



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM
INSTITUTO DE CIÊNCIAS EXATAS E TECNOLOGIA – ICET
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA
PARA RECURSOS AMAZÔNICOS - PPGCTRA



CAMILA LUCHIARI TAKAHASHI

CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE RIBEIRINHOS
DA FLORESTA NACIONAL DE PAU ROSA MAUÉS
AMAZONAS- BRASIL

ITACOATIARA - AM
2021

CAMILA LUCHIARI TAKAHASHI

**CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE RIBEIRINHOS DA FLORESTA
NACIONAL DE PAU ROSA MAUÉS AMAZONAS- BRASIL**

Dissertação apresentada no curso de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia para Recursos Amazônicos do Instituto de Ciências Exatas e Tecnologia da Universidade Federal do Amazonas. Linha de pesquisa: Agrobioenergia, análise e manejo de recursos amazônicos.

Orientadora: Profa. Dra. Marília Gabriela Gondim Rezende
Co-orientadora: Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves

ITACOATIARA - AM
2021

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

T136c Takahashi, Camila Luchiari
Condições de vida e saúde de ribeirinhos da Floresta Nacional de Pau Rosa, Maués Amazonas-Brasil / Camila Luchiari Takahashi . 2021
101 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Marília Gabriela Gondim Rezende
Coorientadora: Lucieli Dias Pedreschi Chaves
Dissertação (Mestrado em Ciência e Tecnologia para Recursos Amazônicos) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Condições de saúde. 2. Ribeirinhos. 3. Comunidades. 4. Amazônia. 5. Floresta Nacional. I. Rezende, Marília Gabriela Gondim. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM
INSTITUTO DE CIÊNCIAS EXATAS E TECNOLOGIA – ICET
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA
PARA RECURSOS AMAZÔNICOS - PPGCTRA



CAMILA LUCHIARI TAKAHASHI

CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE RIBEIRINHOS
DA FLORESTA NACIONAL DE PAU ROSA MAUÉS
AMAZONAS- BRASIL

ITACOATIARA - AM
2021

CAMILA LUCHIARI TAKAHASHI

**CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE RIBEIRINHOS DA FLORESTA
NACIONAL DE PAU ROSA MAUÉS AMAZONAS- BRASIL**

Dissertação apresentada no curso de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia para Recursos Amazônicos do Instituto de Ciências Exatas e Tecnologia da Universidade Federal do Amazonas. Linha de pesquisa: Agrobioenergia, análise e manejo de recursos amazônicos.

Orientadora: Profa. Dra. Marília Gabriela Gondim Rezende
Co-orientadora: Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves

ITACOATIARA - AM
2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, autor da vida, fonte de sabedoria, meu guia. Agradeço pela sabedoria, ânimo, coragem e bênçãos para conseguir alcançar este objetivo tão almejado.

Registro meus agradecimentos a minha orientadora Professora Doutora Marília Gabriela Gondim Rezende, pela riqueza das suas orientações, pela oportunidade concedida, mais sobretudo, pela paciência, escuta solidária, apoio e amizade.

À minha co-orientadora Professora Doutora Lucieli Dias Pedreschi Chaves, que com seus ensinamentos e incentivo me deu a confiança necessária para trilhar este caminho. Com sua seriedade profissional valiosa, me conduziu no caminho certo, em especial nos momentos difíceis, muito obrigada pela oportunidade.

Ao professor Santiago Linorio Ferreyra Ramos, por ter feito parte desde trabalho.

A minha família, meus pais Edna e Antônio, meu irmão Victor que mesmo na distância me apoiaram, incentivaram e compreenderam minha ausência física. E sempre, nos momentos mais difíceis, eles estavam me apoiando.

Em especial ao meu esposo Erico, meu companheiro desde o início dessa jornada, obrigada pela força, por aturar minhas inconstâncias, inquietações, intensidade e exageros com tanta sabedoria e paciência. Soube me incentivar quando já não tinha forças, me fez acreditar que tudo daria certo. O melhor amigo e parceiro de vida. Esta é uma das muitas conquistas que tenho ao seu lado. Te amo!

Agradeço ao ICMBio pelo apoio logístico na coleta de dados, em especial a analista ambiental Jacqueline Martins Gomes, pela oportunidade de conhecer a Floresta Nacional do Pau Rosa, por todas as conversas iniciais sobre a Flona, por me ouvir e ajudar no que foi preciso para sanar dúvidas que surgiram. Obrigada pelas conversas e risadas durante a madrugada, nas expedições de coleta de dados. Meu muito obrigada do fundo do coração pelo acolhimento, paciência e por me permitirem realizar este trabalho.

*Ao colega **Vitor Ferreira**, pelo apoio logístico em campo e por várias explicações a respeito da Flona.*

*Aos amigos **Rayanna e Sidney** pela ajuda na coleta de dados.*

*Ao amigo **Ítalo Mamoud Michiles**, pela companhia durante as entrevistas, e pela disponibilidade em ajudar sempre.*

*Aos colegas de turma de mestrado do **PPGCTRA**, pela convivência prazerosa e pelos momentos de aprendizagem solidária.*

*A **Mariana** pela ajuda na realização das entrevistas e companhia durante as expedições.*

*A **minha amiga Samantha**, por compartilhar os perrengues de ser pós-graduando, das risadas, dos encontros nos finais de semana para aliviar a tensão.*

*Ao Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia Para Recursos Amazônicos- **PPGCTRA /UFAM** e seu corpo técnico e docente.*

*A Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas **FAPEAM** pela bolsa concedida.*

*E por fim, agradeço aos **ribeirinhos da Floresta Nacional do Pau Rosa** por me oportunizarem conhecer seus valores e cultura e por colaborarem na coleta de dados e por me permitirem conhecer mais um pouco sobre eles. Que esta pesquisa seja uma singela contribuição às pessoas que abrem seus territórios de vida para pesquisadores.*

Muito obrigada!

RESUMO:

O objetivo deste trabalho foi descrever as condições de vida e saúde de ribeirinhos residentes nas comunidades da Floresta Nacional de Pau Rosa. Trata-se de um estudo transversal conduzido com ribeirinhos residentes na Floresta Nacional de Pau Rosa, município de Maués, no período entre setembro e dezembro de 2019. Participaram do estudo 123 sujeitos adultos de ambos os sexos. A análise dos dados foi feita utilizando a estatística descritiva. Os resultados indicaram que a maioria dos entrevistados é do sexo feminino (73,17%), com até 4 anos de estudos (59,3%), a renda familiar mensal é menor que um salário mínimo (56,9%). A agricultura e pesca representaram as atividades ocupacionais predominantes entre os ribeirinhos. As comunidades apresentam carências em relação a abastecimento de água potável e de destino adequado para os esgotos domésticos predominando o uso das fossas rudimentares. Dentre os problemas de saúde auto relatados destacaram-se anemia (68,2%), infecção urinária (36,6%) hipertensão (34,9%), reumatismo (18,7%) diabetes (12,2%). A dieta é caracterizada por dois alimentos principais o peixe e a farinha de mandioca. Os principais recursos utilizados nos cuidados com a saúde foram medicamentos caseiros, devido às dificuldades em conseguir atendimento de saúde. Os transportes utilizados para chegar até os serviços de saúde são o barco recreio 52%, a rabeta 41,5% e a lancha 6,5%. O tempo de viagem depende do tipo de embarcação e da potência do motor, em média os ribeirinhos da Flona levam mais de 6 horas e percorrem 100 km para chegar até a sede do município de Maués. As pessoas mais procuradas pelos ribeirinhos em caso de doença são as benzedeiças 38,5%, os Agentes Comunitários de Saúde 35,5%, e os médicos 17%. Entre os entrevistados 71% referiram ter se consultado com médico nos últimos 12 meses, e 44% foram ao dentista nos últimos 3 anos. Os ribeirinhos navegam em média 100 km e demoram cerca de 8,2 horas para acessar a zona urbana do município, o que representa dificuldade de acesso aos serviços de saúde. As limitações geográficas e econômicas constituem barreiras ao acesso aos serviços de saúde e à melhoria das condições de vida dos ribeirinhos podem limitar a aquisição de informações epidemiológicas dessas populações e causar impactos negativos para a qualidade de vida.

Palavras chaves: condições de saúde, ribeirinho, comunidade, Amazônia

ABSTRACT

This work aimed to describe the living and health conditions of riverside dwellers in the communities of the Pau Rosa National Forest. This is a cross-sectional study conducted with riverside dwellers living in the Pau Rosa National Forest, municipality of Maués, from September to December 2019. 123 adult citizens of both sexes attended the study. Data analysis was performed using descriptive statistics. The results indicated that most interviewed people were female (73.17%), with up to 4 years of schooling (59.3%), the monthly family income is less than the minimum wage (56.9%). Agriculture and fishing represented the predominant occupational activities among riverside dwellers. The communities have shortages concerning drinking water supply and an adequate destination for domestic sewage, with the predominant use of rudimentary septic tanks. Among the self-reported health problems, anemia (68.2%), urinary tract infection (36.6%), hypertension (34.9%), rheumatism (18.7%), and diabetes (12.2%) stood out. The diet is characterized by two main foods, fish and cassava flour. The main resources used in health care were homemade medicines, due to the difficulties in getting health services. The transport used to reach the health services is the recreational boat 52%, the stern boat 41.5%, and the speedboat 6.5%. The journey time depends on the type of vessel and the power of the engine, on average the riverside inhabitants of Flona take more than 6 hours and cover 100 km to reach the municipality of Maués seat. The health professionals most sought-after by riverside dwellers in case of illness are healers 38.5%, Community Health Agents 35.5%, and doctors 17%. Among those interviewed, 71% reported having consulted a doctor in the last 12 months, and 44% went to the dentist in the last 3 years. Riverside dwellers navigate an average of 100 km and take about 8.2 hours to access the city's urban area, which represents difficulty in accessing health services. Geographical limitations that constitute barriers to accessing health services and improving the living conditions of riverside dwellers can limit the acquisition of epidemiological information on these populations and cause negative impacts on their life quality.

Keywords: health conditions, riverside dwellers, community, Amazon

LISTA DE FIGURAS

Figura1: Localização da Floresta Nacional de Pau Rosa, AM,2020.....	23
Figura 2: Infraestrutura das comunidades: A- caixa de água; B e C- banheiro externo; D: pote de barro; E-acúmulo de lixo na margem do rio; F: parancha de madeira usada para lavar roupas; G; casas de madeiras; H- sala de atendimento na UBS Vila Nova.....	29
Figura3: A- centro social; B- artesanato em barro; C-produção de farinha; d-reunião com ribeirinhos; E e F- atividade de educação ambiental; G- Feira de produção IFAM; H- entrega de brinquedos no natal.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos domicílios das comunidades ribeirinhas da Floresta Nacional de Pau Rosa, Maués, AM, 2020	23
Tabela 2: Condições de acesso à zona urbana do município de Maués, AM, 2020.....	30
Tabela 3: Perfil socioeconômico dos ribeirinhos moradores das comunidades da Floresta Nacional de Pau Rosa, Maués, AM, 2020	31
Tabela 4: Prevalência de autopercepção do estado de saúde e variáveis sociodemográficas de ribeirinhos da Floresta Nacional de Pau Rosa, Maués, AM, 2020	43
Tabela 5: Prevalência de autopercepção do estado de saúde e variáveis relativas a saúde em ribeirinhos da Floresta Nacional de Pau Rosa, Maués, AM, 2020	44
Tabela 6: Frequência de alimentos consumidos pelos ribeirinhos da Floresta Nacional de Pau Rosa, Maués, AM, 2020	49
Tabela 7: Acesso aos serviços de saúde nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista, Maués, AM, 2020	70
Tabela 8: Acesso aos serviços de saúde bucal nas comunidades ribeirinhas da Floresta Nacional de Pau Rosa, Maués, AM, 2020	74
Tabela 9: Hábitos relacionados à automedicação em ribeirinhos da Floresta Nacional de Pau Rosa, Maués, AM, 2020	76
Tabela 10: Perfil de utilização de plantas medicinais entre os ribeirinhos da Floresta Nacional de Pau Rosa, Maués, AM, 2020	80
Tabela 11: Plantas medicinais e formas de uso relatadas por ribeirinhos das comunidades da Floresta Nacional de Pau Rosa, Maués, AM, 2020	81

