...] de fazer algo para a comunidade [...]. (LC 8)

Nesse contexto, a efetividade da liderança, na comunidade, se dá inicialmente pela identificação de questões, que incluem as condições de infraestrutura física – água, esgoto, moradia, energia –, educação, saúde, violência, dentre outras (SOUSA et al., 2020).

Sousa e colaboradores (2020) ainda trazem que os líderes comunitários atuam motivando a sensibilização quanto aos problemas do território, para que assim levantem reivindicações e as ações realizadas gerem transformações. Como é elucidado nas seguintes falas:

[...] já foram atendidas algumas coisas sim [...] por exemplo, a gente tem um posto de saúde na comunidade [...] ainda não tá funcionando, mas tá pronto pra funcionar, e também o melhoramento das estradas foi feito. A gente tava aguardando, também, o asfalto do Val da Boa Esperança ser feito [...] a gente tem uma quadra poliesportiva que foi feita na comunidade que antes não tinha. (LC 8)
[...] cobrar uma escola pra fazer uma escola de qualidade pros filhos da gente [...] na parte de internet que é ruim aqui também foi colocado em pauta [...] nós precisamos também de uma energia mais reforçada [...]. (LC 8)

Ao longo do tempo, surgiram novas formas de poder e, juntamente com elas, sucessivas transformações na estrutura social, impactando na organização civil e política (ALMEIDA; HAYASHI, 2020). À vista disso, observa-se que no cenário comunitário, a liderança tem um papel fulcral para conduzir melhorias e reivindicações, além de estimular à comunidade a exercer sua cidadania.

4.4 RELIGIOSIDADE NAS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS

A religiosidade tem a capacidade de dar significados às necessidades dos indivíduos, visto que está relacionada à compreensão de eventos vivenciados pelos sujeitos, sendo tal compreensão dada de forma metafórica e não racional (ASSUNÇÃO; QUERINO; RODRIGUES, 2020). Nessa perspectiva, destaca-se que a espiritualidade, definida por Guimarães e Avezum (2007, p. 89) é dada como “[...] uma propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio [...]” podendo estar vinculado a participação religiosa institucional.

Dessa maneira, cabe destacar que a espiritualidade se figura como importante indutor na percepção da Qualidade de Vida (QV). De caráter multidimensional, a QV não possui uma definição unívoca, dada a sua correlação com fatores históricos, socioculturais e ambientais,

sendo entendida e percebida de forma dispare por cada usuário. Nesse diapasão, mais recentemente, o conceito ampliado de saúde passa a considerar, também, o bem-estar espiritual como um fator condicionante quando se busca entender a saúde mormente numa perspectiva holística.

Destarte, lançar um olhar sobre como se dá a imbricação da espiritualidade na qualidade de vida das populações ribeirinhas se torna mais um mecanismo para elucidar anseios e iniquidades em saúde dessas comunidades.

A prática da benzedura se consubstanciou, ao longo dos séculos, por meio da tradição familiar e oral, constituindo-se numa herança cultural e religiosa em muitas comunidades rurais remotas do país. Por vezes, a procura pelos rituais de benzimento se dá em razão das dificuldades em obter atendimentos de saúde, como o tempo de espera para o atendimento, o difícil acesso aos serviços de saúde, e até a sua defasagem, entre outros. Assim, a forma “simplificada” do tratamento não convencional da benzedura, mais próxima dos sujeitos, associado à própria crença popular, se configura como um importante meio de obtenção de saúde nos contextos remotos (ASSUNÇÃO; QUERINO; RODRIGUES; 2020).

A contribuição física, mental e social da benzedura é reconhecida pela comunidade, mas, esse ofício vem, paulatinamente, desaparecendo nas comunidades. No Vale do Rio de Ondas, dentre todas as localidades estudadas, nenhuma relatou a existência da prática de benzedura.

Assunção, Querino e Rodrigues (2020) acreditam que esse movimento de extinção esteja associado a uma falta da transmissão dos dons e ao desinteresse dos descendentes em aprendê-los. Com o falecimento dos antepassados, a benzedura vai sendo escasseada. Houve, de acordo com a fala do LC 11 uma perda da tradição na comunidade, o conhecimento das simbólico, mítico e mágico, passado hereditariamente, perdeu a direção:

[...] tinha pessoas que já faleceram, [...] que faziam as orações, que as pessoas procuravam, [...] orar na cabeça, que eles falavam.

Não obstante as práticas de benzedura, traz consigo, forte influência do catolicismo nos povoados do Brasil. Em relação à prática no Vale do Rio de Ondas, os entrevistados disseram que a religião predominante é a Católica, seguida por poucos adeptos de religiões protestantes. Embora a referida religião seja a declarada como a oficial das comunidades, localiza-se um único templo na comunidade do Val da Boa Esperança a sede da Igreja da Imaculada Conceição. Já na comunidade do Mucambinho fica a igreja protestante.

Em que pese muitos moradores se autodeclararem católicos, eles afirmam que a

prática religiosa não é assídua, ou seja, não frequentam de forma contínua as celebrações realizadas na comunidade. Percebeu-se uma maior influência da espiritualidade, na crença em um Deus salvador, que uma religiosidade pautada em dogmas e/ou liturgias.

[...] lá tem mesmo o catolicismo, catolicismo assim, entre aspas, que não pé praticado, que as pessoas não procuram, não vão na missa [...] só falam mesmo que são católicos, mas não tem nenhuma prática. (LC 11)

Atualmente, as práticas religiosas que se perpetuam e congregam uma maior quantidade de fiéis das comunidades junto à celebração Católica, é Via-Sacra, no período de Quaresma, e a festa da padroeira, a Imaculada Conceição, realizada anualmente. Ademais, quando questionados sobre religiões de matriz africana, como umbanda e candomblé, ou religiões como judaísmo e espiritismo, os entrevistados afirmaram não haver a presença de templos ou adeptos nas comunidades.

[...] esse negócio de terreiro, espiritismo, não tem não [...]. (LC 11)

Essas comunidades ribeirinhas possuem uma dinâmica própria de funcionamento no que concerne ao seu modo de vivenciar a espiritualidade e religiosidade, possuindo características próprias e diversas de lidar com situações sociais e culturais (GERONE JUNIOR et al., 2016). Isso pode ser evidenciado nas seguintes falas:

[...] a única coisa que eu faço é benzer meu corpo na hora que eu vou me levantar [...], mas não sou aquele que é ateu [...]. (LC 10)

[...] a religião nossa é a fé que tem em Deus para pedir a Ele saúde, paz. (LC 5)

A religiosidade das comunidades estudadas é expressa, em sua maioria, pela busca da proteção divina em seu cotidiano a partir de símbolos e/ou gestos, independente, de profissão em alguma religião. Tal prática é fruto, a nosso ver, do contexto social, geográfico, cultural em que estão inseridos.

4.5 A EDUCAÇÃO NAS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS

A educação gera processos de construção de novas possibilidades de maneira individual e de significação/interpretação coletiva, além disso, vincula-se a projetos de trabalho e ocupação que apontam possibilidades nos seus modos de ser e de criar os próprios indivíduos (PIZZINATO et al., 2017).

Entretanto, diante de uma realidade com tensões para se garantir e efetivar os direitos básicos, como à vida, à saúde, à educação, e outros, percebe-se que, por um lado, há cada vez

mais a “normalização” da negação desses, e, por outro, a hierarquização em sua garantia. Nesse sentido, o Brasil, apresenta a presença dessa hierarquização, sobretudo no que diz respeito ao direito à educação (SANTOS, 2018).

O filósofo Immanuel Kant, em sua célebre frase, diz que “[...] o ser humano é aquilo que a educação faz dele [...]” (KANT, 1999, p. 15). Nesse sentido, percebe-se que as pessoas são produtos imediatos da educação, sendo ela um bem fundamental, atuando como balizador para um profícuo futuro, seja ele individual e/ou coletivo.

No entanto, a educação em áreas rurais, no Brasil, remete a uma história na qual os direitos das populações do campo foram extensamente negados (BEZERRA; SILVA, 2018). Assim, as comunidades rurais remotas experienciam um dilema que transpassou as gerações: como assegurar educação gratuita, digna e de qualidade para os moradores dessas localidades?

Promover a inclusão de todo o corpo social pelo ensino deve ser um dos pilares das gestões públicas municipais, estaduais e Federal assegurando que as particularidades de cada localidade fossem respeitadas e valorizadas na formação do currículo estudantil. Todavia, o descaso público é perceptível e reverbera numa fragilização educacional dos povos ribeirinhos.

Então, o que se presencia é o território rural como protagonista histórico de baixos índices educacionais. Não obstante, no campo, as condições estruturais também se apresentam agravadas; nele, as unidades educacionais estão deterioradas, com pessoas pouco qualificadas, baixa quantidade de equipamentos e de material pedagógico, escolas sem infraestrutura básica, como energia elétrica e água potável (SANTOS, 2018).

De todo o Vale do Rio de Ondas, com seus povoados, apenas em dois deles há unidades escolares ativas (Anexo D).

[...] lá na comunidade só tem no Val da Boa Esperança, que é a Escola Capitão Marcolino; e tem a escola na Malha do Jatobá, que é a Escola Malha do Jatobá”. (LC 11)

Além da escassez de escolas, há de se pontuar outros desafios que as comunidades enfrentam no acesso à educação, como as longas distâncias, ausência de transporte coletivo, precárias condições das estradas de acesso como já aludido nos discursos dos LC nesta pesquisa.

Reflexo desse cenário, foi um movimento acentuado e impositivo de centralização do ensino ocorrido nos últimos anos, obliterando escolas e remanejando os discentes que antes

estudavam em suas comunidades, próximos de suas casas, para outros colégios em localidades distantes, cerceando o direito de escolha.