LISTA DE QUADROS

Quadro1: Comunidades ribeirinhas da região da Floresta Nacional de Pau Rosa.....32

Quadro 2: Número de famílias na Floresta Nacional do Pau Rosa por comunidade cadastrada até novembro de 2013.....33

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CEOD	Índice: Cariados, extraídos por indicação e obturados
CEPOD	Índice: Cariados, perdidos, obturados
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DCNTS	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DAB	Departamento de Atenção Básica
FLONA	Floresta Nacional
FLONA PAU ROSA	Floresta Nacional de Pau Rosa
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESFR	Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha
ESFF	Estratégia de Saúde da Família Fluvial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMBIO	Instituto Chico Mendes de biodiversidade
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDF	Federação Internacional de Diabetes
ICET	Instituto de Ciências Exatas e Tecnologia
MMA	Ministério do Meio Ambiente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios
PNUMA	Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PCT	Povos e Comunidades Tradicionais
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das águas
PNPCT	Política Nacional dos Povos e Comunidades Tradicionais
PARFOR	Plano Nacional de Formação de Professores da Educação Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PMB	Programa Médicos Pelo Brasil
RESEX	Reserva Extrativista
RDS	Reserva de Desenvolvimento Sustentável
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial
UC	Unidade de Conservação

UFAM	Universidade Federal do Amazonas
SUS	Sistema Único de Saúde
SM	Salário Mínimo
SNUC	Sistema Nacional de Unidades de Conservação
SFB	Serviço Florestal Brasileiro
SISBIO	Sistema de autorização de coleta de material biológico e de pesquisas em Unidades de Conservação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Transição Epidemiológica

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	1
INTRODUÇÃO.....	2
OBJETIVOS.....	6
Objetivo geral.....	6
Objetivos específicos.....	6
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	6
Tipo de pesquisa:.....	6
Local da pesquisa:.....	7
A Floresta Nacional de Pau Rosa.....	7
A População de estudo.....	8
Procedimentos de Coleta de dados:.....	9
Desafios durante a coleta de dados.....	11
Procedimentos de análise dos dados.....	12
Procedimentos éticos.....	12
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	13
CAPÍTULO 1:.....	14
COMUNIDADES RIBEIRINHAS E SEUS HABITANTANTES.....	14
1.1 O contexto amazônico e a saúde das populações ribeirinhas.....	15
1.2 Florestas Nacionais e sua importância para as comunidades ribeirinhas.....	18
1.4 As comunidades ribeirinhas e a população da Flona de Pau Rosa.....	21
1.5. As condições de habitação:.....	22
1.6 Infraestrutura de telecomunicações:.....	27
1.7 Considerações Finais.....	34
1.8 Referências Bibliográficas.....	34
CAPÍTULO 2:.....	40
AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E O MODO DE VIDA DOS RIBEIRINHOS.....	40
2.1 Autopercepção de saúde dos ribeirinhos:.....	41
2.2 Hábitos alimentares da população ribeirinha:.....	47
2.3 Considerações Finais.....	52
2.4 Referências Bibliográficas.....	53
CAPÍTULO 3:.....	58
ACESSO DOS RIBEIRINHOS DA FLONA DE PAU ROSA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	58

3.1 Atenção Básica à Saúde na Amazônia:.....	59
3.2 Abordagens relativas ao território:	62
3.3 As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF)	63
3.4 O Acesso aos serviços de saúde:	65
3.5 A Saúde bucal dos ribeirinhos:	73
3.6 Prática da automedicação:.....	75
3.7 Conhecimento tradicional das plantas medicinais:.....	78
3.8 Considerações Finais	83
3.9 Referências Bibliográficas	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO.....	89
Apêndice A:.....	90
Apêndice B:	96
Anexo A:	100
Anexo B:.....	101

1 APRESENTAÇÃO

2 Minha trajetória acadêmica iniciou-se com a graduação em enfermagem, em 2004
3 no Centro Universitário Barão de Mauá- Ribeirão Preto- SP. Ao longo da graduação
4 desenvolvi interesse na área de Saúde Pública, tendo realizado alguns estágios na área.
5 Em 2010, realizei um curso de Pós-Graduação *lato sensu* - Especialização em Saúde
6 Pública, com ênfase em Saúde da Família.

7 Em 2011 cheguei ao estado do Amazonas, e no município de Itacoatiara que
8 iniciei a experiência na docência na área de enfermagem, atuando principalmente nos
9 cursos de técnico de enfermagem.

10 Durante o período de 2014 a 2016, atuei como professora temporária na
11 Universidade Federal do Amazonas no Instituto de Ciências Exatas e Tecnologia (ICET),
12 ministrando disciplinas para os Cursos de Farmácia, Engenharia Sanitária e Licenciatura
13 em Biologia e Química.

14 Posso dizer que os conhecimentos e as experiências profissionais que tive
15 anteriormente foram de grande valia. A busca constante por conhecimentos e capacitação
16 profissional me fez procurar novas oportunidades. A inserção em um curso de Pós-
17 Graduação *strictu sensu*, em nível Mestrado, foi desafiador, tem trazido aprendizagem
18 expressiva e motivadora, para continuar os estudos e capacitação, principalmente, buscar
19 compreender o objeto do meu estudo e a dinâmica que envolve a saúde das populações
20 ribeirinhas.

21 Esta dissertação foi dividida em três capítulos. Inicialmente é apresentada uma
22 introdução geral, justificativa, os objetivos e os métodos. Em sequência, seguem os três
23 capítulos, a escolha desse formato de apresentação foi feita visando tornar a leitura mais
24 clara e objetiva pela divisão dos tópicos abordados no presente trabalho.

25 Os dados que originaram a elaboração dos três capítulos são provenientes dos
26 mesmos formulários de coletas de informações, diferenciando para cada situação as
27 variáveis estudadas. Cada capítulo é composto de uma introdução, referencial teórico,
28 resultados e considerações finais.
29 O primeiro capítulo aborda a caracterização da infraestrutura das comunidades e das
30 habitações ribeirinhas e também o perfil sociodemográfico dos moradores. No segundo
31 capítulo o tema apresentado é sobre a autopercepção de saúde, hábitos de vida e
32 alimentação dos ribeirinhos da Flona de Pau Rosa. E o terceiro capítulo aborda as
33 questões relativas de acesso aos serviços de saúde.

34 INTRODUÇÃO

35

36 O Brasil possui uma área de 851 milhões de hectares, dividido geograficamente por
37 seis biomas: Amazônia, Cerrado, Mata Atlântica, Caatinga, Pampa e Pantanal. De todo
38 este território, 463 milhões de hectares são áreas de florestas naturais e plantadas, isto é,
39 54,4% de todo o território. Dessa correspondência, o bioma Amazônico abriga 71,36%
40 das florestas naturais existentes no país, o que torna o Brasil o segundo país no mundo
41 com maior cobertura florestal, ficando atrás apenas da Rússia (BRASIL, 2019).

42 O estado do Amazonas que faz parte do bioma Amazônia, apresenta uma densidade
43 demográfica de 2,2 habitantes por km², a segunda menor entre todos os estados brasileiros
44 (IBGE, 2010). Entretanto, apesar de centenas de pesquisas terem sido realizadas nos
45 ecossistemas Amazônicos durante o século XX, a importância desses ambientes para a
46 qualidade de vida da população brasileira, ainda está longe de ser totalmente
47 compreendida (SILVA, 2009).

48 Desde o período colonial até a atualidade, o Brasil passou por diferentes processos de
49 exploração de seus recursos naturais, afetando os diferentes biomas que fazem parte deste
50 país. Um dos pontos marcantes na história é o processo de desmatamento da Amazônia
51 Brasileira, que teve início nos anos 1960 (CAVIGLIA-HARRIS; SILLS, 2005) associado
52 à ocupação econômica promovida por incentivos governamentais e políticos, para logo
53 ser impulsionada, a partir do ano de 1990, pela pecuária, madeiras e pequenos
54 agricultores (EGLER et al., 2013).

55 Existem evidências científicas, conforme é abordado por BUSS (2000), que
56 mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações,
57 além da contribuição de muitos componentes da vida social para uma boa qualidade de
58 vida e para que se alcance um perfil elevado de saúde.

59 Em uma tentativa de análise da qualidade de vida de forma mais ampla, deixando de
60 lado o reducionismo biomédico, MYNAYO, HARTZ E BUSS (2000), abordam a
61 qualidade de vida como uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos
62 (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e também objetivos cujas
63 referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau
64 de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade.

65

66

67 Uma das leis que procura proteger o restante de floresta após os incentivos das
68 políticas públicas de desmatamento na década de 1960, é a Lei nº 9985, de 18 de julho
69 do ano 2000, que institui o Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza
70 (SNUC). Esta lei, no grupo de Unidades de Uso Sustentável (UC), define a categoria
71 Floresta Nacional (FLONA) como uma área com cobertura florestal de espécies
72 predominantemente nativas, com objetivo básico de uso múltiplo sustentável dos recursos
73 florestais e a pesquisa científica, com ênfase em métodos de exploração sustentável de
74 florestas nativa (BRASIL, 2002). O objetivo das UC de Uso Sustentável é a
75 compatibilização entre a conservação da natureza e a utilização dos recursos naturais.

76 Uma destas unidades de conservação localizada no bioma Amazônia é a Floresta
77 Nacional de “Pau Rosa”. Como em toda Floresta Nacional é permitida a permanência de
78 populações tradicionais que habitam a área, quando de sua criação, conforme determinar
79 o plano de manejo da unidade. A visitação pública é permitida, porém condicionada às
80 normas especificadas no plano de manejo. A pesquisa é permitida e incentivada,
81 sujeitando-se à prévia autorização do Instituto Chico Mendes de Conservação e
82 Biodiversidade (ICMBio). O Ministério do Meio Ambiente (MMA), por meio do
83 ICMBio, é responsável pela elaboração e implementação dos instrumentos de gestão
84 desta categoria de Unidade de Conservação (BRASIL, 2002).

85 As UC possuem papel importante para a região Amazônica, não apenas como
86 subsídio para conservar as suas extensas áreas de floresta, mas também para conciliação
87 de práticas sustentáveis que visem à geração de renda às populações inseridas nesses
88 espaços. As populações classificadas como tradicionais são assim descritas por
89 preservarem hábitos e costumes fundamentais para sua sobrevivência, como os saberes
90 em relação à natureza (JÚNIOR et al., 2013). Além disso, possuem hábitos culturais
91 transmitidos de geração em geração (DE MELO LIRA; CHAVES, 2016).

92 As sociedades tradicionais são definidas como grupos culturalmente diferenciados
93 que se reconhecem como tais, possuem formas próprias de organização social, ocupam e
94 usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social,
95 religiosa, ancestral e econômica. Nessas sociedades, o campo é considerado um lugar de
96 sociabilidade, trabalho, moradia, educação, lazer, identidade, espaço de construção de
97 novas possibilidades de reprodução social e de desenvolvimento emancipador
98 (ALMEIDA, 2007).

99 Os “ribeirinhos” ou “caboclos ribeirinhos” representam uma mistura de diferentes
100 grupos sociais (indígena, nordestinos e migrantes de outras regiões), que vivem às

101 margens de rios e lagos da região amazônica. A vida às margens dos rios impõe limitações
102 de ordem multidimensional (econômica, cultura, social e sanitária). Os ribeirinhos são
103 dependentes do rio para sua sobrevivência, local onde adquirem sua principal fonte de
104 alimento (pescado), é via de transporte e/ou base para moradia (casas flutuantes). Nas
105 margens, em meio a grande dispersão geográfica do Amazonas, constituem-se
106 comunidades, geralmente, com algum laço familiar (FRAXE, 2007).

107 Muitas dessas comunidades ribeirinhas vivem em relativo isolamento e exclusão
108 social, situações que associadas ao alto índice de analfabetismo podem configurar na
109 pouca ou nenhuma influência política bem como na dificuldade de organização social,
110 vindo a refletir negativamente sobre aspectos econômicos, sociais e de saúde (SCHERER,
111 2005; SILVA et al., 2010).