[...] quase toda a comunidade aqui [...] tinha uma escola, mas só que, devido à demanda, os alunos foram ficando pouco e foram fechadas algumas escolas e juntaram os alunos [...]. (LC 1)

Embora, a vivência de diversas problemáticas, a opinião dos moradores entrevistados sobre o situacional da educação no Vale variou: em maior proporção consideraram as condições físicas dos colégios, bem como a modalidade educacional como “boa”:

[...] na escola que minha filha estuda, que é a do Val da Boa Esperança, a escola foi reformada, os professores são concursados [...] eu gosto. LC 11

[...] é mais ou menos. Tem piso, é forrada, só é muito quente, não tem ventilação [...]. LC 1

Esses colégios que permaneceram funcionando, segundo a narrativa dos LC passaram a receber um grande contingente de alunos, para o qual não dispunham previamente de estrutura física e corpo pedagógico capaz de suprir as demandas. Como a oferta de aulas é somente para turmas do ensino fundamental menor (1º a 5º ano), e com apenas duas professoras lotadas em um dos colégios, as turmas foram condensadas no modelo dito “multisseriado”, alocando alunos ainda no processo de alfabetização com aqueles que careciam estar desenvolvendo outras competências e habilidades, como a realização de exercícios matemáticos.

No contexto de muitos países em desenvolvimento, o termo multisseriado, frequentemente, refere-se às turmas nas quais foram unidas por razões de necessidade, e não por escolha pedagógica. Esses agrupamentos multisseriados são comumente aplicados à realidade rural em cenários nos quais há uma quantidade reduzida de alunos por série, para que assim, permaneçam nas escolas mais próximas de seus territórios, evitando, dessa forma, que os estudantes se desloquem à área urbana ou evadam (DRUZIAN; MEURER, 2013). Ainda de acordo com estes autores ressaltam que, apesar desse modelo de ensino estar presente em outros cenários, ele tem sua expressão máxima identitária no campo.

Ademais, a incapacidade do corpo pedagógico capaz de suprir as demandas se deve ao fato de que nas turmas multisseriadas existe um único professor, assumindo, em boa parte, múltiplas funções, para diferentes séries ao mesmo tempo e no mesmo espaço, gerando, ainda, sobrecarga de trabalho. Realidade esta, que evidencia a desvalorização com o exercício da

função de educador (DRUZIAN; MEURER, 2013).

Sob essa ótica, infere-se um grave retrocesso para a qualidade do ensino na localidade, imputando aos discentes uma quebra na linearidade dos conteúdos, na construção do conhecimento, ou seja, da aprendizagem significativa como um todo.

De acordo com Zago (2016), no plano educacional, a escola com classes multisseriadas sofreu redução, resultando, no deslocamento dos estudantes das áreas rurais para as áreas urbanas a fim de continuar os estudos.

Foi evidenciado um caráter distanciado e passivo dos adultos/responsáveis da comunidade quando se refere ao modelo de ensino adotado, ao comportamento das crianças durante as aulas, e, principalmente, o progresso acadêmico, visto que grande maioria vai até os colégios somente quando convocados. Parece haver um hiato entre a escola e a família no tocante o acompanhamento holístico do aluno:

[...] os moradores, assim, os pais, quando é solicitado, quando tem reunião de pais, eles vão, mas caso contrário, só os estudantes mesmo.
(LC 3)

Em razão da ausência de colégios que ofertam turmas para o Ensino Médio nas comunidades, os jovens precisam se deslocar, todos os dias, para o centro urbano do município para participar das aulas.

Atualmente, os alunos dispõem de um transporte público que os leva até os colégios, o “escolar”, uma enorme conquista para a comunidade, visto que em tempos mais longínquos, era preciso ir a pé até a rodovia para pegar o transporte, uma vez que, a inexistência de transporte coletivo para chegar à escola se constitui, conforme Zago (2016), como um obstáculo à continuidade dos estudos no território rural.

[...] antigamente num tinha transporte pra levar, né?! [...] tinha que ir pra pista pra pegar o escolar [...] mas agora não, já tem um escolar que passa na porta mesmo pra colher os alunos pra levar. (LC 7)

No entanto, a educação vai para além da oferta de transporte público para as comunidades e o acesso às aulas. É preciso gerar pertencimento aos discentes, formular um currículo balizado em condições reais de vida, que integre os saberes do seu povo e de suas origens culturais. A educação no meio rural continua, de alguma forma, promovendo e intensificando desigualdades, uma vez que, homogeneiza as perspectivas curriculares, independentemente da realidade em que se propõe a formar (PIZZINATO et al., 2017).

Assim, advoga-se ser fundamental fomentar a continuidade desses alunos no

ambiente educacional, para que se tornem pessoas capacitadas para o mundo do trabalho, além de promover uma educação que não busque personificar uma dualidade entre a urbanidade e ruralidade, mas seja complementar, considerando o intercâmbio de valores e perspectivas entre esses meios, evidenciando as particularidades do território rural.

Diametralmente oposto, os LC relataram grande desinteresse dos jovens da comunidade em dar seguimento aos estudos, por não verem a educação como uma possibilidade próxima de pertencimento e de sobrevivência. Para muitos residentes da região, apesar do entendimento acerca da importância da formação educacional, ela ainda se mostra como uma realidade distante, e a possibilidade em galgar um futuro melhor é deixada de lado para adentrar no mundo de trabalho e prover o sustento familiar.

[...] na minha área, os jovens que não estudam mais, eles da escola já preferem o trabalho. (LC 2)

Na área rural brasileira junto com as profundas transformações demográficas, houve também mudanças no que concerne à família, tanto no que diz respeito aos valores entre gerações quanto à perda de autonomia, gerando, assim, incertezas quanto à sucessão da propriedade e ao futuro dos filhos; ainda assim, as perspectivas de vida fora do campo parecem ser mais dificultosas (ZAGO, 2016).

Ademais, com a chegada da pandemia causada pelo Sars-Cov-2, um novo paradigma educacional foi lançado para a manutenção e efetividade das práticas pedagógicas locais. A suspensão de aulas presenciais e a sua substituição pelo modelo remoto emergencial amplificou as iniquidades da rede municipal de educação para as comunidades ribeirinhas. Com acesso à internet quase inexistente, as “aulas” se resumiram a entrega de listas de exercícios, completamente de maneira assíncrona, reverberando negativamente na formação plena dos discentes.

Apesar das políticas adotadas, ainda permanece as acentuadas desigualdades educacionais entre campo e cidade em todas as regiões do país, tanto em relação ao acesso à educação, que se apresenta ainda mais difícil, tendo em vista a pandemia, e a qualidade do ensino quanto à infraestrutura dos estabelecimentos, à formação do corpo docente, ao grau de analfabetismo e às disparidades entre idade e série (ZAGO, 2016). Nessa perspectiva desigual, a pandemia reverbera seus impactos fortemente na apreensão de novos saberes e na promoção de uma educação que seja realmente transformadora.

4.6 A SAÚDE MENTAL DAS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS EM MOMENTOS DE PANDEMIA

Nas últimas décadas, percebeu-se um aumento nos casos de doenças mentais na sociedade brasileira (WHO, 2017). Não obstante, parte massiva dos acometidos por adoecimentos mentais vivem em áreas rurais remotas do país, como demonstraram Costa Neto e Dimenstein (2017).

Isso ocorre, em grande parte, pela ausência, nessas localidades, de uma rede de apoio psicológico articulada que seja capaz de ofertar escuta qualificada aos moradores. Esta afirmativa se respalda na observação das práticas das Redes de Atenção à saúde (RAS), cujo foco é a manutenção do modelo biomédico e hospitalocêntrico, tratando as sintomatologias de forma isolada, sem avaliar os possíveis determinantes sociais em saúde que possam estar influenciando nesses acometimentos.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) caracterizou-se por um processo longo de construção de um modelo de atenção assistencial que reforçou valores fundamentais de respeito às diversidades, humanização do cuidado, justiça e inclusão social e adotou os princípios da equidade, intersetorialidade, integralidade e territorialidade.

Segundo Almeida (2019, p. 2), “O desenvolvimento da política de saúde mental no Brasil esteve estreitamente associado à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), à descentralização da administração da saúde no país, à mobilização de profissionais e a mudanças sociais e culturais da sociedade brasileira.”. Dentro dessa nova lógica de assistência, os determinantes sociais são entendidos como uma possibilidade para diminuir as iniquidades e disparidades em saúde e, também, como meio de promover a equidade no cuidado.

Reconhece-se que os fatores de risco não estão distribuídos igualmente entre as populações; certos grupos estão mais expostos a esses fatores do que outros. Neste contexto, inserem-se as comunidades em situação de vulnerabilidade social – conceito este que se refere à capacidade dos grupos sociais no enfrentamento das questões de saúde (PAULA; SILVA; BITTAR, 2017). Muitos recursos podem ser escassos ou inadequados para o aproveitamento das oportunidades disponíveis na sociedade. Desta forma, destaca-se a população ribeirinha como um grupo vulnerável socialmente.

Em meio à pandemia do novo coronavírus, comunidades rurais espalhadas ao longo dos cursos de rios de todo o país se veem desamparadas diante do agravamento de suas dificuldades socioeconômicas. A localização geográfica aumenta essas dificuldades, especialmente no acesso aos serviços de saúde.

Presentes em todos os biomas brasileiros, povos tradicionais que habitam o ambiente rural no Brasil, para os quais sua territorialidade determina a forma de acesso a bens e

serviços públicos, esse território que define e viabiliza a condição de existência, também é utilizado como justificativa para oferta desigual – e até mesmo inexistente, em determinados casos – de serviços públicos. Este cenário confirma a situação de vulnerabilidade e invisibilidade dessas populações, que não dispõem de acesso rápido a medicamentos e às unidades de saúde minimamente equipadas.

Alguns estudos têm chamado a atenção para o fato de que a inexistência de orientações técnicas sobre a COVID-19, a ausência de políticas públicas, proteção social e suporte adequado para tratamento dos doentes, tem intensificado a vulnerabilidade emocional dessas comunidades e provocado o aumento de casos de transtornos psiquiátricos e instabilidade emocional.

A emergência causada pela COVID-19 expôs ainda mais os problemas dessas comunidades. Há escassez de informações, orientações e auxílios, ocasionando aos profissionais, que atuam nesses contextos, margem de insegurança interventiva crítica. Daí a necessidade de retomar estratégias e ferramentas de cuidado empregadas em momentos de crise ou sofrimento e ações que propiciem sensação de maior estabilidade emocional.

A reflexão sobre a assistência em saúde mental das populações rurais, tendo em vista suas condições de vida, as maneiras de sociabilidade e interações, os saberes e práticas tradicionais, fomenta desafios para o cuidado e gestão em saúde mental no SUS (COSTA NETO; DIMENSTEIN, 2017). De acordo com Dimenstein e colaboradores (2017) as condições de vulnerabilidade psicossocial ligadas à pobreza são agravadas em populações rurais, gerando uma associação desproporcional entre o sujeito em sofrimento mental e o recebimento de assistência.

Os transtornos mentais apresentam um dos maiores índices de morbidade, isso, por sua vez, impacta significativamente na rotina do indivíduo e sua rede familiar (DIMENSTEIN et al., 2017). Assim, a saúde mental gera dificuldades sociais e econômicas, relacionando-se com as desigualdades e iniquidades em saúde. Conforme Dimenstein e colaboradores (2017), a determinação social da saúde traz como pressuposto uma compreensão ampliada da saúde por meio de uma perspectiva interdisciplinar sobre as formas de organização da sociedade – social, cultural, econômica – compreendendo que o processo saúde-doença-cuidado está intrinsecamente relacionado à essas formas de organização.

Nesse sentido, as inter-relações entre desigualdades sociais e o processo saúde-doença-cuidado são construídas de forma complexa compondo um certo plano de organização “ao tecer os fios das histórias de vida”, das dinâmicas de funcionamento familiar, das formas de organização social, das características geográficas dos espaços, e, assim,

moldam subjetividades e territórios existenciais, constituindo as singularidades dos processos de vida e a heterogeneidade das vivências de sofrimento psíquico (DIMENSTEIN et al., 2017).

É válido apontar que o debate sobre atenção em saúde ainda é urbano e não é sensível às particularidades socioculturais de outros contextos e comunidades, refletindo o colonialismo e etnocentrismo de saberes e práticas de saúde, o que auxilia na continuidade das iniquidades que estão presentes no cotidiano e vida das populações ribeirinhas, por exemplo (COSTA NETO; DIMENSTEIN, 2017).

No que concerne à assistência à saúde mental, ainda não há, em termos da política nacional em vigor, uma diretriz de atenção e cuidado às populações do campo, o que estimula a falta de assistência à saúde mental dessas populações, devido à dificuldade da articulação de ações de cuidado na atenção primária e à escassez de serviços especializados e leitos de saúde mental na rede de atenção psicossocial das áreas rurais (COSTA; DIMENSTEIN; LEITE, 2015).

Assim, aliada à dificuldade no acesso aos serviços de saúde, os moradores do Vale do Rio de Ondas são assistidos em um modelo de atenção à saúde que, muitas vezes, não considera suas particularidades. Nessa perspectiva, esse estudo também investigou a saúde mental dos moradores do Vale durante a pandemia da COVID-19, assim como a assistência ofertada pela prefeitura nesse período.

Com o distanciamento social que se fez necessário para minorar o avanço da pandemia, as pessoas passaram a ficar quase que em tempo integral em suas residências. Para alguns, o isolamento foi uma cadeia sem grades, que reverberou fortemente no surgimento de doenças mentais:

[...] sei que é difícil cê viver numa época dessa, tipo uma pessoa na prisão [...]. (LC 3)

Dentre as faixas etárias mais afetadas pela pandemia, destacaram-se, na pesquisa, a dos idosos e das crianças relatados pelos líderes comunitários. Os idosos, por serem do grupo de risco, foram os que mais guardaram as recomendações das organizações de saúde, ficando mais de cinco meses em completo isolamento. Os relatos indicam que o início da pandemia foi o de maior tensão nas comunidades, devido às incertezas sobre etimologia e manejo da doença. Assim, várias pessoas entraram em quadros depressivos.

Já as crianças, que possuíam uma vida social ativa, com a ida ao colégio e as brincadeiras com os colegas, se viram, repentinamente, trancados em suas residências. Nesse grupo, a ansiedade pelo regresso à vida “normal”, bem como o estresse do isolamento foram

os problemas mais referenciados nas entrevistas:

[...] só as crianças que estão mais estressadas [...], num tem uma área de lazer deles, acabou, num pode mais ter aglomeração, aí fica tudo estressado. (LC 3)

Os responsáveis legais tiveram que lançar mão de novas estratégias de lazer para as crianças, a fim de reduzir, ainda que minimamente, os impactos da pandemia no seu processo de crescimento e interação social. Para tanto, compraram jogos e brinquedos interativos, além de aderirem a planos de internet fixa e a plataformas de streaming.

As populações tradicionais, com ênfase aos ribeirinhos, encontram-se mais vulneráveis, devido às distâncias físicas dos serviços de saúde e outros aspectos de acessibilidade geográfica, dinâmicas sociais, econômicas e culturais específicas. Essas vulnerabilidades e condições de desigualdades socioespaciais se caracterizam como um dos principais fatores que dificultam o controle e promovem a transmissão da COVID-19, além disso, prejudicam o acompanhamento em saúde mental. Assim, apesar dos desafios e insuficiências, é necessário o planejamento territorial no campo da saúde pública, a fim de promover melhoria da qualidade de vida das populações que vivem em situação de grande vulnerabilidade (RODRIGUES; RODRIGUES, 2020).

É imperioso ressaltar o papel desempenhado pelos ACS que atuam nas comunidades no período de pandemia. O único elo que os moradores possuem com os serviços de saúde são esses agentes, que se tornam informantes-chave dos deslindes da pandemia na região, bem como das formas de profilaxia contra a doença. Importante destacar que outras ações em saúde não foram desempenhadas pela prefeitura até o momento das entrevistas.

Os ACS são procurados com frequência pelos ribeirinhos para a resolução de morbidades. Como não há serviços de saúde nas comunidades ribeirinhas do Vale do Rio de Ondas, os ACS são os únicos profissionais nessas localidades e atuam como intermediadores entre a população e a rede de serviços de saúde. Trabalham na Estratégia Saúde da Família cadastrando e acompanhando famílias, por meio da visita domiciliar, e ainda orientam e desenvolvem atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, junto à comunidade.

À vista do cenário apresentado, percebe-se que a realidade dos moradores do Vale do Rio de Ondas em tempos pandêmicos, propicia o aparecimento de inúmeros problemas quanto ao processo saúde-doença-cuidado. Segundo Costa, Dimenstein e Leite (2015), a rede pública de saúde, sobretudo a atenção primária, não parece preparada para receber e perceber as demandas dessa população. Os profissionais muitas vezes não compreendem o sofrimento da comunidade e desenvolvem estratégias de cuidado que não levam em conta as suas

especificidades.

Nessa lógica, é preciso ampliar as ações de cuidado, acompanhamento e monitoramento nas comunidades ribeirinhas, inclusive com ações preventivas e de promoção em saúde, com o intuito de atuar no enfrentamento dos transtornos psíquicos e das iniquidades que condicionam a saúde mental (DIMENSTEIN et al., 2017).

As comunidades ribeirinhas sempre foram resistentes nas lutas e continuam resistindo. Nesse contexto, é imprescindível que as políticas públicas alcancem aqueles que vivenciam outras realidades e outros contextos culturais (ORTIZ; AMARAL, 2020), e que os gestores e os trabalhadores dos serviços de saúde reflitam a respeito das especificidades dessas comunidades nas práticas e ações de cuidado.

A ausência de responsividade por parte do Poder Público na atenção em saúde mental dos ribeirinhos do Vale na pandemia, como a ausência de uma rede de cuidado que os ajude a lidar com o sofrimento psicológico decorrente do isolamento social, imputou aos moradores a busca por estratégias de suporte em saúde mental.

Neste estudo, percebeu-se que a religiosidade foi uma forte aliada dos moradores nesse período, encontrando na fé um amparo e um motivo para persistir em meio às adversidades.

[...] Devido essa pandemia foi um ano muito difícil, mas eu me apeguei muito com Deus, foi um ano também que eu fiquei mais religiosa e então a minha depressão eu não tive nenhuma recaída [...]. (LC 11)

A religiosidade pode contribuir para a melhoria na qualidade de vida dos sujeitos, fazendo-os ressignificar o sofrimento. A rede de apoio em saúde mental, ineficaz para grande parte dos usuários do SUS, especialmente aos mais vulneráveis, é substituída pela religiosidade e sua rede própria de apoio, auxiliando na superação de situações-problema, sendo de grande valia para a proteção da saúde mental (COSTA NETO; DIMENSTEIN; LEITE, 2015).

4.7 AS CONDIÇÕES DE MORADIA E SANEAMENTO NAS POPULAÇÕES DO VALE DO RIO DE ONDAS

O conceito ampliado de saúde, discutido e formulado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, realizado em Brasília, aduz que as pessoas são seres biopsicossociais, e que a saúde é uma consequência direta da forma de organização social. Fatores como idade, sexo, estilo de vida, até então entendidos como chave para mensurar a saúde de um indivíduo, passam a ser considerados em conjunto com uma nova gama de condicionantes, como as

condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.