112 O ribeirinho enfrenta inúmeros problemas de saúde. A má condição sanitária e a má
113 alimentação têm refletido na alta prevalência de doenças intestinais em adultos e crianças.
114 As doenças infecto-parasitárias têm um papel relevante para a saúde pública, sobretudo
115 nas regiões tropicais e subtropicais. Os agravos relacionam-se, sobretudo, às precárias
116 condições socioeconômicas associadas ao baixo nível de escolaridade e ao conhecimento
117 das condições higiênicas e sanitárias da população (NEVES, 2005).

118 Nas áreas ribeirinhas o acesso à assistência médica é raro. Quando necessitam de
119 assistência médica são obrigados a deslocarem-se aos postos de saúde do município mais
120 próximo em longas viagens nos barcos ou canoas. Quando não conseguem viajar para as
121 cidades vizinhas utilizam a empiria e seus múltiplos usos acerca das plantas designadas
122 como de uso medicinal (SILVA, 2006).

123 Os problemas de saúde ambiental da América Latina e Caribe estão dominados tanto
124 por necessidades não atendidas, enquanto saneamento ambiental tradicional, como por
125 necessidades crescentes de proteção ambiental, que têm se tornado mais graves devido à
126 urbanização intensiva em um entorno caracterizado por um desenvolvimento econômico
127 lento (OPAS, 2014).

128 O incipiente campo da saúde ambiental está levando a revalorizar as práticas
129 preventivas e curativas tradicionais, em face da medicina moderna (LEFF, 2011). O
130 importante debate sobre a Amazônia e os modelos de desenvolvimento econômico e seus
131 custos ambientais não podem estar dissociados das discussões e análises das condições
132 de vida da população, que vivem cotidianamente com a sobreposição de riscos ambientais
133 e de saúde.

134 Embora a Constituição Federal de 1988 garanta o direito de acesso universal e
135 igualitário a saúde a todos os brasileiros, há evidências de que o acesso venha sendo um
136 desafio para os usuários do Sistema Único de Saúde (DO BRASIL, 1988). A avaliação
137 do acesso à saúde para as populações residentes na zona rural, em geral, é de que esse
138 acesso é pior do que para as residentes na zona urbana. Fatores como distância, falta de
139 profissionais, tamanho do território e população são apontados como limitantes para um
140 bom nível de acesso aos serviços de saúde (MEDINA; HARTZ, 2009).

141 As populações ribeirinhas que vivem perto ou dentro de áreas protegidas das florestas
142 nacionais, parques nacionais, áreas de proteção ambiental, dentre outras, em geral,
143 apresentam situação crítica, principalmente em relação a saúde, por seu isolamento, que
144 fica agravado pelo pouco acesso aos bens e serviços oferecidos pelo Estado como em
145 outras áreas (SILVA, 2008). Creado et al., (2008), esclarecem que, em relação ao
146 atendimento aos direitos territoriais e especificamente às necessidades básicas de saúde
147 das populações residentes em áreas protegidas, as legislações e os programas sociais dos
148 índios e dos quilombolas são mais estruturadas, que quando comparadas com ribeirinhos.

149 Conservar as florestas da Amazônia é também essencial para assegurar
150 oportunidades de melhoria de vida para as populações indígenas, tradicionais e ribeirinhas
151 da região, que dependem da subsistência e detêm rico conhecimento etno-ecológico sobre
152 a floresta, portanto, deve ser um componente estratégico para a redução da pobreza e a
153 melhoria da sua qualidade de vida incluindo as condições de saúde (VIANA, 2008).

154 Com base na problemática das condições precárias de saúde supracitadas, o presente
155 estudo tem como relevância acadêmica a produção de conhecimentos científicos
156 relacionados ao tema das condições de saúde e características do modo de vida dos
157 ribeirinhos na Floresta Nacional de Pau Rosa, evidenciando aspectos essenciais sobre a
158 temática, que podem subsidiar políticas públicas para o desempenho das ações de
159 planejamento em saúde na região, bem como o desenvolvimento de outras pesquisas.

160 Diante do exposto, a pesquisa partiu dos seguintes questionamentos: quais são as
161 condições de saúde dos ribeirinhos da Floresta Nacional de Pau Rosa? Esses moradores
162 têm acesso ao serviço de saúde? Qual o estilo de vida de ribeirinhos com idade adulta e
163 idosa em relação a: infraestrutura das casas e comunidades, saneamento básico,
164 escolaridade, renda, estilo de vida, hábitos alimentares, acesso aos serviços de saúde e
165 uso de medicamentos.

166 Considerando o contexto e a carência de estudos científicos envolvendo temas
167 relacionados à saúde dos ribeirinhos da Floresta Nacional de Pau Rosa este trabalho

168 propõe uma avaliação descritiva das condições de habitação, saúde, hábitos alimentares
169 e acesso aos serviços de saúde entre a população ribeirinha. O estudo visa compreender
170 as condições de saúde da população e os resultados podem subsidiar gestores no
171 planejamento e programação de políticas públicas de saúde em nível local. Com as
172 informações obtidas pode-se repensar nas formas de oferta de serviços de saúde em
173 comunidades rurais ribeirinhas, com vista a atender as reais necessidades destas
174 populações.

175 **OBJETIVOS**

176 **Objetivo geral**

177 Descrever as características econômicas, demográficas e de saúde dos ribeirinhos
178 da Floresta Nacional de Pau Rosa no município de Maués-AM.

179 **Objetivos específicos**

- 180 • Descrever as condições das habitações e a infraestrutura das comunidades
181 ribeirinhas;
- 182 • Caracterizar o perfil socioeconômico da população ribeirinha da Flona de Pau
183 Rosa
- 184 • Verificar a prevalência das principais doenças que acometem os ribeirinhos
- 185 • Caracterizar os hábitos alimentares dos ribeirinhos;
- 186 • Descrever o acesso aos serviços de saúde;

187 **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

188 **Tipo de pesquisa:**

189 Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, transversal. No estudo transversal,
190 a avaliação da exposição e o efeito são medidos ao mesmo tempo, sendo excelentes
191 ferramentas para descrever características de determinadas populações, assim como
192 podem ser úteis para avaliar as necessidades de saúde, grupos de risco e ações de saúde.

193 Quanto ao trabalho de campo, cabe destacar que se fez necessária a solicitação de
194 uma autorização do ICMBio para pesquisas realizadas em UC. Tal procedimento
195 referente às Florestas Nacionais está previsto no Artigo 17, parágrafo 4º do SNUC (2000).
196 Essa solicitação foi feita por meio do Sistema de Autorização e Informação e
197 Biodiversidade (SISBIO) conforme consta no (Anexo B).

198 **Local da pesquisa:**

199 O município de Maués está localizado na 8ª sub-região do Médio Amazonas,
200 possui uma área de 39.991.066 Km² correspondentes a 2,5% do Estado, situando-se a -
201 3.38° de latitude sul e a -57.71° de longitude a Oeste de Greenwich (IBGE, 2010b). A
202 sede do município dista 267 Km da capital Manaus em linha reta, ou 356 Km por via
203 fluvial. O tempo de deslocamento via transporte fluvial de Manaus para a sede do
204 município de Maués é de aproximadamente 18 horas.

205 O município de Maués possui diversas áreas protegidas, parte do território está
206 sob a proteção federal, estadual e municipal. O município possui três UC, em nível
207 federal, que são a Floresta Nacional do Pau-Rosa, Estação Ecológica Alto Maués, parte
208 do Parque Nacional da Amazônia e parte de uma reserva indígena: a Reserva Indígena
209 Andirá-Marau, da tribo Saterê-Mawé. Sob gestão Estadual, destaca-se a Floresta Estadual
210 de Maués, localizada no Centro-Oeste do município. Sob gestão municipal, destaca-se:
211 Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Urariá, localizada na região do Lago
212 Grande, e acima do Paraná do Urariá, extremo Norte do Município a Área de Proteção
213 Ambiental Lago do Santana ou Lago Elias.

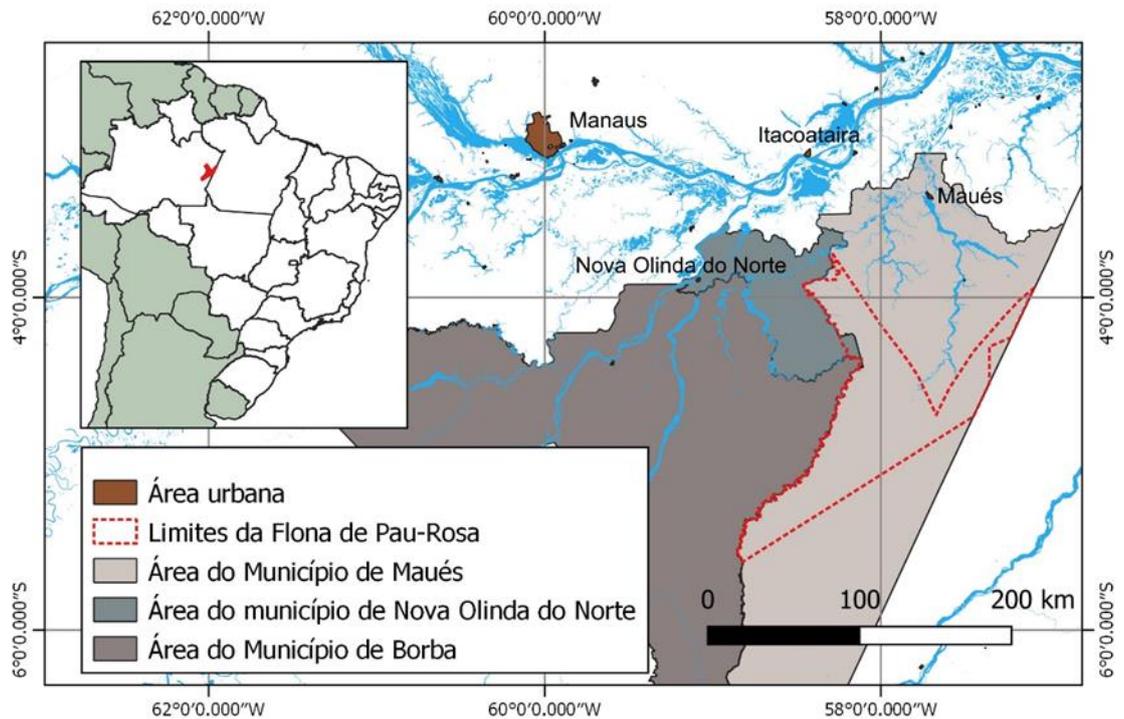
214 No censo demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro Geografia e Estatística
215 (IBGE), o município de Maués apresentou uma população de 52.236 mil habitantes,
216 sendo que 29.866 mil habitantes estão concentrados na zona urbana e 19.800 mil
217 habitantes estão distribuídos em 165 comunidades rurais do município (IBGE, 2010).

218 No que se refere aos serviços de saúde, de acordo com dados obtidos junto ao
219 Cadastro Nacional dos estabelecimentos de Saúde o município de Maués possui: seis
220 Unidades Básicas de Saúde (UBS); dez polos de saúde rural; um hospital com 58 leitos;
221 uma unidade básica de saúde fluvial (UBSF); quatro unidades de atenção à saúde
222 indígena; uma casa de saúde indígena sob gestão do Distrito de Saúde Especial Indígena
223 (DSEI); um centro de atenção psicossocial (CAPS); e um centro especialidades
224 odontológicas;

225 **A Floresta Nacional de Pau Rosa**

226 A coleta de dados foi realizada nas comunidades ribeirinhas da Floresta Nacional
227 do Pau Rosa (FLONA PAU ROSA), localizada nos municípios de Maués e Nova Olinda
228 do Norte, no estado do Amazonas (figura 1). Foi criada pelo Decreto de 07/08/2001 e
229 possui uma área total aproximada de 827,877 hectares. O município de Maués possui

230 98,5% do território da Flona e Nova Olinda do Norte possui 1,5%. Situada na bacia do
231 rio Amazonas, na região compreendida entre os rios Madeira e Tapajós, em região de
232 extensa floresta amazônica e rica biodiversidade. O acesso a partir de Manaus ocorre por
233 via fluvial, aérea ou por percurso misto terrestre-fluvial, a partir do município de
234 Itacoatiara. O tempo de viagem varia de 14 a 25 horas por via fluvial e de uma hora por
235 via aérea (HIGUCHI, et al., 2009).
236



237
238 *Figura 1- Localização da Floresta Nacional de Pau Rosa, Maués, AM, Brasil, 2020. Autoria,*
239 *Erico Takahashi. Fonte: Higuch*

240 A Flona de Pau-Rosa foi concebida no âmbito do Programa Nacional de Florestas
241 (PNF) iniciado em 2000 com o objetivo de desenvolver o setor florestal brasileiro. Uma
242 de suas metas era a ampliação das Flona na Amazônia Legal em 50 milhões de hectares
243 até o ano de 2010 (BARRETO; ARIMA, 2002). O nome desta Floresta Nacional FLONA
244 faz referência à espécie Pau rosa (*Aniba rosaeodora* Ducke), árvore de grande
245 importância econômica para a região amazônica em função do valor de seu óleo essencial
246 – linalol, usado como fixador para a indústria de perfumaria.