Nesse sentido, a moradia adequada deve ser entendida de maneira também ampliada, visto que, compreende, para além das condições físicas da habitação, as redes de relações sociais, os locais de realização das atividades produtivas, formas de uso do território, bem como significações e aspectos imateriais e culturais dos diferentes grupos sociais (CHAVES; MONZONI; ARTUSO, 2019).

A partir dessa nova sistemática para entender a saúde individual e coletiva, que vai para além da configuração das práticas em saúde pelo modelo biomédico e hospitalocêntrico, é mister lançar um olhar aprofundado nos aspectos de moradia e saneamento nas comunidades remotas, a fim de melhor compreender quais iniquidades sociais elas sofrem.

Assim, em linhas gerais, o acesso à moradia adequada deve englobar: acesso a serviços básicos, como a educação, saúde, lazer, transporte, energia elétrica, água potável e esgoto, coleta de lixo, áreas verdes e um meio ambiente saudável; acesso à terra, infraestrutura, recursos naturais e ambientais, fontes de renda e trabalho; uso de materiais, estruturas e organização espacial de acordo com as necessidades culturais dos moradores. (ROLNIK, 2010).

O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais dispõe no artigo 11 que “[...] o direito de toda pessoa a um nível de vida adequado para si próprio e sua família, inclusive à alimentação, vestimenta e moradia adequadas, assim como a uma melhoria contínua de suas condições de vida.” (BRASIL, 1992, p. 8713).

Nessa perspectiva, Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 80) apontam que fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, dentre outros, têm a capacidade de influenciar na ocorrência de problemas de saúde, provocando, assim, iniquidades de saúde – que são as “[...] desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias.”.

Esses determinantes sociais de saúde indicam que indivíduos em desvantagem social correm um risco diferenciado. Em face disso, pessoas que vivem em condições habitacionais mais humildes, encontram-se expostas a condições mais perigosas e têm menor acesso aos serviços essenciais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

De acordo com Chaves, Monzoni e Artuso (2019), a proteção desse direito age resguardando contra um encadeamento de violações e iniquidades, tais como, a exposição à violência, fragilização das redes de apoio, perdas financeiras, dentre outros. A partir da compreensão de que a saúde resulta das condições de vida e do contexto em que as pessoas vivem, contribuindo para o entendimento do processo saúde-doença-cuidado, as estratégias,

centradas na melhoria das condições de vida das famílias e dos bairros, incluíram também a participação política dos envolvidos no processo, que é essencial (COSTA et al., 2017).

Nesse panorama, o saneamento é definido como “[...] o controle de todos os fatores do meio físico do homem, que exercem ou podem exercer efeitos nocivos sobre seu bem estar físico, mental e social.” (WHO, 2018, p. 1). Segundo Castro e colaboradores (1995), sob uma análise atual, há uma associação de saneamento a sistemas constituídos de infraestrutura física (obras e equipamentos) e uma estrutura educacional, legal e institucional. Essas definições, e outras formuladas visando a conceituar o saneamento, deixam claro que saneamento constitui um conjunto de ações sobre o meio ambiente físico, portanto de controle ambiental, cujo objetivo é proteger a saúde humana.

Bitoun (2006) entende que a partir das condições do saneamento básico é possível considerar as condições de habitabilidade do território. Segundo o autor, o saneamento não é apenas básico, mas também ambiental.

No caso das comunidades pesquisadas, as comunidades dos beiradeiros do Vale do Rio de Ondas têm uma estrutura extremamente verossímil a de outras localidades rurais remotas. Os moradores se fixaram na região há muitos anos, onde firmaram suas famílias, cultivaram, batalharam e viram e propiciaram o surgimento de todos os povoados.

Os domicílios foram construídos um longe do outro, decorrente, em boa parte, da posse de faixas de terras que delimitavam a propriedade rural de cada família. Assim, os moradores primavam construir as casas em seus terrenos, ficando mais próximos de sua criação animal, do cultivo, sem terem a necessidade de deslocamento todos os dias. Tem-se, pois, um padrão que difere daquele visto em núcleos urbanos, com casas próximas umas das outras, formando verdadeiros emaranhados de concreto.

Essa dinâmica de organização territorial reverbera na forma como os processos de socialização na localidade são desenvolvidos, já que, por vezes, o isolamento não existe apenas entre os povoados e o centro da cidade, mas também entre os moradores de uma mesma comunidade, em razão da distância entre as casas.

A estrutura física dos domicílios, em boa parte, é de alvenaria, variando nos padrões com e sem revestimento, sendo construídas sem qualquer projeto de engenharia. No entanto, algumas casas são feitas e/ou cobertas de palha, havendo também a persistência de casas de taipa (pau a pique), situação que pode estar atrelada aos índices anormais de casos de doenças de Chagas na região.

De acordo com Ramos (2020) há uma relevante quantidade de triatomíneos, vetores da doença de Chagas, em diversos municípios e regiões da Bahia, nas quais identificaram-se

espécies com alta probabilidade de infecção pelo *Trypanosoma cruzi*. Nesse sentido, destaca-se a região do sudoeste baiano, onde foram capturados mais de 8.966 triatomíneos entre os anos de 2008 a 2013 (SILVEIRA *et al.*, 2016). Ainda em relação ao cenário baiano, Oliveira, Costa Neto e Gurgel-Gonçalves (2011) destacam que a espécie mais amplamente distribuída foi *T. sordida*, sendo a principal espécie em áreas de cerrado do oeste baiano, no entanto ocorre com predominância em área peridomiciliar.

Desta forma, percebe-se que as características dos arredores físico e social da moradia auxiliam a expandir a apreensão da prevalência dos eventos associados à saúde nas populações (COSTA *et al.*, 2017). Em face disso, o local de moradia é um importante fator no que concerne às iniquidades em saúde.

Historicamente, o meio rural brasileiro apresenta condições de vida mais difíceis do que aquelas encontradas no meio urbano, incluindo dificuldades de acesso à educação de qualidade, saúde, infraestrutura ou trabalho. Segundo Nascimento e colaboradores (2017), alguns estudos sobre comunidades ribeirinhas as caracterizam em termos de alto grau de isolamento e exclusão social em relação às comunidades urbanas, evidenciando problemas diversos, desde serviços básicos, até dificuldades de organização e mobilidade social, bem como baixa influência política (NASCIMENTO *et al.*, 2017). À vista disso, os ribeirinhos são, em sua maioria, esquecidos pelas ações públicas, resultando em maior grau de vulnerabilidade social.

Não obstante, as comunidades não dispõem de água encanada, utilizando a água proveniente das nascentes (minas, como dizem os moradores), e do próprio rio para o consumo. A água do Rio de Ondas, onde está o Vale, é considerada imprópria pelos moradores, que a utilizam preferencialmente para lavar roupas, tomar banho e regar as plantas, e a água oriunda das nascentes para a ingestão e cocção de alimentos. A alegação é de que o despejo, no rio, de agrotóxicos provenientes das extensas plantações de soja inviabiliza o consumo da sua água.

Na região oeste da Bahia as atividades agrícolas são intensas devido ao desenvolvimento do agronegócio baiano, podendo, por conseguinte, levar a riscos de contaminação das águas pelo uso excessivo de agrotóxicos (OLIVEIRA; VILLAR, 2014; SANTOS; LEITE; VIEIRA, 2013).

Oliveira e Villar (2014) destacam que o volume de agroquímicos utilizados na região tem sido crescente, tanto pelo aumento da área plantada quanto pelo aumento na oferta de produtos fertilizantes e agrotóxicos que são usados nas lavouras com o intuito de aumentar a produtividade das mesmas.

Ao realizarem análises, Santos, Leite e Vieira (2013) concluíram que o inseticida carbofuran, utilizado em plantios de soja, milho e algodão no município de Barreiras, apresentou potencial provável de contaminação de águas subterrâneas. Ademais, a ausência de água tratada e encanada na localidade expõe os moradores a uma série de riscos:

[...] a doença de hoje é normalmente o que tem mesmo na área rural: é o verme! [...] por causa da água [...] ainda têm pessoas que bebem a água sem filtrar [...] e como a água dessa região é água doce, e é água de mina, de brejo, ela já é uma água que contém muito verme [...]. (LC 10)

Em que pese, soma-se a falta de orientação em como deve ser o manejo com a água coletada nas nascentes e no rio antes do consumo.

[...] ainda tem vezes que as pessoas do jeito que pega a água lá na beira do rio, eles bebem [...]. (LC 10)

O artifício para melhoria da qualidade da água, quando adotado, é a filtração no filtro de barro. Educação da população local sobre o uso de hipoclorito na água, ou sua fervura, por exemplo, não foram sequer levantados pelos moradores no desenvolvimento do estudo.

Durante a realização da pesquisa, percebeu-se, também, que na maioria das casas há, ao menos, um sanitário, seja no próprio domicílio, ou apensado a ele. Todavia, como nas comunidades não há um sistema de esgotamento sanitário adequado, o descarte dos dejetos é feito se valendo de fossas rudimentares, que podem levar a um grave quadro de contaminação de nascentes, e da própria água do rio.

A falta da rede de esgotamento impõe aos ribeirinhos o descarte da água usada para o banho e para a lavagem de roupas e da louça a céu aberto. Além de ser um foco de transmissão de doenças, a sua infiltração na terra pode contaminar o solo, e o transbordo do esgoto nas épocas de chuva pode contaminar a água de nascentes e do rio. Portanto, figura-se um grave problema sanitário na localidade, expondo os moradores, diariamente, a inúmeras doenças que são evitáveis caso obras de melhorias no saneamento básico local fossem realizadas.

Kreter, Del-Vacchio e Staduto (2015 apud LOBÃO, 2019) destacaram a necessidade de investimentos em saneamento e água potável, bem como o fortalecimento de ações básicas da saúde como condição de melhoria e superação da pobreza.