247 **A População de estudo**

248 A população de estudo foi composta por adultos e idosos das comunidades
249 pertencentes a Floresta Nacional de Pau Rosa, que atenderam aos critérios de inclusão:

250 ser morador das comunidades da FLONA há mais de um ano, de ambos os sexos, com
251 idade igual ou superior a 18 anos, estar orientado e consciente para responder à pesquisa.
252 Serão critérios de exclusão: não ter residência fixa na comunidade, estar ausente da
253 comunidade no período de coleta de dados. A amostra de participantes da pesquisa foi
254 composta por 123 ribeirinhos que atenderam aos critérios de inclusão.

255 Devido as dificuldades logísticas para coleta de dados, por exemplo, a falta de
256 transporte fluvial, não foi possível realizar as entrevistas em todos os domicílios dos
257 participantes. Optou-se assim pela amostra de conveniência, pois os próprios
258 participantes se deslocavam até o centro social das comunidades e manifestavam o
259 interesse em participar.

260 Desta forma, nessa pesquisa, foi utilizada a amostra por conveniência, que
261 permitiu selecionar uma amostra da população acessível, admitindo que estes possam
262 representar um universo. A amostragem por conveniência é adequada e frequentemente
263 utilizada para geração de ideias em pesquisas exploratórias (OLIVEIRA, 2001).

264 **Procedimentos de Coleta de dados:**

265 Previamente a coleta de dados em campo, foi realizado um encontro no município
266 de Maués, com os líderes comunitários, com o objetivo de divulgar o estudo e suas etapas.
267 Destaca-se a importância do apoio desses líderes no processo de sensibilização dos
268 ribeirinhos quanto à realização e participação no estudo.

269 Os trabalhos de campo foram desenvolvidos entre setembro e dezembro de 2019,
270 em duas viagens de campo foram organizadas pelo ICMBio. A primeira viagem ocorreu
271 no período de 10 a 21 de setembro, ao todo 10 comunidades foram visitadas, o barco
272 permanecia em média um dia em cada comunidade e, a segunda viagem foi realizada no
273 período de 10 a 16 de dezembro, e foram visitadas quatro comunidades. As viagens foram
274 realizadas em barco regional do tipo recreio, que foi a base da equipe para acomodação e
275 alimentação.

276 Para coleta de dados utilizou-se um conjunto de formulários (Apêndice A)
277 construídos especificamente e adaptados a partir de consultas a diversas publicações
278 sobre o tema e principalmente o formulário utilizado em estudo prévio de Gama (2016) e
279 adaptado para este estudo, além de técnicas de observação participante. O formulário é
280 um dos instrumentos essenciais para a investigação social, cujo sistema de coleta de dados
281 consiste em obter informações diretamente do entrevistado (MARCONI; LAKATOS,
282 2004).

283 O formulário aplicado aos ribeirinhos foi dividido em quatro blocos: 1- perfil
284 socioeconômico dos moradores, 2- condições dos domicílios e infraestrutura das
285 comunidades, 3- hábitos de vida, principais doenças, autopercepção de saúde,
286 preferências alimentares, 4- acesso a serviços de saúde. As possibilidades de respostas
287 podiam ser do tipo binária (sim e não), múltipla escolha e também algumas perguntas
288 abertas dando liberdade do participante discorrer sobre o assunto.

289 Para avaliar o perfil socioeconômico as variáveis investigadas foram (sexo, idade,
290 escolaridade, renda, ocupação, religião) O diagnóstico da infraestrutura se deu através das
291 variáveis (energia elétrica, tratamento de água e esgoto, resíduos sólidos, tipo de material
292 usado na construção das casas, números de cômodos).

293 Avaliou-se a autopercepção de saúde, por meio da seguinte pergunta: o (a) senhor
294 (a) diria que sua saúde está: ruim, regular, boa ou muito boa? Categorizaram-se as
295 respostas em autopercepção de saúde negativa (ruim e regular) e positiva (boa e muito
296 boa). Foram investigadas as seguintes variáveis como potenciais determinantes da
297 autoavaliação do estado de saúde: sociodemográficas (idade, sexo, renda domiciliar,
298 escolaridade); as relacionadas aos hábitos de vida e comportamentos relacionados à saúde
299 (tabagismo, prática de atividades físicas e consumo de álcool) e características relativas
300 à morbidade (avaliada pela presença de doenças relatadas e o IMC).

301 A presença de doenças crônicas baseou-se em uma lista de doenças crônicas
302 presentes no questionário em que o entrevistador perguntava se alguma vez o médico ou
303 profissional de saúde dera o diagnóstico. A lista era composta por 9 doenças, a saber:
304 anemia, doença cardíaca, diabetes, hipertensão, doenças pulmonares, depressão, infecção
305 urinária, e reumatismo. Foram criadas três categorias para a variável morbidade, de
306 acordo com a presença (ou não) dessas doenças, da seguinte forma: saudável, 1 morbidade
307 relatada, 2 ou mais morbidades relatadas.

308 O método utilizado para perguntar sobre as preferências alimentares foi através de
309 uma lista de alimentos comuns da alimentação ribeirinha e a frequência em que eles são
310 consumidos na rotina dos ribeirinhos (raramente, 1 vez no mês, 1 vez na semana, 2 a 3
311 vezes na semana, 4 a 5 vezes na semana e todos os dias).

312 As variáveis investigadas em relação ao acesso de saúde foram (profissionais mais
313 procurados em caso de doença, serviço procurado, frequência de consultas, tipo de
314 transporte usado para chegar até o serviço de saúde, acesso a exames e medicamentos).

315 A automedicação foi constatada através da pergunta: “Nos últimos 15 dias o (a)
316 senhor(a) usou medicamentos?”, se a resposta fosse sim, outras variáveis foram

317 investigadas como: local onde armazena os medicamentos, validade, leitura da bula,
318 número de medicamentos estocados. Os medicamentos foram classificados pela presença
319 ou não na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) vigente no
320 período.

321 Em relação aos medicamentos caseiros, nessa etapa do estudo, os dados foram
322 coletados por meio de um formulário semiestruturado, com o objetivo de permitir que os
323 ribeirinhos falassem sobre as plantas medicinais que eles mais utilizam. Não foi realizada
324 coleta de amostras botânicas e não aplicamos nenhuma metodologia para definir fator de
325 consenso do informante, ou a porcentagem de concordância dos usos principais. Apenas
326 perguntamos quais são as plantas mais utilizadas e referidas pelos entrevistados.

327 A coleta de dados foi realizada por pós-graduandos do Programa de Pós-
328 Graduação em Ciência e Tecnologia para Recursos Amazônicos, da Universidade Federal
329 do Amazonas (UFAM), os quais manifestaram voluntariamente o interesse em participar
330 como entrevistadores. Foi realizado um treinamento prévio com os entrevistadores em
331 três encontros ao longo de uma semana para conhecimento do instrumento de coleta,
332 leitura detalhada, e simulações com alguns indivíduos. Após essa fase alguns ajustes
333 foram realizados antes da versão final que foi aplicada com a população ribeirinha. Ao
334 término de cada dia de coleta em campo eram realizadas reuniões de supervisão junto aos
335 entrevistadores para checagem de dúvidas e conferência no preenchimento dos
336 instrumentos.

337 **Desafios durante a coleta de dados**

338 Realizar pesquisa no interior do Amazonas é uma tarefa difícil, as particularidades
339 do território são muitas: as características do ambiente, além do clima intenso, mudança
340 sazonal da água, as distâncias são extensas e outras intempéries ambientais requerem
341 especial esforço, motivação e dedicação dos pesquisadores, um modo de agir que supera
342 o habitual modo de fazer científico. De acordo com Calegare et al (2013), para que as
343 atividades de campo sejam possíveis, o pesquisador deve estar munido não apenas de
344 abordagens teóricas e instrumentos de pesquisa, mas também deve carregar consigo um
345 princípio fundamental para as investigações nessa região: o respeito à diversidade social
346 e às práticas cotidianas da comunidade.

347 Outro fator limitante para pesquisas na Amazônia são os custos elevados devido
348 ao deslocamento fluvial. Conforme descreve Gama et al, 2018 em pesquisa realizada em
349 comunidades ribeirinhas de Coari, comparando o deslocamento terrestre com veículo

350 automotivo, o custo com combustíveis representa cerca de sete vezes mais conta do tipo
351 de embarcação (barco de alumínio e motor 40hp).

352 Pode-se dizer que realizar uma pesquisa em comunidades ribeirinhas isoladas, só
353 é possível se houver financiamento, ou apoio logístico disponibilizado por órgãos
354 governamentais ou não governamentais (ONGs). No caso deste estudo o apoio para
355 realização da coleta de dados foi por meio do ICMBio, que garantiu o deslocamento até
356 as comunidades e a alimentação da equipe. Havia previsão de mais uma etapa de coleta
357 de dados, mas que não foi possível realizar devido ao contexto da pandemia do Covid-
358 19, que estamos enfrentando, o que impossibilita a visita nas comunidades.

359 **Procedimentos de análise dos dados**

360 A tabulação dos dados foi feita em uma planilha base do Microsoft Office Excel,
361 em que cada linha correspondeu a um entrevistado e cada coluna representou as variáveis
362 estudadas. O processo de tabulação foi feito individualmente com cada questionário e
363 com todas as variáveis, somente após a tabulação completa, é que se iniciava o próximo
364 questionário.

365 Com os dados organizados nessa estrutura, eles foram sistematizados e tratados
366 por meio de medidas de centralidade, médias, e de frequências relativa e absoluta
367 utilizando-se o aplicativo Microsoft Office Excel.

368 **Procedimentos éticos**

369 Respeitando as diretrizes para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos,
370 contidas na Resolução nº 466 / 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), este estudo
371 foi submetido e aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do
372 Amazonas, número do parecer: 3.665.425, data da relatoria: 28.10.2019, CAAE
373 23132719.8.0000.5020 (Anexo A). Aos participantes da pesquisa, foi fornecido o TCLE
374 (Apêndice A), explicando individual e detalhadamente, em linguagem clara e acessível,
375 de modo a esclarecer tanto os objetivos e finalidades da pesquisa como também os
376 benefícios e riscos aos participantes.

377

378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399

400 **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

413

414 **CAPÍTULO 1:**

415 **COMUNIDADES RIBEIRINHAS E SEUS**
416 **HABITANTES**

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

431

432

433

434 Neste capítulo é apresentado as características de infraestrutura das comunidades
435 e o perfil socioeconômico dos ribeirinhos e sua relação com o meio ambiente de floresta.
436 É preciso compreender que a natureza é um componente a se considerar no que diz
437 respeito à diversidade da Amazônia, principalmente quando se trata da compreensão dos
438 modos de vida e das identidades das populações ribeirinhas. Existe um elo entre estas
439 populações e os ecossistemas. Destaca-se a importância das Unidades de Conservação e
440 das populações tradicionais para o fortalecimento entre o modo de vida tradicional e a
441 conservação da biodiversidade que são fundamentais para a promoção de políticas
442 públicas que futuramente enfrentarão o desafio de aliar conservação, bem-estar humano
443 e desenvolvimento.

444 Esse diagnóstico situacional favorece compreender problemas que as
445 comunidades ribeirinhas vivenciam, como a falta de saneamento básico, falta de água
446 tratada, ausência de energia elétrica e outras deficiências ao longo do seu processo
447 cultural-histórico. A maioria dos problemas sanitários que afetam a população mundial
448 estão intrinsecamente relacionados com o meio ambiente. O ambiente doméstico
449 inadequado é responsável por 30% da ocorrência de doenças nos países em
450 desenvolvimento.