Para Lobão (2019), uma das maneiras de perceber as condições de vida das pessoas no meio rural é por meio de informações que concernem na infraestrutura domiciliar básica, como é o caso de acesso à energia elétrica, água encanada, saneamento básico, dentre outros;

sendo que, esses aspectos demonstram a vulnerabilidade das famílias rurais e sua condição de vida.

Outro serviço que demanda destaque é o lixo doméstico que, atualmente, é recolhido uma vez por semana por equipes da prefeitura. Assim, a prática da incineração vem sendo gradativamente deixada de lado pelos beiradeiros. Uma medida que carrega consigo um enorme avanço para a erradicação de doenças endêmicas.

[...] de primeiro não tinha quase isso, mas hoje em dia cê vê que a comunidade faz tudo, hoje em dia tem seu banheiro em casa, tem sua fossa [...] o lixo era mais queimado, hoje em dia não, o lixo é recolhido [...]. (LC 7)

Por fim, quando perguntados sobre a presença de áreas de risco, os entrevistados disseram que não há, em nenhuma localidade, áreas que se figuram como uma ameaça iminente, por exemplo, com risco de deslizamento de terras, enchentes e afins. Porém, pontos de risco, com locais de comercialização de drogas, foram levantados.

Apesar dos flagelos que assolam as comunidades, impondo dificuldades diárias aos moradores, eles as consideram como bons locais para se viver, e se mostram contentes com as melhorias advindas nas últimas décadas:

[...] de um tempo pra cá melhorou bastante, porque era pior, mais crítico [...] agora melhorou mais um pouco, mas nem todas as pessoas têm uma condição de ter uma casa arrumadinha, rebocada, com piso, essas coisas. Ainda têm pessoas que moram em situações precárias, é em casa de taipa, é em casa coberta com palha, ainda existem sim pessoas que não têm um banheiro em casa [...]. (LC 11)

Verifica-se, assim, que as comunidades ribeirinhas têm suas particularidades, sobretudo, no que diz respeito a condições de vida. Mas, é preciso que políticas públicas sejam alinhadas às reais vulnerabilidades socioeconômicas dessa população, a fim de garantir a defesa dos seus direitos de acesso à moradia, saúde, educação, segurança, saneamento básico, dentre outros, de forma a gerar contínua melhoria das condições de vida.

Neste sentido, torna-se urgente a implementação de políticas públicas destinadas ao saneamento e à prevenção da saúde da população. As dificuldades de acesso ao saneamento básico vêm afetando diretamente a saúde e bem-estar, principalmente, dos ribeirinhos, que necessitam também da preservação ambiental para a sua subsistência.

Contudo, não se pode absolutizar que as comunidades estudadas são constituídas somente por problemas e precariedades. Elas são cercadas por uma rica flora, fauna, água em abundância, cultura efervescente com seus saberes culturais, medicinais e desenvolvem, assim, relação de troca mútua com outras comunidades.

5 CONCLUSÃO

Os resultados apresentados e discutidos refletem o alcance dos objetivos propostos nesta pesquisa, na certeza de que mais estudos são necessários sobre as comunidades ribeirinhas de forma a contribuir para a compreensão acerca da realidade local e as necessidades da população em relação a saúde, educação, transporte e saneamento. Tais conhecimentos contribuirão com a Ciência sobre a ampliação acerca das populações ribeirinhas no Brasil e o que é necessário para promover qualidade de vida e bem-estar dessas populações.

Nessa perspectiva, verificou-se que as vidas dos ribeirinhos do Vale do Rio de Ondas são impactadas pelas mudanças geográficas, pelos meios de transporte, pela acessibilidade geográfica, pelo acesso aos serviços de saúde e, no contexto atual, pela crise sanitária do país. As limitações de acesso, especialmente aos serviços de saúde e educação, compõem um contexto multifatorial, complexo e subjetivo, que podem implicar em diferentes aspectos no modo de vida dessas populações e seu estado de saúde.

Esse contexto foi asseverado pelos relatos dos Líderes Comunitários ao destacarem aspectos que interferem no *modus vivendi*, na identidade sociocultural e política dos ribeirinhos, orientados por um modo particular de vida em vários aspectos. A territorialidade funciona como fator de identificação, onde se estabelecem laços solidários de ajuda mútua e regras de convivência firmadas sobre uma base física considerada comum e essencial à sobrevivência dessas populações, à reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica transmitida pela tradição.

Um aspecto analisado foi o papel exercido pelas lideranças comunitárias. Elas são as vozes do cotidiano das comunidades que reivindicam o reordenamento coletivo e social pelo direito de ter saúde, educação, saneamento básico dentre outros direitos fundamentais. Os Líderes Comunitários representam as falas, os sentimentos, as necessidades, as vozes dos moradores das comunidades e para isto, eles trocam informações no dia a dia e reelaboram as ações, as reivindicações e enriquecem a luta pelos direitos.

No campo da saúde evidenciou, em função da ausência de UBS, que a adição dos saberes e fazeres adquiridos, herdados de geração em geração determinam, em grande parte, o saber cuidar do outro e, nesse saber cuidar, as práticas são aperfeiçoadas formando novas representações, gerando saberes inéditos e redimensionando o seu acervo alimentado pela

interação, troca de sentidos que determinam as várias formas do cuidar.

No tocante a religião, o catolicismo predomina entre os ribeirinhos investigados. Porém, a religiosidade pela busca da proteção divina é um fruto do contexto social, geográfico, cultural em que eles estão inseridos e a espiritualidade tem uma influência na qualidade de vida deles. Esse fator é importante, conforme foi percebido, por se tornar mais um mecanismo para elucidar anseios e iniquidades em saúde dessas comunidades. Tal contexto vai ao encontro da crescente temática sobre espiritualidade, que tem alcançado nos congressos de Medicina. Adiciona-se a isto, a manutenção e fortalecimento da saúde física, mental e social proporcionada pela espiritualidade ao reduzir o estresse, ansiedade e depressão.

Em relação à educação, infere-se o agravamento, no período de pandemia, do acesso às escolas em função da ausência de estabelecimentos educacionais na comunidade e, fora dela, pela suspensão do transporte escolar. Esse contexto é intensificado pela inexistência, também, de acesso à internet que impede com que os alunos participem das aulas remotas. Esse contexto, agudiza a saúde mental das comunidades ribeirinhas, pois se veem desamparadas pelas autoridades competentes e assistem a agudização de suas dificuldades socioeconômicas, especialmente no acesso aos serviços de saúde.

Quanto aos aspectos relacionados ao saneamento básico nas comunidades, foi observado dificuldades de acesso o que leva a inferir diretamente nas condições de moradia dos ribeirinhos que são desfavoráveis. Contexto este, que impacta, sobremaneira, no desenvolvimento da comunidade e no adoecimento dos ribeirinhos.

Observou-se também durante a pesquisa as condições precárias das estradas (sem pavimentação) e dos transportes públicos que dificultam o acesso aos serviços da APS e que são fundamentais na prevenção e promoção à saúde em todo ciclo de vida. Advoga-se que esse contexto se agrava ao ressaltar que essas comunidades pertencem ao maior município do Oeste baiano, o que revelou o ciclo do descaso do poder público em sanar esse problema que não é de hoje, mas que tem se agravado com o tempo.

Finalmente, cabe destacar que os impactos da pandemia no caso específico das populações ribeirinhas, estas se veem desamparadas diante do agravamento de suas dificuldades socioeconômicas. A localização geográfica aumenta essas dificuldades, especialmente no acesso aos serviços de saúde. Além dessas questões, o isolamento, somado às perdas de familiares, amigos e vizinhos e à situação de fragilidade econômica, provocaram tristeza, angústia e ansiedade, além de sintomas relacionados à depressão e outras condições

associadas à saúde mental.

Esses dados levantados serão apresentados para a gestão municipal a fim de dar maior visibilidade a essas comunidades e que, à curto, médio e/ou longo prazo, colabore para pensar políticas públicas e sua implementação, nessas comunidades, de forma a promover melhorias para a sua população, enfatizando melhores condições de acessibilidade geográfica, acesso à saúde e educação. A articulação entre estratégias que promovam o acesso aos serviços de saúde pelos ribeirinhos, é fundamental para viabilizar a continuidade da assistência à saúde dessas populações.

Assim, durante a realização, desta pesquisa, verificou-se que novas investigações podem emergir através dos resultados apresentados, dos aspectos não aprofundados e em relação às comunidades ainda mais longínquas da sede do município e para que esses territórios sejam instrumentos de mais pesquisas que contemplem a identidade e necessidades das comunidades ribeirinhas.