451 O local onde as moradias são construídas, bem como a qualidade dessas
452 habitações, tem efeito importante na saúde da população. Nesse contexto, este capítulo
453 pretendeu analisar as intrínsecas relações entre o meio ambiente, a infraestrutura das
454 comunidades e as condições de vida da população, tornando-se ponto de partida para
455 estudos mais aprofundados sobre o tema, como forma de garantir melhores condições de
456 vida e saúde.

457 **1.1 O contexto amazônico e a saúde das populações ribeirinhas**

458 O estado do Amazonas é destacado como o maior estado da federação, com área
459 demográfica de 1.559.162 km² e 2,23 habitantes por km², sendo constituído por 62
460 municípios, cujo maior município é Barcelos, com 122.476 km² e o menor é Iranduba
461 com 2.215 km², sendo marcado por uma extensa rede hidrográfica (IBGE, 2020). O
462 território também é marcado por áreas de várzea, pois os rios inseridos nesse contexto
463 geralmente apresentam períodos de enchente, alagando as áreas de margem, as quais são
464 denominadas de terrenos de várzea (LOUREIRO, 2019).

465 As várzeas são planícies sujeitas a inundações sazonais, que ocorrem nos rios de água
466 branca da Amazônia (rios de água barrenta, ricos em sedimentos em suspensão como o

467 Rio Amazonas, Rio Madeira, Rio Purus) a várzea é um dos ecossistemas mais ricos da
468 bacia amazônica, em termos de produtividade e biodiversidade de recursos naturais. As
469 áreas de terra firme não sofrem inundação em tempos da cheia, porque são mais elevadas,
470 essas características climáticas e geográficas acabam levando o ribeirão amazônico a
471 ajustar-se aos mais diversos comportamentos ambientais (FRAXE, 2011).

472 Para Francisco Neto e Furtado (2015), o ribeirão é caracterizado como o caboclo e
473 ressalta que:

474 “É sem dúvida, o mais característico personagem amazônico”. Devido suas práticas
475 culturais serem muito diversas, carregando atributos de povos indígenas, dos
476 imigrantes portugueses, nordestinos e de população negras, este caboclo amazônico
477 ao habitar as várzeas ao longo dos anos, “desenvolveu todo um saber na convivência
478 com os rios e com a floresta” (NETO; FURTADO, 2015).

479

480 Com a valorização da região amazônica entre os anos 1960 e 1970, para integrá-
481 la a economia nacional e internacional, por meio de abertura de estradas, chegada de
482 colonos, garimpeiros, fazendeiros e grandes empresas de outras regiões do Brasil, essas
483 populações com suas formas tradicionais de exploração econômica baseadas no
484 extrativismo vegetal e animal, acabaram por ser omitidas, considerados pelas outras
485 camadas sociais como grupos “primitivos”, “não civilizados” (LIMA; PEREIRA, 2007).

486 A ideia de que esses povos sustentam um modo de vida estritamente tradicional
487 não deve ser considerada, tal como se vivessem de modo estático e congelado. Suas
488 manifestações culturais e sociais se expandem pelo mundo urbano e vice-versa,
489 assimilando algumas práticas e se contrapondo as outras. Ainda que reproduzam
490 manifestações ditas tradicionais em suas vidas cotidianas, não podemos afirmar que esses
491 grupos sociais não estejam inseridos em um processo progressivo de diferenciação e
492 transformação (FRAXE; WITKOSKI; MIGUEZ, 2009).

493 Sobre a saúde dessa população Silva (2008), afirma que as principais pesquisas
494 estão concentradas em duas grandes vertentes: as capitais e outras áreas urbanas, como
495 Belém, Santarém, Manaus, Boa Vista e Rio Branco, e sobre as populações indígenas,
496 essas últimas também com dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Devido a essa
497 complexidade, investigar a saúde na Amazônia de populações ribeirinhas menores e mais
498 distantes destes centros é um grande desafio.

499 Na região amazônica são poucas as comunidades rurais que possuem serviços de
500 saúde, saneamento, energia elétrica, abastecimento de água, escolas, ou seja, acesso à
501 infraestrutura básica. Às vezes as comunidades contam com um agente de saúde ou

502 técnicos de enfermagem treinados pelo município mais próximo (CHAVES; BARROSO;
503 LIRA, 2010; SCHERER, 2004). Por outro lado, como seus padrões de consumo são
504 limitados, acabam por utilizar de forma sustentável os recursos naturais, as práticas
505 populares de saúde, assim, seu modo de vida acaba por contribuir para a preservação dos
506 recursos e biodiversidade encontrados em seus territórios (LIMA; PEREIRA, 2007).

507 O Brasil rural, na Amazônia, tem populações em condições de isolamento
508 geográfico, expostas a riscos e agravos de saúde radicalmente diferentes quando
509 comparados ao contexto urbano de grandes cidades, essas populações ainda sofrem com
510 a invisibilidade por parte do Estado, e com Políticas de Saúde que não consideram as
511 singularidades desses grupos (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

512 Sobre essas populações vulneráveis, a OMS (Organização Mundial da Saúde) tem
513 alertado para a chamada transição epidemiológica (TE), caracterizada pelas altas taxas de
514 doenças infecciosas e rápido aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs).
515 (ADAMS; PIPERATA, 2014; MELO; SILVA, 2015; MURRIETA et al., 2008). Doenças
516 crônicas degenerativas, como diabetes e hipertensão, revelam-se como fruto da má
517 alimentação e da urbanização dos habitantes das comunidades ribeirinhas, que, no afã de
518 fazerem parte da sociedade urbana, adotam hábitos pouco saudáveis, inerentes às grandes
519 metrópoles (GOMES, 2016).

520 As populações ribeirinhas da Amazônia têm apresentado altos índices de doenças
521 infecto parasitárias, justificadas, em parte, em decorrência de falta de infraestrutura
522 básica, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e saneamento básico. Em estudo
523 realizado com crianças no município de Coari, os resultados revelaram um percentual de
524 83% de positividade para os testes parasitológicos, sendo mais prevalentes as infecções
525 por *Ascaris lumbricoides* (SANTOS et al., 2010).

526 Na região norte a rede de serviços de saúde é insuficiente e há dificuldade de
527 fixação de recursos humanos, principalmente nos municípios de pequeno porte. Os
528 serviços de média e alta complexidade se concentram nas capitais (SCHWEICKARDT
529 et al., 2016). O acesso à saúde pode ser considerado um dos determinantes fundamentais
530 da qualidade de vida e do desenvolvimento socioeconômico. O acesso à saúde influencia,
531 entre outros aspectos da vida social, a dinâmica demográfica, e promove impactos sobre
532 a mortalidade e a expectativa de vida (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002).

533 A singularidade e extensão territorial da Amazônia constituem um desafio no que
534 concerne à integração política, social e sanitária do país. No que se refere à saúde, adaptar

535 os modos de fazer saúde às necessidades deste contexto requer do gestor traçar estratégias
536 muito específicas para cada situação vivenciada pela população, já que a política nacional
537 não dialoga necessariamente com as realidades e particularidades loco-regionais (KADRI
538 et al., 2019).

539 Dessa forma, o debate sobre a Amazônia, hoje, não pode prescindir-se dos dilemas
540 envolvendo distintos grupos sociais rurais que historicamente habitam este espaço,
541 participando da constituição e da dinâmica desta região e, assim, compondo
542 significativamente suas tramas de complexidades, suas peculiaridades e suas contradições
543 atuais, vivendo e convivendo, existindo e resistindo neste universo dinâmico e plural que
544 constitui esta vasta região permeada por contradições.

545 É preciso entender essas comunidades como sujeitos de direitos não apenas em
546 relação a posse das terras e os recursos naturais, mas sobretudo, dos serviços públicos
547 considerados como essenciais para uma vida digna, como políticas públicas sanitárias, de
548 saúde, e educacionais para que esses povos não tenham a sua dinâmica sociocultural
549 suprimida pelos centros econômicos de poder.

550 **1.2 Florestas Nacionais e sua importância para as comunidades ribeirinhas**

551 O Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA) estima que o
552 planeta possui 31% de sua superfície sólida ocupada por florestas, que contém 80% da
553 biodiversidade terrestre, e cerca de 400 milhões de pessoas são altamente dependentes
554 das florestas, fazendo delas sua base de bem-estar e fonte de renda (PNUMA, 2014).

555 Em 2010, a região da América Latina e Caribe tinha quase 49% de seu território
556 coberto por florestas, com um total de 891 milhões de hectares ou 22% da área florestal
557 mundial. Os países com maior volume de florestas na região, detendo 84% do total dessas
558 áreas são: Brasil, Peru, Colômbia, Bolívia e Venezuela. O Brasil, com dimensões
559 continentais e que ocupa lugar de destaque neste cenário, é o país com a segunda maior
560 área de floresta do mundo. Segundo o Serviço Florestal Brasileiro (SFB), no país, as
561 florestas ocupam 493,5 milhões de hectares (58% do território nacional), sendo 485,8
562 milhões de hectares de florestas nativas e 7,7 milhões de hectares de florestas plantadas
563 (SFB, 2019).

564 Em busca de alternativas para mitigar os problemas de degradação ambiental e
565 encontrar opções para a preservação e conservação ambiental, o Brasil implementou as
566 Unidades de Conservação (UC). (BRASIL, 2002).

567 Esse novo arranjo específico para as UC demandou a criação de uma nova política,
568 que foi materializada por meio da criação do Sistema Nacional de Unidades de
569 Conservação (SNUC) no ano de 2000. Essa política nasceu com objetivo de regulamentar
570 a criação, a implementação e a gestão de todas as UC do País. E a partir dessa legislação,
571 as UC do Brasil passaram a ser divididas em dois grupos: as de Proteção Integral e as de
572 Uso Sustentável (BRASIL, 2002).

573 Com a criação dessas novas categorias de UC, destacam-se em especial a categoria da
574 Floresta Nacional (FLONA), que é o objeto desta pesquisa. Esse modelo de unidade
575 permite a exploração de seus recursos naturais por parte de populações tradicionais e
576 também por empresas. As Flonas possuem papel importante para a região Amazônica,
577 não apenas como subsídio para conservar as suas extensas áreas de floresta, mas também
578 para conciliação de práticas sustentáveis que visem à geração de renda às populações
579 inseridas nesses espaços.

580 Os benefícios aos seres humanos residentes em áreas protegidas vão além daqueles
581 oriundos da conservação da biodiversidade. Baseando-se nas medidas de criação das
582 unidades de conservação e na preservação natural daí proveniente, pode-se citar como
583 exemplos a conservação dos recursos hídricos e das belezas cênicas, a proteção de sítios
584 históricos e ou culturais, a manutenção da fauna silvestre e da qualidade do ar e da água,
585 além da ordenação do crescimento econômico regional entre outros (HASSLER, 2005).

586 O reconhecimento de que é possível aliar conservação ambiental e modos de vida
587 de (PCTs) desencadeou a criação de dispositivos legais visando garantir a permanência
588 dessas populações em seus territórios. Se antes essas populações eram vistas como
589 entraves ao desenvolvimento e/ou à conservação, atualmente contam com vários
590 instrumentos legais para a defesa de seus direitos, através de Políticas centradas em
591 especificidades desses grupos (PNPCT, 2007).

592 Em geral essas populações apresentam baixos padrões de consumo e densidade
593 populacional, e, como não têm outras fontes de renda, é relevante para a sua sobrevivência
594 o uso sustentável dos recursos naturais, de forma a não esgotá-los. Assim, a manutenção
595 de seu modo de vida favorece a preservação dos recursos e da biodiversidade contidos
596 em seus territórios (PAIOLA; TOMANIK, 2002).

597 O plano de manejo da Flona de Pau Rosa, inclui vários programas e subprogramas
598 que são desenvolvidos na unidade. Um desses programas aborda estratégias de Melhoria
599 da Qualidade de Vida e Cidadania, que inclui o subprograma de saúde, que tem como
600 objetivo: Promover a melhoria da qualidade dos serviços em educação, saúde, cultura,

601 lazer, esporte e infraestrutura comunitária através do fortalecimento da organização
602 social, parceria com instituições competentes e controle social sobre o poder público
603 (ICMBIO, 2018).

604 Esses Programas de Gestão da Flona de Pau Rosa foram pensados de acordo com os
605 objetivos específicos da UC, visando a promoção do manejo sustentável dos recursos
606 naturais, da valorização da cultura e melhoria da qualidade de vida da população
607 tradicional, e da conservação da biodiversidade.

608

609 **1.3 Políticas Públicas para os Povos e Comunidades Tradicionais:**

610 Ressalva-se que essas populações existentes nesses espaços são denominadas
611 populações tradicionais. Esse termo é amplamente discutido, por Fraxe, (2011), e não há
612 um conceito universalmente aceito. Entretanto, no ano de 2007, o Decreto de nº 6.040, de
613 7 de fevereiro instituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e
614 Comunidades Tradicionais e trouxe em seus desígnios a definição legal para esses termos,
615 definindo-os como:

616 Grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem
617 formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos
618 naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e
619 econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos
620 pela tradição (PNPCT, 2007).

621

622 Dentre os segmentos de PCTs (Povos e Comunidades Tradicionais),
623 alguns têm vínculo direto com a prática do extrativismo, que está na base de seu sustento
624 e reprodução social. É o caso, por exemplo, dos seringueiros, ribeirinhos e dos
625 castanheiros. No Brasil, esse público passou a integrar a agenda do governo federal em
626 2007, por meio do Decreto 6040, que instituiu a Política Nacional de Desenvolvimento
627 Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT, 2007).

628 A PNPCT tem como principal objetivo promover o desenvolvimento sustentável
629 dos Povos e Comunidades Tradicionais, com ênfase no reconhecimento, fortalecimento
630 e garantia dos seus direitos territoriais, sociais, ambientais, econômicos e culturais, com
631 respeito e valorização à sua identidade, suas formas de organização e suas instituições.

632 Para atender as necessidades de saúde dessas populações o Ministério da Saúde
633 juntamente com instituições de pesquisa e o Grupo da Terra, formularam uma política de
634 equidade intitulada Política Nacional de Saúde Integral dos Povos do Campo, Florestas e
635 Águas (PNSIPCFA).

636 A PNSIPCFA tem como objetivo, promover a saúde das populações do campo e da
 637 floresta por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero,
 638 geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, visando ao acesso aos serviços de saúde, à
 639 redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias
 640 agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.

641 **1.4 As comunidades ribeirinhas e a população da Flona de Pau Rosa**

642 Nas regiões noroeste e oeste da Flona de Pau-Rosa, ao longo do paraná do Urariá
 643 e rio Paraconi, há 15 comunidades ribeirinhas. O Paraná do Urariá é um canal entre os
 644 Rios Amazonas e Madeira. Entre as 15 comunidades, 5 possuem sua sede abrangida pelos
 645 limites da Flona, mas algumas famílias pertencentes a elas têm suas casas fora desses
 646 limites, seja na outra margem do rio, seja em igarapés vizinhos a descrição da localização
 647 das comunidades estão no quadro 1.

648 As outras dez comunidades têm sua sede no entorno imediato, fora dos limites da
 649 Flona de Pau-Rosa, mas relacionam-se com sua área porque estão presentes ali
 650 anteriormente à criação dessa UC, e mantêm os roçados ou moradias nos limites da Flona,
 651 portanto seus moradores são reconhecidos pelo ICMBio.

652

653 Quadro 1- Comunidades ribeirinhas da região da Flona de Pau Rosa, Maués, Brasil, 2009.

Comunidades ribeirinhas da Flona Pau Rosa	Localização da sede em relação à Flona de Pau Rosa₁
Santa Marta	Fora- Lago do Elias- Margem direita do Paraná do Urariá
Frente São Jorge	Fora- Margem esquerda Paraná Urariá
Vila Nova	Fora- Margem esquerda Paraná Urariá
Santa Maria de Ituense	Fora- Margem esquerda Paraná Urariá
São Pedro	Fora – Margem direita Paraná Urariá
Sagrado Coração de Jesus	Fora- Margem direita do Rio Paraconi
Osório da Fonseca	Fora- Margem direita do Rio Paraconi
Bom Pastor	Fora- Margem direita do Rio Paraconi- Igarapé do Peixinho
Santa Tereza	Dentro- Margem direita do Rio Paraconi
São Tomé	Dentro- Margem direita do Rio Paraconi
São João do Cacoal	Fora- Margem esquerda Rio Paraconi
Bragança	Dentro- Margem direita Rio Paraconi
Monte Carmelo	Fora- Margem esquerda Rio Paraconi- Igarapé Miriti
Fortaleza	Dentro- Margem direita do Rio Paraconi
Santa Maria Caiaué	Dentro- Margem direita Rio Paraconi

654

1- Considerando o sentido nascente- Foz Fonte: Higuchi et al., 2009.

655

656 Na região leste, ao longo dos rios Parauari e Amana, há duas comunidades São
 657 Bernardo (Rio Parauari) e Sombra da Lua (Rio Amana) além de alguns moradores
 658 isolados. Existem 256 famílias cadastradas na Flona de Pau Rosa, vivendo dentro ou
 659 relacionando-se com seu território, sendo mais de 90% localizadas na região do rio
 660 Paraconi. O quadro 2 apresenta o número de famílias beneficiárias por comunidade na
 661 Flona de Pau Rosa.

662 Quadro 2: Número de famílias na Flona de Pau Rosa por comunidade, cadastradas até
 663 novembro de 2013

Comunidade	Número de Famílias	Rio
Sagrado Coração de Jesus	40	Paraconi
Osório da Fonseca	35	Paraconi
Santa Tereza	14	Paraconi
São Tomé	18	Paraconi
São João do Cacoal	27	Paraconi
Bragança	3	Paraconi
Fortaleza	25	Paraconi
Santa Maria do Caiaué	64	Paraconi
Monte Carmelo	13	Igarapé Miriti
São Bernardo	3	Parauari
Sombra da Lua	6	Amana
Moradores isolados	7	Parauari/Amana

664 Fonte: Cadastro de moradores Flona de Pau Rosa, 2013.

665 1.5. As condições de habitação:

666 Quanto às características dos domicílios foi constada completa ausência de
 667 abastecimento de água potável via rede pública, bem como saneamento básico e energia
 668 elétrica. No que diz respeito à eletrificação, as residências da Flona não têm acesso ao
 669 serviço público de fornecimento de energia elétrica. Entretanto, possuem outras formas
 670 de acesso a esse bem através de motor gerador comunitário, de motor gerador domiciliar,
 671 lamparina, vela, lanterna etc.

672 As fontes de energia mais utilizadas são os motores comunitários, correspondendo
 673 a um percentual de 62,6%, sendo estes movidos a diesel e cabendo às próprias famílias a
 674 responsabilidade de adquirir e manter o gerador. Dessa forma, o custo dessa energia é
 675 mais alta do que de outras fontes, fazendo com que os geradores tenham uma escala de
 676 funcionamento reduzida, ou seja, eles são ligados às 18h horas e desligados às 22h; nesse
 677 horário o uso é basicamente para o entretenimento das famílias. Após esse horário, cada
 678 família busca outras formas de iluminação (velas, lamparinas, lanternas e etc.).

679 Mesmo o Brasil sendo um dos países mais ricos em recursos naturais, de acordo
 680 com Villaça, (2011), muitas famílias não possuem acesso a serviços básico, um deles é o
 681 da energia elétrica. Nesse sentido, Costa, (2014) alega que, mesmo possuindo um grande
 682 potencial hidroenergético, as comunidades rurais existentes na região amazônica
 683 enfrentam grandes problemas relacionados à distribuição de eletrificação.

684 O padrão construtivo das moradias da área estudada é constituído da seguinte
 685 maneira: piso de madeira e paredes de madeira (74,8%), piso de alvenaria e paredes de
 686 madeira (20,4%), e toda de palha (4,8%). Essas são estruturas de casas encontradas em
 687 muitas comunidades rurais da região Amazônica, comumente conhecidas como palafitas
 688 que podem sofrer com a inundação nos períodos de cheia. A maioria dos domicílios
 689 (57,7%) tem apenas três cômodos ou menos, geralmente, sala, quarto e cozinha. Muitas
 690 casas não possuem divisão interna com paredes, constituindo-se de um salão único.
 691 Observou-se um número elevado de moradores por domicílios, em média, 6 pessoas,
 692 porém, há casas em que vivem mais de 10 pessoas.

693 Para Oliveira, (2012), os modos de habitações na Amazônia destacam-se como
 694 um importante fator para compreender as relações existentes entre os moradores na
 695 utilização dos recursos naturais e nas relações familiares. Costa, (2014), reconhece que
 696 as boas condições de habitação possuem papel relevante para compor a estruturação de
 697 um núcleo familiar, porque, através das formas habitação, é possível perceber elementos
 698 para compreender a forma de vida que as famílias possuem, através das práticas sociais e
 699 produtivas.

700 Tabela 1: Caracterização dos domicílios das comunidades ribeirinhas da Floresta
 701 Nacional de Pau Rosa, Maués, AM, 2020

Variáveis relativas a habitação	Participantes	
	N=123 N	%
Acesso à energia elétrica		
Sim (gerador)	77	62,6
Não	46	37,4
Procedência da água para consumo		
Rio	83	67,5
Poço	32	26,0
Igarapé	8	6,5
Tratamento da água		
Sim	73	59,4
Não	50	40,6
Número de cômodos por residência		
1 a 3	71	57,7
4 ou mais	52	42,3
Tipo de construção da casa		

Madeira	92	74,8
Mista (madeira e alvenaria)	25	20,4
Palha	6	4,8
Qual o destino do lixo		
Queima	40	32,5
Enterra	78	63,4
Joga direto no rio	5	4,1
Localização do banheiro		
Dentro da casa	8	6,5
Fora da casa	105	85,3
Na mata	10	8,2

702

703 Apenas quatro comunidades possuem poço e caixa de água comunitária em pleno
704 funcionamento (Sagrado Coração de Jesus, Ozório da Fonseca, Santa Maria de Caiuá e
705 Fortaleza) que foram feitos com recursos públicos seja da Prefeitura de Maués ou pela
706 Fundação Nacional de Saúde (FUNASA, 2004). Outras comunidades possuem o poço
707 escavado, a caixa de água, mas a bomba que faz o bombeamento do poço para a caixa de
708 água se encontra danificada. Devido a esses fatores somente 26% dos entrevistados,
709 consomem a água de poço artesiano.

710 O abastecimento da água, na ausência do poço, é feito exclusivamente do rio ou
711 igarapé próximo representando 67,5%. Para melhorar a qualidade da água os moradores
712 costumam filtrar (6,5%) ferver (5,7%) e aplicar o hipoclorito de sódio (45,5%), que é
713 mensalmente disponibilizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em muitos
714 casos os frascos acabam antes da próxima visita ou o ACS não distribui para todas as
715 famílias. Nas entrevistas realizadas, muitos moradores declararam não fazer uso
716 adequado deste produto pois disseram que altera o sabor da água, deixando o gosto ruim
717 pelo resíduo de cloro, o que acaba comprometendo a eficácia do tratamento e por sua vez
718 do resultado.

719 É importante ressaltar que, se a água não for devidamente tratada, pode afetar a
720 saúde do homem de várias maneiras: pela ingestão direta, na preparação de alimentos, na
721 higiene pessoal, na agricultura, na higiene do ambiente, nas atividades de lazer
722 (FUNASA, 2004). A água pode ser um importante veículo de agentes biológicos e
723 químicos potencialmente nocivos ao homem quando há falta de cuidado e efetivo
724 tratamento, comprometendo assim a saúde e o bem-estar da comunidade (GIATTI, 2007).

725 A maioria dos domicílios (85,3%) possuem banheiro externo afastado da casa
726 cerca de 50 metros (figura 2) que é uma espécie de casinha com um buraco no chão e sem
727 a presença de vaso sanitário. Somente 6,5% dos banheiros ficam dentro das casas.

728 Boas condições de habitação e ambientais são importantes para o bem-estar e
729 segurança em saúde (RAVENA; DOS SANTOS, 2019). As precárias condições de
730 infraestrutura e ambientais das comunidades da Flona não diferem das situações já
731 relatadas na literatura para outras comunidades ribeirinhas (GAMA et al., 2018).