Vale ressaltar que cada formação social expressa a emergência do caráter próprio de sua cultura, que não pode ser atribuível a nenhum determinismo geográfico ou social, que não é uma simples resposta adaptativa às condições do meio, mas que imprime a marca dos significados e modos de apropriação que cada comunidade constrói de forma sócio-histórica.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. do S. V. de *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da atenção básica em Pernambuco. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 182-194, out. 2014. ISSN versão on-line 2358-2898. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0182.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2020.
- ALMEIDA, A. W. B. de. **Terra de quilombo, terras indígenas, "babaçuais livre", "castanhais do povo", faixinais e fundos de pasto: terras tradicionalmente ocupadas**. 2. ed. Manaus: PGSCA-UFAM, 2008. ISBN 978-85-7401-402-9. Disponível em: http://www.ppgcspa.uema.br/wp-content/uploads/2017/07/Alfredo-Wagner-B-de-Almeida_Terras-Tradicionalmente-Ocupadas.pdf. Acesso em: 03 fev. 2020.
- ALMEIDA, A. W. B. de. Terras tradicionalmente ocupadas: processos de territorialização e movimentos sociais. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 09-32, mai. 2004. ISSN 2317-1529. DOI: 10.22296/2317-1529.2004v6n1p9. Disponível em: <https://rbeur.anpur.org.br/rbeur/article/view/102/86>. Acesso em: 03 fev. 2020.
- ALMEIDA, J. M. C. de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 1-6, nov. 2019. ISSN versão on-line 1678-4464. DOI: 10.1590/0102-311X00129519. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35n11/e00129519/>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- ALMEIDA, P. F. de. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 244-260, set. 2018. ISSN versão on-line 2358-2898. DOI: 10.1590/0103-11042018S116. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0244.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2020.
- ALMEIDA, R.; HAYASHI, C. R. M. Capacidade de organização social em enfrentamentos socioambientais. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 276-288, mai./ago. 2020. ISSN versão on-line 1982-0259. DOI: 10.1590/1982-02592020v23n2p276. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/1982-02592020v23n2p276/43644>. Acesso em: 20 jan. 2021.
- ARAÚJO JUNIOR, J. J. A luta dos ribeirinhos em meio a guerras na selva. *In*: VITORELLI, Edilson (org.). **Temas atuais do Ministério Público Federal**. 4. ed. Salvador: JusPODIVM, 2016.
- ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007. ISSN versão on-line 1678-4561. DOI: 10.1590/S1413-81232007000200022. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2020.
- ASSUNÇÃO, L. M. de; QUERINO, R. A.; RODRIGUES, L. R. A benzedura nos territórios da Estratégia Saúde da Família: percepções de trabalhadores, usuários e benzedores. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 762-773, jul./set. 2020. ISSN versão on-line 2358-2898. DOI: 10.1590/0103-1104202012613. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xCvw755JYqQjYvzghpdx9vC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 jun. 2021.

BEZERRA, D. R. dos S.; SILVA, A. P. S. da. Educação do Campo: apropriação pelas professoras de uma escola de assentamento. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 467-475, set./dez. 2018. ISSN versão on-line 2175-3539. DOI: 10.1590/2175-35392018032108. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/JR8FF86jYgCcny3RJJzLYfb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2021.

BITOUN, J. Impactos socioambientais e desigualdade social: vivências diferenciadas frente à mediocridade das condições de infra-estrutura da cidade brasileira: o exemplo do Recife. In: MENDONÇA, F (org.). **Impactos socioambientais urbanos**. Curitiba: Editora da UFPR, 2006.

BRAGA, P. G. S. Direitos humanos na perspectiva dos povos tradicionais. **Dignidade Revista**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 11, jun. 2016. ISSN versão on-line 2525-698X. Disponível em: <http://periodicos.puc-rio.br/index.php/dignidaderevista/article/view/213/226>. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília: CONASS, 2015. 127p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 130, n. 128, p. 8713, 7 jul. 1992.

BRASIL. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Instituiu a política nacional de desenvolvimento sustentável dos povos e comunidades tradicionais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 144, n. 28, p. 316, 8 fev. 2007.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 153, n. 241, p. 2, 16 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 151, n. 117, p. 8-11, 23 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: MS, 2013. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília: MS, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. 1. ed. Brasília: MS, 2015. Disponível em: http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf. Acesso em: 31 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília: MS, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf. Acesso em: 25 jan. 2020.

BRASIL. 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 União**: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 183, p. 68, 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. ISSN versão on-line 1809-4481. DOI: 10.1590/S0103-73312007000100006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2021.

CARDOSO, E. S. **Viver entre margens: a persistência na paisagem e no lugar dos beiradeiros do rio de Ondas – Barreiras – Bahia**. 2012. Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Estudos Socioambientais, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2012. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/2747/1/TESE%20-%20EVANILDO%202012%20-%20pre%20textual.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, p. 676-689, jul./set. 2017. ISSN versão on-line 1984-0470. DOI: 10.1590/S0104-12902017170304. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PyjhWH9gBP96Wqsr9M5TxJs/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 10 abr. 2021.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTRO, A. de A. *et al.* **Manual de saneamento e proteção ambiental para os municípios: saneamento - volume 2**. Belo Horizonte: Escola de Engenharia da UFMG, 1995.

CECCIM, R. B. Réplique. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 175-177, set. 2004/fev. 2005. ISSN versão on-line 1444-3283. Disponível em: <https://interface.org.br/wp-content/uploads/2015/01/v-9-n-16-set-2004-fev-2005.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2019.

CHAVES, K. A.; MONZONI, M.; ARTUSO, L. F. UHE Belo Monte: reassentamentos rurais, participação social e direito à moradia adequada. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 1-27, mai./ago. 2019. ISSN versão on-line 2317-6172. DOI: 10.1590/2317-6172201913. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/mJ9vvjKkxMqgrc4qvgqKqBg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2021.

CHAVES, M. P. S. R. **Uma experiência de pesquisa-ação para gestão comunitária de tecnologias apropriadas na Amazônia**: o estudo de caso do assentamento de reforma agrária Iporá. 2001. Tese (Doutorado em Política Científica e Tecnológica) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/287073/1/Chaves_MariadoPerpetuoSo corroRodrigues_D.pdf. Acesso em: 20 fev. 2020.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008. ISSN versão on-line 1678-4464. DOI: 10.1590/S0102-311X2008001300002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3gfC4HQzBnfprcdP8793hJf/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 05 dez. 2019.

COSTA NETO, M. C. da; DIMENSTEIN, M. Cuidado psicossocial em saúde mental em contextos rurais. **Trends in Psychology**, v. 25, n. 4, p. 1653-1664, out./dez. 2017. ISSN 1413-389X. DOI: 10.9788/TP2017.4-09Pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tpsy/a/b6frs5jpVCH9sZzKfjFsS7S/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 2021.

COSTA, D. A. da S. *et al.* Indicadores dos atributos físicos e sociais da vizinhança obtidos pelo método de Observação Social Sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, p. 1-18, ago. 2017. ISSN versão on-line 1678-4464. DOI: 10.1590/0102-311X00026316. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7L5JchdYcv6Q7HCLDp58qqL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 abr. 2021.

COSTA, M. da G.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. Estratégias de cuidado e suporte em saúde mental entre mulheres assentadas. **Revista Colombiana de Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 13-28, jan./jun. 2015. ISSN 0121-5469. DOI: 10.15446/rcp.v.24n1.41968. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/41968/511118> Acesso em: 22 mar. 2021.

CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. O Conceito de Espaço em Epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 595-617, jul./set. 2000. ISSN versão on-line 1678-4464. DOI: 10.1590/S0102-311X2000000300002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nWtDN3D3rTd87bHnwX55fSK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Iniquidades Sociais e Saúde Mental no Meio Rural. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 22, n. 3, p. 541-553, set./dez. 2017.

ISSN versão on-line 2175-3563. DOI: 10.1590/1413-82712017220313. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/S6v4tkB4rQQ4JmLCzgyPsKN/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 2021.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administrativos**: specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

DRUZIAN, F.; MEURER, A. C. Escola do campo multisseriada: experiência docente. **Geografia Ensino & Pesquisa**, Santa Maria, v. 17, n. 2, p. 129-146, mai./ago. 2013. ISSN versão on-line 2236-4994. DOI: 10.5902/2236499410777. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/geografia/article/view/10777/pdf>. Acesso em: 19 jun. 2021.

ELIAS, N.; SCOTSON, J. L. **Os Estabelecidos e os outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Ra'e Ga**, Curitiba, v. 17, p. 31-41, 2009. ISSN versão on-line 2177-2738. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/raega/article/view/11995/10663>. Acesso em: 15 fev. 2020.

FERNANDES, E. M.; ORRICO, H. F. **Acessibilidade e inclusão social**. Rio de Janeiro: Descubra, 2008.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. de; SHIMIZU, H. E.; RAMALHO, W. M. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 288-301, abr./jun. 2020. ISSN versão on-line 2358-291X. DOI: 10.1590/1414-462X202000020288. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/PbCQmjwY5YBRHKDdytKtDCx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 mar. 2021.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa quantitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 59. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2019.

FRENK, J. Concept and measurement of accessibility. **Salud Publica Mex**, Cuernavaca, v. 27, n. 5, p. 438-453, 1985. ISSN 1606-7916. Disponível em: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>. Acesso em: 15 mar. 2021.

GERONE JUNIOR, A. *et al.* A religiosidade em comunidades ribeirinhas da Amazônia: vivência da espiritualidade a partir de saberes e cultura popular em relação com movimentos e organizações sociais. **Terceira Margem: Amazônia**, Manaus, v. 2, n. 6, p. 15-40, jan./jul. 2017. ISSN versão on-line 2525-4812. DOI: 10.36882/2525-4812.2017v2i6p%25p. Disponível em: <http://www.revistaterceiramargem.com/index.php/terceiramargem/article/view/99/77>. Acesso em: 10 jul. 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, jun. 2009. ISSN versão on-line 1678-4561. DOI: 10.1590/S1413-

81232009000300014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014. Acesso em: 10 fev. 2020.

GONDIM, G. M. de M. *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. *et al.* **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

GOULART, B. D. **Estudo de um grupo de liderança comunitária**: abordagem sociométrica. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006. Disponível em: <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/361/1/Benedito%20Donizete.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2021.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, Á. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 88-94, 2007. ISSN versão on-line 1806-938X. DOI:10.1590/S0101-60832007000700012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/HCC9kdndvxXFjdXZtfdGyP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 jun. 2021.

HARRIS, M. **Life on the Amazon**: the anthropology of a Brazilian Peasant Village. Oxford: British Academy; New York: Oxford University Press, 2000.

IBGE. Cidades e Estados – Barreiras. **IBGE**, Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/barreiras.html>. Acesso em: 10 ago. 2021.