732 Outro problema relacionado à prevalência de parasitoses é a falta de coleta e
733 tratamento de esgoto nas comunidades. O esgotamento sanitário é realizado em fossas
734 rudimentares, sem nenhuma impermeabilização, o que pode levar a contaminação do solo
735 e conseqüentemente do rio, que é a principal fonte de abastecimento de água para os
736 ribeirinhos.

737 O Brasil possui um déficit na universalização do saneamento que atinge porção
738 considerável da população, sendo quase 34 milhões sem abastecimento de água e mais de
739 94 milhões sem esgotamento sanitário, e, em ambos os casos, mais da metade são das
740 populações das regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2017). As políticas de saneamento
741 básico brasileiras dispõem sobre direito à saúde e ao meio ambiente; no entanto, esse
742 direito não tem sido garantido sobretudo a essas populações vulneráveis e em condições
743 de isolamento geográfico na região amazônica. (OLIVEIRA;
744 VARGAS, 2010).

745 Estatísticas demonstram que Norte e Nordeste são as únicas regiões em que o
746 percentual de domicílios ligados à rede geral diretamente ou via fossa é menor que 50%,
747 enquanto a média nacional é de 66%. No Norte, 69,2% das residências despejam seu
748 esgoto em fossas não ligadas à rede, percentual que chega a 48,2% no Nordeste (SNIS,
749 2018). Segundo o IBGE, em 2017, 25 cidades amazonenses registraram epidemias ou
750 endemias associadas ao saneamento. Diarreia, verminose, dengue, hepatite estiveram
751 entre as doenças detectadas.

752 Nenhuma das comunidades visitadas possui coleta pública de resíduos sólidos
753 (lixo), 63,4% dos moradores disseram que enterram os resíduos, 32,5% dizem queimar,
754 e 4,1% jogam diretamente no rio. Uma pesquisa realizada no município de Ponta de
755 Pedras colocou em evidência que havia carência de infraestrutura, como rede elétrica,
756 água encanada e rede de esgoto, e que a disponibilidade não abrange todos os setores da
757 zona urbana e rural, panorama que se repete em várias comunidades da região amazônica
758 (LIMA, 2017).

759 O tipo de descarte dos resíduos nas comunidades era até pouco tempo quase
760 exclusivamente orgânico, com muitos restos de alimentos, mas atualmente houve um
761 aumento considerável da presença de resíduos inorgânicos, como plásticos, garrafas

762 PETs, pilhas e latas. Os plásticos advêm das embalagens dos produtos alimentícios, da
763 mesma forma que latarias e as pilhas são amplamente usadas para as lanternas e rádios
764 utilizados intensamente pela população.

765 Os resíduos orgânicos como restos de comida, por exemplo, são sempre dados aos
766 animais domésticos, quando estes sobram da alimentação diária das famílias. Já as cascas
767 de frutas são comumente jogadas num local onde se acumula o lixo, ou então ficam
768 espalhadas no quintal até apodrecer favorecendo a proliferação de insetos e não raro
769 atraindo animais silvestres. As folhas secas são varridas e depois queimadas.

770 Após serem reutilizados à exaustão os resíduos inorgânicos como plásticos são
771 queimados pela maioria dos moradores, ou então são enterrados num buraco. As garrafas
772 PETs são amplamente reutilizadas para acondicionamento de combustível (diesel,
773 gasolina). Usa-se ainda como depósito de água ou outro produto extraído da mata (óleo,
774 mel). Depois do uso intenso esse material é queimado junto com outros objetos residuais
775 no quintal das casas.

776 A questão dos resíduos gerados por essas comunidades também é motivo de
777 preocupação. Os moradores têm poucas alternativas para o destino final dos resíduos, a
778 maioria dos comunitários adotam medidas não recomendáveis, como enterrar ou queimar
779 os resíduos. De acordo com dados do IBGE, a coleta pública do lixo ocorre em 94% dos
780 domicílios da Região Sudeste e em 85,8% dos domicílios brasileiros, na cidade de
781 Manaus a cobertura de coleta de lixo domiciliar é de apenas, 28,3% (PNAD, 2018).
782 Diante desse quadro, é possível inferir a inexistência dos serviços de saneamento básico
783 prestados para as comunidades ribeirinhas, quando comparado à índices estaduais e
784 nacionais.

785 A Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), aprovada pela Lei Federal
786 12.305/08/2010, que entrou em vigor em 2014, destaca que em 2% das cidades da Região
787 Norte, não existe coleta de lixo, quadro que se agrava nas comunidades rurais.

788 O lixo é um problema básico de saneamento, sendo que sua disposição final a céu
789 aberto é um fator de degradação ambiental e de proliferação de vetores e doenças. Para
790 que a população tenha acesso a benfeitorias e qualidade de vida, é importante, o acesso a
791 políticas públicas, é preciso que haja saneamento básico através da disponibilização, por
792 parte do Governo, de serviços eficientes de abastecimento de água, esgotamento sanitário
793 e coleta de lixo, com vistas a oferecerem-se condições de higiene e qualidade de vida
794 necessárias as comunidades (DANIEL; CABRAL, 2011).

795 **1.6 Infraestrutura de telecomunicações:**

796 Dentre as 10 comunidades ribeirinhas visitadas, apenas cinco possuem telefone
797 público em funcionamento, o sinal é de satélite e o uso é comum nas comunidades.
798 Percebe-se um grande cuidado com esse aparelho público, devido à utilidade que este tem
799 para todos os moradores. Esses aparelhos são usados para comunicação com pessoas que
800 estão na cidade e principalmente nos casos de emergência. Ao contrário dos cuidados
801 dispensados pelos moradores aos aparelhos de telefones, as empresas de telefonia
802 mantenedoras deste serviço de comunicação raramente retornam às comunidades cujos
803 aparelhos apresentam defeito, o que acaba deixando muitas delas sem este serviço, como
804 foi constatado nesse estudo. O serviço de telefonia móvel é inexistente em todas as
805 comunidades.

806

807

808

809

810

811

812

813

814

815

816



817

818 *Figura 2: Infraestrutura das comunidades A-caixa de água; B e C banheiro; D: pote de barro; E: acúmulo*
 819 *de lixo na margem do rio; F: prancha de madeira usada para lavar roupas; G; Casas de madeira; H; sala*
 820 *de atendimento no posto de saúde na comunidade de Vila Nova.*

821 Fonte: Compilação da própria autora, 2020

822

823

824

825



826

827 *Figura 3: A centro social; B; artesanato em barro; C: produção de farinha; D: reunião com*
 828 *ribeirinhos; E e F atividade de educação ambiental; G: feira de produção rural IFAM; H;*
 829 *entrega de brinquedos no natal.*

830 *Fonte: Compilação da própria autora, 2020*

831

832

833

834

835 Em relação ao acesso ao município, os ribeirinhos moradores da Flona Pau Rosa
 836 navegam entre 50 a 100 km até a zona urbana, o tempo de viagem varia em relação ao
 837 tipo de barco utilizado e da potência do motor, mas costuma levar cerca de oito a doze
 838 horas de deslocamento. As limitações geográficas de acesso à zona urbana, e financeira,
 839 parecem impactar na frequência com que os ribeirinhos costumam ir ao município.

840 A frequência de visitas à sede municipal para a maioria dos ribeirinhos da Flona
 841 é mensal 87% (tabela 2). Dessa forma, a maioria dos ribeirinhos se dirige até a sede
 842 municipal nas ocasiões em que recebem benefícios sociais como o bolsa família, e
 843 aproveitam para vender seus produtos, além de adquirir alimentos básicos. É nessa mesma
 844 visita à sede municipal que os ribeirinhos procuram os serviços de saúde, para consultas,
 845 exames ou vacinação.

846 Tabela 2: Condições de acesso à zona urbana do município de Maués, AM, 2020

Variáveis relativas ao acesso à zona urbana	Participantes N= 123	
	N	%
Distância da comunidade à zona urbana (km)		
50 a 100	1	10,0
> 100	9	90,0
Tempo de deslocamento da comunidade à zona urbana (hora)		
4 a 8	16	13,0
9 a 12	79	64,3
> 12	28	22,7
Frequência de idas à zona urbana		
Apenas uma vez por mês	107	87,0
Mais de uma vez por mês	13	10,5
Não costumo ir	3,0	2,5
Motivos para ir até a zona urbana		
Receber auxílios, fazer compras e vender produtos	35	44,9
Receber auxílio e passar por atendimento de saúde	40	51,2
Lazer e estudo	3,0	3,9

847 Moradores de comunidades ribeirinhas amazônicas têm muitas limitações de
 848 acesso para a zona urbana das cidades. A motivação para o deslocamento corrobora o que
 849 foi observado por Gama et al., (2018), que constatou que o recebimento de incentivos
 850 sociais, como o bolsa família, a venda de produtos agrofloretais e a aquisição de
 851 alimentos básicos e insumos de saúde são os principais fatores.

852 A tabela 3 reúne o perfil socioeconômico dos ribeirinhos que participaram do
 853 estudo. Dentre os ribeirinhos, a maioria dos participantes da pesquisa pertencia ao sexo
 854

855 feminino (73,2%). Há apenas duas religiões praticadas pelas famílias das comunidades,
 856 a católica com (78,1%) e os evangélicos (17,9%), apenas (4,0%) referiram não possuir
 857 nenhuma religião (Tabela 3).

858 Tabela 3: Perfil socioeconômico dos ribeirinhos moradores das comunidades da
 859 Floresta Nacional de Pau Rosa, Maués, AM, 2020

Variáveis socioeconômicas e demográficas	Participantes N=123	
	N	%
Sexo		
Feminino	90	73,2
Masculino	33	26,8
Idade		
Até 39	59	48,0
40 a 64	49	39,8
> 65	15	12,2
Raça		
Indígena	71	57,7
Parda	48	39,0
Branca	4	3,3
Negra	0	-
Amarela	0	-
Religião		
Católico	96	78,1
Evangélico	22	17,9
Nenhuma	5	4,0
Moradores por domicílio		
1 a 5	44	35,7
> 5	79	64,3
Atividade laboral		
Agricultura	69	56,2
Funcionário público*	13	10,5
Não exerce	11	9,0
Dona de casa	14	11,3
Outras	16	13,0
Recebe benefício do governo		
Sim	103	83,8
Não	20	16,2
Tipo de benefício		
Bolsa família	75	72,9
Aposentadoria	22	21,4
Auxílio doença	3	2,9
Bolsa jovem	2	1,9
Pensão por morte	1	0,8
Renda familiar**		
< 1 salário mínimo	70	57,0
Entre 1 a 2	36	29,2

> 2	17	13,8
Escolaridade (em anos de estudo)		
Não estudou	15	12,2
1 a 4	73	59,3
> 4	35	28,5

860 Nota:* Funcionário público: agente comunitário de saúde, merendeira e professor. *(SM): salário
861 Mínimo referente a setembro de 2019 (998,00).

862
863 Os ribeirinhos em geral possuem baixa escolaridade, cerca de (59,3%) possuem
864 de um a quatro anos de estudos e a população analfabeta chegou a 12,2%. A taxa de
865 analfabetismo pode ser considerada alta, e semelhante (13%) ao encontrado em pesquisa
866 na zona rural (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018). No Brasil, em 2016, a taxa de
867 analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade foi estimada em 7,2% (11,8
868 milhões de analfabetos). A Região Nordeste apresentou a maior taxa de analfabetismo
869 (14,8%), quase quatro vezes maior do que as taxas do Sudeste (3,8%) e do Sul (3,6%). Já
870 na Região Norte, essa taxa foi de 8,5% e no Centro-Oeste foi 5,7% (PNAD, 2018).

871 Segundo (HAGE, 2005) existem muitos desafios já que a educação escolar
872 ribeirinha utiliza um modelo educacional precário caracterizado pelo ensino
873 multisseriado, sem infraestrutura adequada, currículos deslocados da realidade, material
874 escolar escasso, merenda diminuta e professores sobrecarregados e muitas vezes sem
875 capacitação para atuar.