KADRI, M. R. *et al.* Unidade básica de saúde fluvial: um novo modelo da atenção básica para a Amazônia, Brasil. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 23, p. 1-14, 2019. ISSN versão on-line 1807-5762. DOI: 10.1590/interface.180613. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e180613.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2019.

KANT, I. **Sobre a pedagogia**. 2. ed. Piracicaba: Editora Unimep, 1999.

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 52-66, set. 2018. ISSN versão on-line 2358-2898. DOI: 10.1590/0103-11042018S104. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/52-66/pt>. Acesso em: 10 fev. 2020.

LIRA, T. de M.; CHAVES, M. do P. S. R. Comunidades ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. **Interações**, Campo Grande, v. 17, p. 66-76, jan./mar. 2016. DOI: 10.20435/1518-70122016107. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/MXbhGK5VDQbX4bMQzRYDRLN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

LOBÃO, M. Amazônia rural brasileira: aspectos sociodemográficos. **GOT: Revista de Geografia e Ordenamento do Território**, n. 17, p. 123-150, 2019. ISSN versão on-line 2182-1267. DOI:10.17127/got/2019.17.006. Disponível em: <http://cegot.org/ojs/index.php/GOT/article/view/2019.17.006/pdf>. Acesso em: 26 abr. 2021.

LOBATO, L. de V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 89-120.

MAFRA, T. V. Desterritorialização e resistência em uma comunidade de pescadores no litoral do Paraná: a presença de uma liderança mulher na luta pelo território pesqueiro. **Guaju**, Matinhos, v. 5, n. 1, p. 166-189, jan./jun. 2019. ISSN versão on-line 2447-4096. DOI: 10.5380/guaju. v5i1.66204. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/guaju/article/view/66204/39245>. Acesso em: 05 jul. 2021.

MENDES, L. S. A. *et al.* Inserção ecológica no contexto de uma comunidade ribeirinha amazônica. **Interam. j. psychol**, Porto Alegre, v. 42, n. 1, p. 1-10, 2008. ISSN 0034-9690. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v42n1/v42n1a01.pdf>. Acesso em 20 jan. 2020.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, jun. 2005. ISSN versão on-line 1678-4464. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000300024. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2020.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 9, n. 2, p. 191-211, out. 2003. DOI: 10.1590/S1516-73132003000200004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/SJKF5m97DHykhL5pM5tXzdj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 ago. 2021.

NASCIMENTO, R. G. do. *et al.* Housing conditions and the degree of home satisfaction of elderly riverside residents of the Amazon region. **Psico-USF**, Campinas, v. 22, n. 3, p. 389-399, set./dez. 2017. ISSN versão on-line 2175-3563. DOI: 10.1590/1413-82712017220301. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psuf/a/FGMgXyTmfQLwj9vJyf6HwqB/?lang=en&format=html>. Acesso em: 10 abr. 2021.

NEVES, R. T. N. de A. **Mapeamento do território coberto pela USF Adelmo Alves Terto no município de São José do Belmonte-PE**. 2011. Monografia (Especialização de Sistema e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/28535/1/370.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2019.

NODA, S. do N. *et al.* Utilização e apropriação das terras por agricultura familiar Amazonense de várzeas. In: DIEGUES, A. C.; MOREIRA, A. de C. C. (org.). **Espaços e recursos naturais de uso comum**. São Paulo: NUPAUB-USP, 2001. p.181-204. Disponível em: http://nupaub.fflch.usp.br/sites/nupaub.fflch.usp.br/files/color/Espacos_UsoComum.pdf. Acesso em: 10 fev. 2020.

NUNES, J. A. *et al.* O controlo social e a experiência dos Conselhos de Saúde: inovações institucionais na governação em saúde. **Alicerces**, Lisboa, v. 3, n. 3, p. 107-118, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/644/1/O%20controlo%20social%20e%20a%20ex>

peri%C3%Aancia%20dos%20conselhos%20de%20sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 05 jul. 2021.

OLIVEIRA, K. C. S.; COSTA NETO, E. M.; GURGEL-GONÇALVES, R. Distribuição geográfica de *Triatoma* spp. (Hemiptera, Reduviidae) nas ecorregiões do estado da Bahia. In: SEABRA, G.; MENDONÇA, I. (org.). **Educação ambiental: Responsabilidade para a conservação da sociobiodiversidade**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011. p. 93-99.

OLIVEIRA, L. T.; VILLAR, P. C. Análise de agrotóxicos na região oeste da Bahia e breve reflexão sobre a mobilidade de resíduos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ÁGUAS SUBTERRÂNEAS, 18., 2014, Belo Horizonte. **Anais [...]**. São Paulo: ABAS, 2014. p. 1-17. Disponível em: <https://aguassubterraneas.abas.org/asubterraneas/article/view/28367/18467>. Acesso em: 26 abr. 2021.

ORTIZ, C. E. do V.; AMARAL, N. F. G. do. Ribeirinhos e Covid-19: A saudade do Rio e a tristeza na feira em tempos de pandemia. **Revista SURES**, Foz do Iguaçu, n. 15, dez. 2020, p. 63-74. ISSN versão on-line 2317-2738. Disponível em: <https://issuu.com/suresrevista.unila/docs/complete>. Acesso em: 28 mar. 2021.

PAULA, C. E. A.; SILVA, A. P. da.; BITTAR, C. M. L. Vulnerabilidade legislativa de grupos minoritários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 3841-3848, dez. 2017. ISSN versão on-line 1678-4561. DOI: 10.1590/1413-812320172212.24842017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017021203841&script=sci_arttext&tlng=en9. Acesso em: 23 abr. 2021.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 302-314, set. 2018. ISSN versão on-line 2358-2898. DOI: 10.1590/0103-11042018S120. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/302-314/>. Acesso em: 15 mar. 2021.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do programa à estratégia saúde da família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, jun. 2018. ISSN versão on-line 1678-4561. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05592018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2020.

PIZZINATO, A. *et al.* Juventude feminina do meio rural: sentidos sobre educação e perspectivas sobre futuro. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 41-51, jan./abr. 2017. ISSN versão on-line 2175-3539. DOI: 10.1590/2175-3539201702111066. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/3D8WTjypTgnzNLfTf56BwyL/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 jun. 2021.

QUEIROZ, T. A. N. de. Espaço geográfico, território usado e lugar: ensaio sobre o pensamento de Milton Santos. **Para Onde!?**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 154-161, ago./dez. 2014. ISSN versão on-line 1982-0003. DOI: 10.22456/1982-0003.61589. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/paraonde/article/viewFile/61589/36420>. Acesso em: 15 fev. 2020.

RAMOS, J. S. Panorama da Doença de Chagas na Bahia, Brasil (2015-2019). In: SOUSA, I. C. (org.). **Ciências da Saúde no Brasil: impasses e desafios**, 7. Ponta Grossa: Atena Editora, 2020. p. 55-60. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-ebook/3531>. Acesso em: 26 abr. 2021.

RODRIGUES, J. C.; RODRIGUES, J. C. Condições de desigualdades e vulnerabilidades socioespaciais em cidades da Amazônia paraense: elementos promovedores da expansão e dispersão da Covid-19? **Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, edição especial, p. 132-142, jun. 2020. ISSN versão on-line 1980-1726. DOI: 10.14393/Hygeia0054603. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54603/29151>. Acesso em: 23 mar. 2021.

ROLNIK, R. **Como atuar em projetos que envolvem despejos e remoções**. São Paulo: Relatoria Especial da ONU, 2010. Disponível em: https://urbanismo.mppr.mp.br/arquivos/File/guia_remocoes_rev20111.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

ROMEIRO, D. L. *et al.* **Transporte público e a Covid-19: o abandono do setor durante a pandemia**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2021. Disponível em: <https://ceri.fgv.br/publicacoes/transporte-publico-e-covid-19-o-abandono-do-setor-durante-pandemia>. Acesso em: 01 nov. 2021.

RÜCKERT, B.; CUNHA, D. M.; MODENA, C. M. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 903-914, abr. 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0449. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.nahead/10.1590/1807-57622017.0449/pt/>. Acesso em: 15 abr. 2021.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010/fev. 2011. ISSN versão on-line 1981-7746. DOI: 10.1590/S1981-77462010000300003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/H5BtBJTGvQZgSXXkVNrTKphp/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

SANTOS, F. P.; MARQUES, A. C. O.; SOUZA, L. B. Novos tempos e espaços no Brasil Central: reflexões sobre a expansão da agricultura e suas implicações geográficas no Oeste Baiano e arredores. **Brazilian Geographical Journal**, Ituiutaba, v. 5, n. 2, p. 415-439, jul./dez. 2014. ISSN versão on-line 2179-2321. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/braziliangeojournal/article/view/24969>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SANTOS, I. R. da S.; ALMEIDA, M. G. de. Território e lugar: considerações sobre o viver ribeirinho no pantanal setentrional. **Geosul**, Florianópolis, v. 33, n. 69, p. 189-209, dez. 2018. ISSN versão on-line 2177-5230. DOI: 10.5007/2177-5230.2018v33n69p189. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/geosul/article/view/2177-5230.2018v33n69p189/37949>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SANTOS, J. L. O.; LEITE, O. D.; VIEIRA, A. D. M. Avaliação do potencial de contaminação de águas subterrâneas por carbofuran em latossolos de áreas agricultáveis na região oeste da Bahia. *In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE RECURSOS HÍDRICOS*, 20., 2013. Bento Gonçalves. **Anais [...]**. Porto Alegre: ABRH, 2013. p. 1-8. Disponível em: <https://anais.abrhidro.org.br/job.php?Job=1191>. Acesso em: 26 abr. 2021.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo: razão e emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, M. Educação do Campo no Plano Nacional de Educação: tensões entre a garantia e a negação do direito à educação. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 98, p. 185-212, jan./mar. 2018. ISSN versão on-line 1809-4465. DOI: 10.1590/S0104-40362018002600965. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ensaio/a/QZR6mRFKcL7NLtLVr3DhQhb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia**. São Paulo: Hucitec, 1988.

SANTOS, M. O retorno do território. *In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. de A. de; SILVEIRA, M. L (org.). Território: globalização e fragmentação*. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 15-20.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica**. São Paulo: Hucitec, 1978.

SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 309-314, 2003. ISSN versão on-line 1678-4561. DOI: 10.1590/S1413-81232003000100024. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100024. Acesso em: 10 jan. 2020.

SAQUET, M. A.; SILVA, S. S. da. Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. **Geo Uerj**, Rio de Janeiro, ano 10, v. 2, n. 18, p. 24-42, jul./dez. 2008. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/geouerj/article/view/1389/1179>. Acesso em: 14 fev. 2020.

SCHEFFER, M. *et al.* (coord.). **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf. Acesso em: 10 jul. 2021.

SILVA, I. R. da. Modo de vida ribeirinho: construção da identidade amazônica. *In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS*, 8., 2017, São Luís. **Anais [...]**. São Luís: UFMA, 2017. não paginado. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo12/mododevidaribeirinhoconstrucao daidentidadeamazonica.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2020.

SILVEIRA, E. A. *et al.* Correlation between infection rate of triatomines and Chagas Disease in Southwest of Bahia, Brazil: a warning sign?. **Anais da Academia Brasileira de Ciências**, Rio de Janeiro, v. 88, supl. 3, p. 1941-1951, mar. 2016. ISSN versão on-line 0001-3765. DOI:

10.1590/0001-3765201620150744. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/aabc/a/cDdpH6nzWVVC9gjTPGB3fbb/?lang=en&format=pdf>.
Acesso em: 26 abr. 2021.

SOUSA, R. V. de. *et al.* Liderança comunitária: uma história de vida. *In: SILVA, M. C. de A. S. (org.). As ciências da vida frente ao contexto contemporâneo 3*. Ponta Grossa: Atena Editora, 2020. p. 106-112. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-ebook/2899>. Acesso em: 05 jul. 2021.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. ISSN versão on-line 1678-4464. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000800014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/?lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA. **Estatuto da LAMFAP**. Barreiras: UFOB, 2018.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **Physis: Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, dez. 1998. ISSN 0103-7331. DOI: 10.1590/S0103-73311998000200002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/8mXrz3TFbzTFPKzYXV5FRrz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 dez. 2019.

WHO. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization, 2017.

WHO. **Guidelines on sanitation and health**. Geneva: World Health Organization, 2018

ZAGO, N. Migração rural-urbana, juventude e ensino superior. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 64, p. 61-78, jan./mar. 2016. ISSN versão on-line 1809-449X. DOI: 10.1590/S1413-24782016216404. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/VpcSrFL4RSWkpqbKfzmDr6c/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

APÊNDICE A – ENTREVISTA PARA O LÍDER COMUNITÁRIO

Nome: _____
Idade: _____
Gênero: _____
Estado civil: _____
Escolaridade: _____

1) Líder comunitário

Qual a importância de um líder comunitário em sua comunidade?

- Quais são as atribuições do líder em sua comunidade?
- Como tem sido as reivindicações dos moradores para melhorias na comunidade?

2) Histórico da comunidade

Conte um pouco da história do povoado. Quando/como surgiu o povoado?

- As pessoas que moram aqui vieram de onde?
- Como e quando você e sua família vieram morar aqui?

3) Saúde

Como é composto o sistema de saúde local? Qual o serviço de saúde as pessoas mais utilizam na comunidade?

- Quais os principais recursos utilizados nos cuidados com a saúde? (medicamentos, consultas, exames, uso de plantas medicinais)
- Quais as principais doenças? (2)
- Quando algum morador adoece a quem vocês recorrem?
- Quais as principais causas de morte? (2)

4) Condições de moradia e saneamento

- Você considera que as condições de moradia das pessoas do povoado são satisfatórias?
- Existem áreas de risco na comunidade (exemplo, áreas com maior quantidade de mosquitos transmissores da dengue)?
- E as condições sanitárias? São satisfatórias?

5) Limitações geográficas

- As limitações geográficas constituem barreiras ao acesso aos serviços de saúde e à melhoria das condições de vida dos ribeirinhos?
- O acesso à zona urbana costuma ser limitado pelas condições financeiras e pela distância?

6) Condições de alimentação

- Como é constituída a alimentação dos moradores dessa região?
- Há cultivo de alimentos?
- Quais os principais produtos cultivados?
- Os produtos cultivados são comercializados?
- Vocês comercializam a pesca que não consomem na comunidade?

7) Trabalho e renda

- Quais as atividades laborais desenvolvidas na comunidade?
- Quais as atividades laborais desenvolvidas fora da comunidade?
- Os trabalhadores têm carteira assinada?
- O salário costuma ser suficiente para a manutenção da família?

8) Transporte

- Qual o meio de transporte mais usado pelos moradores?
- Existe transporte público coletivo? () sim () não
- Qual a sua opinião sobre o transporte público coletivo?

9) Educação

Existem escolas na comunidade? () sim () não.

- O que você pensa sobre a qualidade das escolas do povoado?
- Existem escolas fora da comunidade?
- Os moradores frequentam essas escolas?
- Os jovens estudam na comunidade?

10) Comunicação

Há energia elétrica em toda a comunidade? () sim () não.

- Existe acesso à internet nas comunidades? () sim () não.
- Quais os meios de comunicação mais utilizados?

11) Grupos comunitários/ Programas Sociais

- Você faz parte de algum programa social organizado por algum grupo comunitário?

12) Lazer

- Quais as principais atividades de lazer na comunidade? Como vocês se divertem?

13) Religião

- Existe igreja na comunidade?
- Quais as práticas religiosas existentes no povoado?
- As famílias se envolvem com atividades religiosas?

14) Segurança

- Você se sente seguro na sua comunidade?

15) Saúde Mental

- Como está a saúde psicológica com relação a Pandemia do Covid-19?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Universidade Federal do Oeste da Bahia

Pesquisador responsável: Inara Russoni de Lima Lago

Endereço: Rua Burtle Marx 1624, cidade: Luís Eduardo Magalhães, Estado: Bahia

Fone: (77) 998201220 - E-mail: inararussoni@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “A saúde em comunidades ribeirinhas: análise situacional e o acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde”, que tem como objetivo realizar análise situacional, em suas múltiplas dimensões - social, econômica, política, ecológica, cultural e sanitária – em quatro comunidades ribeirinhas no Vale do Rio de Ondas, na região Oeste da Bahia, no município de Barreiras, que vivem próximas à uma área que a Prefeitura pretende construir uma Unidade Básica de Saúde.

O motivo que nos leva a estudar procurar entender como se dá o acesso das comunidades aos serviços da Atenção Primária à Saúde no território, uma vez que nessas comunidades ribeirinhas não há postos de saúde e o atendimento é realizado por agentes comunitárias que percorrem as comunidades. Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: responder a uma entrevista baseado no Inventário sócio demográfico de Mendes e colaboradores (2008) sob responsabilidade da pesquisadora e antes de concordar em participar desta pesquisa é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste Termo. Você poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que será atendido pela Pesquisadora Responsável.

A Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em suas diretrizes e normas para pesquisa com seres humanos indica que: "V - Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados". Portanto, afirmamos que poderá haver riscos mínimos para os participantes, mesmo que na forma de desconforto, estresse ou vergonha que poderão ser gerados a partir da interação.

O motivo deste convite é que o (a) Sr. (a) se enquadra nos seguintes critérios de inclusão ser morador há mais de 5 anos na comunidade e ser maior de 18 anos.

O (A) Sr. (a) poderá deixar de participar da pesquisa nos casos em que forem observados os seguintes critérios de exclusão se recusar a participar da pesquisa e não ser morador há mais de 5 anos e ser menor de idade.

Para participar deste estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, mas será garantido, se necessário, o ressarcimento de suas despesas, e de seu acompanhante, como transporte e alimentação.

O (A) Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar, retirando seu consentimento ou interrompendo sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e privacidade, sendo que em caso de obtenção de fotografias, vídeos ou gravações de voz os materiais ficarão sob a propriedade do pesquisador responsável. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal do oeste da Bahia e a outra será fornecida a(o) Sr. (a).

Caso haja danos decorrentes dos riscos desta pesquisa, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelo ressarcimento e pela indenização.

Eu, _____, portador do CPF _____, nascido (a) em ____/____/_____, residente no endereço _____, na cidade de _____, Estado _____, podendo ser contatado (a) pelo número telefônico () _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “A saúde em comunidades ribeirinhas: análise situacional e o acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo que os materiais e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa poderão ser utilizados em atividades de natureza acadêmico-científica, desde que assegurada a preservação de minha identidade. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de

participar, se assim o desejar, de modo que declaro que concordo em participar desse estudo e recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CIDADE/ESTADO, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:
Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Oeste da Bahia
Rua Professor José Seabra de Lemos, 316 – Recanto dos Pássaros. CEP: 47.808-021. Barreiras,
Bahia.
Tel. 55(77) 3614-3508 / E-mail: cep@ufob.edu.br

ANEXO A – VISITAS ÀS COMUNIDADES INVESTIGADAS

Barreiras, 29 nov. 2020.



Barreiras, 29 nov. 2020.



Barreiras, 29 nov. 2020.



Barreiras, 29 nov. 2020.

ANEXO B – RIO DE ONDAS



ANEXO C – ESPAÇO PÚBLICO DE LAZER NO VAL DA BOA ESPERANÇA

ANEXO D – ESCOLA CAPITÃO MARCOLINO NO VAL DA BOA ESPERANÇA