876 A educação do campo tem sido historicamente marginalizada na construção de
877 políticas públicas, e inúmeras vezes tratada como política compensatória. Neste contexto
878 de exclusão, a educação para os sujeitos do campo é trabalhada a partir de discursos,
879 identidades, perfis e currículos, marcados por conotações urbanas de currículos
880 geralmente deslocados das necessidades locais e regionais (SOUZA; REIS, 2009).

881 Vários estudos sobre o pensamento pedagógico de Paulo Freire, discutem a
882 necessidade de um currículo nas escolas do campo que valorize a cultura, os saberes e
883 valores do ambiente rural. Por meio das perspectivas críticas do currículo, defende-se a
884 necessidade de existência de uma escola que se constitua em um movimento contra
885 hegemônico, valorizando, sobretudo o indivíduo que ela acolhe e sua cultura.

886 Se partirmos da premissa que a história não é algo pronto que existe a priori do
887 homem, mas sim uma escrita (FREIRE; BETTO, 2003), perceberemos que é possível que
888 os próprios homens, sujeitos oprimidos se assumam como autores da história. Contudo,
889 é necessário que esse homem supere a sua situação de oprimido e que tenha a sua
890 consciência descolonizada (FREIRE, MACEDO, 1990; FREIRE, 2011).

891 Acredita-se que um dos objetivos da educação em uma perspectiva ética e
892 humanista é garantir que o homem se perceba como sujeito capaz, isto é, um sujeito
893 ativo capaz de transformar o mundo no qual está inserido.

894 Como o alvo do trabalho foram os adultos e idosos a baixa escolaridade
895 provavelmente reflete à uma situação do passado quando as comunidades da Flona não
896 possuíam escolas. Porém, atualmente quase todas as comunidades estudadas possuem
897 escolas com serviço de transporte escolar e merenda. Sendo que em duas comunidades as
898 escolas funcionam em três períodos e oferecem o ensino médio.

899 A fonte de renda principal das famílias advém das atividades de agricultura e
900 extrativismo (56,2%), estando incluídas neste quesito a pesca, extração de óleo de
901 copaíba, castanhas e roçados. Nas comunidades visitadas os principais produtos da
902 agricultura são (macaxeira, banana, batata doce, cará, jerimum). A pesca não é uma fonte
903 de renda fixa explorada pelos ribeirinhos da Flona, os peixes pescados são essencialmente
904 para autoconsumo e, às vezes, quando se tem um excedente, ocorre a venda em pequena
905 escala. Normalmente os homens responsabilizam-se pelas atividades de pesca e caça e
906 outras consideradas mais pesadas; as mulheres cuidam da roça, dos afazeres domésticos
907 e da culinária. Meninas e meninos acompanham desde cedo mães e pais, respectivamente,
908 em suas tarefas, sendo educados de geração em geração nesse modo de vida.

909 A renda média familiar foi estimada utilizando-se como base o salário mínimo
910 (SM) no ano de 2019 (R\$ 998,00) e 57% dos entrevistados declaram que sua família vive
911 com menos de um SM por mês; apenas 13,8% das famílias vivem com dois ou mais SM,
912 este grupo é composto dos aposentados, ou funcionários públicos. O auxílio do programa
913 social “bolsa família” complementa a renda de 83,3% das famílias.

914 A renda familiar mensal dos ribeirinhos na Flona é baixa, aproximadamente
915 (340,00) reais o que equivale a 35% do salário mínimo, contrastando com as taxas da
916 cidade de Manaus que foi de R\$ 842,00 em 2019 (84,3% do salário mínimo referente a
917 2019, guardada as devidas proporções e singularidades). A média do Brasil foi de R\$
918 1.438,67, em 2019 (144% do salário mínimo referente a 2019) (PNAD, 2018).

919 Em outras pesquisas realizadas com ribeirinhos na Amazônia, a renda foi menor
920 ou igual a 1 salário mínimo entre 29 a 41% da população (GAMA; SECOLI, 2020;
921 OLIVEIRA et al., 2013). Esses dados se confirmam com o Índice de Desenvolvimento
922 Humano (IDH) (0,588) do município de Maués, que é semelhante ao de países
923 subdesenvolvidos. Essas evidências apontam sérias desigualdades no município,
924 sobretudo em comparação as médias nacionais.

925 **1.7 Considerações Finais**

926 Para entender a complexidade da Amazônia é preciso repensá-la para além da
927 visão externa que se tem da região enquanto natureza, floresta, atraso, última reserva
928 biológica que deve permanecer “intocada”. A Amazônia é, acima de tudo, a região que
929 têm garantido a sobrevivência do ribeirinho amazônico, que durante longa data têm
930 estabelecido uma estreita relação com o meio ambiente, graças ao conhecimento
931 integrado de crenças e práticas, adquiridas de geração em geração, que configuram seus
932 modos de vida e suas territorialidades.

933 A qualidade de vida da população ribeirinha estudada está ligada diretamente às
934 condições sanitárias e socioambientais. A ausência de condições adequadas de
935 saneamento e saúde ambiental representa um problema de ordem social e de saúde
936 pública. Deste modo, a situação atual de saneamento nas comunidades estudadas pode
937 estar impactando negativamente na qualidade de vida. Além dessas vulnerabilidades, o
938 baixo nível de escolaridade e o analfabetismo são frequentes nessas comunidades, o que
939 dificulta o acesso aos serviços de saúde, à educação, ao saneamento básico, aos direitos
940 sociais. Os resultados apresentados evidenciam a falta de infraestrutura e de políticas
941 públicas de saúde em comunidades ribeirinhas, mas também fornecem subsídios para se
942 pensar em soluções socioambientais adequadas a realidade dos ribeirinhos. É necessário
943 promover a educação e conscientização ambiental da população através de palestras e
944 cursos de capacitação.

945 **1.8 Referências Bibliográficas**

- 946
947 ADAMS, C.; PIPERATA, B. Ecologia humana, saúde e nutrição na Amazônia.
948 **Ambiente e sociedade na Amazônia: uma abordagem interdisciplinar**, 2014.
- 949 ALMEIDA, M. **Quem são os povos da floresta? Cadernos SBPC 30. Povos da**
950 **Floresta: Cobertura jornalística feita a partir de conferências e mesas-redondas**
951 **apresentadas na 59 Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da**
952 **CiênciaSBPC**, , 2007.
- 953 ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as
954 áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008.
955 **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00213816, 2018.
- 956 BRASIL. **Serviço Florestal Brasileiro: Florestas do Brasil em resumo**. Ministério do
957 Meio Ambiente, 2013.

- 958 BRASIL, 2002. **Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza. Lei 9.985**
959 **de 18 de julho de 2000 e Decreto 4.340 de 22 de agosto de 2002.** Ministério do meio
960 ambiente, 2002.
- 961 BRASIL, T. Instituto trata brasil. **Ranking do Saneamento**, 2017.
- 962 BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde**
963 **coletiva**, v. 5, p. 163-177, 2000.
- 964 CALEGARE, M. G. A.; HIGUCHI, M. I. G.; FORSBERG, S. S. Desafios metodológicos
965 ao estudo de comunidades ribeirinhas amazônicas. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, p.
966 571–580, 2013.
- 967 CAVIGLIA-HARRIS, J. L.; SILLS, E. O. Land use and income diversification:
968 comparing traditional and colonist populations in the Brazilian Amazon. **Agricultural**
969 **Economics**, v. 32, n. 3, p. 221–237, 2005.
- 970 CHAVES, M. DO P. S. R.; BARROSO, S. C.; LIRA, T. DE M. Populações tradicionais:
971 manejo dos recursos naturais na Amazônia. **Praia Vermelha**, v. 19, n. 2, 2010.
- 972 CNES. **CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE.**
973 **Consulta estabelecimentos. Modulo atenção primária.** Disponível em:
974 <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 26 jul. 2020
- 975 COSTA, F. S. DA. A dinâmica dos recursos comuns em unidades de conservação e
976 assentamentos rurais no Amazonas: uma abordagem fuzzy. 2014. 363 f. Tese (Doutorado)
977 – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Belém, 2014.
978 Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido., 2014.
- 979 CREADO, E. S. J. et al. Entre " tradicionais " e " modernos ": negociações de direitos em
980 duas unidades de conservação da Amazônia brasileira. **Ambiente & Sociedade**, v. 11, n.
981 2, p. 255–271, 2008.
- 982 DANIEL, M. H. B.; CABRAL, A. R. A Vigilância da qualidade da água para consumo
983 humano (VIGIAGUA) e os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM). **Cad.**
984 **Saúde Colet**, v. 19, n. 4, p. 487–492, 2011.
- 985 DE MELO LIRA, T.; CHAVES, M. DO P. S. R. Comunidades ribeirinhas na Amazônia:
986 organização sociocultural e política. **Interações (Campo Grande)**, v. 17, n. 1, 2016.
- 987 DE OLIVEIRA, M. L. R. Reflexões sobre o uso do espaço em comunidades amazônicas:
988 uma análise da comunidade extrativista do Iratapuru. **Oikos: Família e Sociedade em**
989 **Debate**, v. 23, n. 1, p. 121–146, 2012.
- 990 DO BRASIL, S. F. Constituição da república federativa do Brasil. **Brasília: Senado**
991 **Federal, Centro Gráfico**, 1988.
- 992 EGLER, M. et al. Indicators of deforestation in the Southern Brazilian Pre-Amazon.
993 **Regional environmental change**, v. 13, n. 2, p. 263–271, 2013.
- 994 FRAXE, T. DE J. P. PEREIRA, Henrique S.; WITKOSKI, Antônio Carlos.
995 **Comunidades ribeirinhas amazônicas**, 2011.

- 996 FRAXE, TJP, P. H., Witkoski AC. **Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de**
997 **vida e uso dos recursos naturais.** Manaus: Edua, 2007.
- 998 FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** São Paulo: Paz e Terra, 2011.
- 999 _____ Paulo; BETTO, Frei. Essa escola chamada vida: depoimentos ao repórter
1000 Ricardo Kotosho. In: **Essa escola chamada vida: depoimentos ao repórter Ricardo**
1001 **Kotosho.** 1988. p. 95-95.
- 1002 _____ Paulo; MACEDO, Donaldo. O analfabetismo da alfabetização nos Estados Unidos.
1003 **FREIRE, P.; MACEDO, D. Alfabetização: leitura do mundo, leitura da palavra. Rio de**
1004 **Janeiro: Paz & Terra,** p. 69-87, 1990.
- 1005 FUNASA. **FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Manual de saneamento –**
1006 **Orientações Técnicas. Brasília.**
- 1007 GAMA, A. S. M. et al. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas,
1008 Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 34, p. e00002817, 2018.
- 1009 GAMA, A. S. M.; SECOLI, S. R. Práticas de automedicação em comunidades ribeirinhas
1010 na Amazônia brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 73, n. 5, 2020.
- 1011 GIATTI, L. L. Reflexões sobre água de abastecimento e saúde pública: um estudo de caso
1012 na Amazônia brasileira. v. 16.1, p. p.134-144, 2007.
- 1013 GOMES, K. M. Anemia e parasitoses em comunidade ribeirinha da Amazônia brasileira.
1014 2016.
- 1015 HAGE, S. M. Educação do campo na Amazônia: retratos de realidade das escolas
1016 multisseriadas no Pará. **Belém: Gráfica e,** v. 1, n. Editora Gutemberg, 2005.
- 1017 HASSLER, M. L. A importância das Unidades de Conservação no Brasil. **Sociedade &**
1018 **Natureza,** v. 17, n. 33, 2005.
- 1019 HIGUCHI, ET AL. **Vida Social das Comunidades da Flona de Pau Rosa e do entorno.**
1020 Maués: Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia, 2009.
- 1021 IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico**
1022 **Amazonas** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, , 2010. Disponível em:
1023 <<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=13&dados=0>>. Acesso em: 12
1024 maio. 2020
- 1025 IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados.,** 2020.
1026 Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/maues.html>>. Acesso
1027 em: 29 maio. 2020
- 1028 ICMBIO. **Plano de manejo- Volume I, Flona de Pau Rosa,** 2018. Disponível em:
1029 <[https://www.icmbio.gov.br/portal/images/stories/plano-de-](https://www.icmbio.gov.br/portal/images/stories/plano-de-manejo/plano_de_manejo_fona_de_pau_rosa_vol_I.pdf)
1030 [manejo/plano_de_manejo_fona_de_pau_rosa_vol_I.pdf](https://www.icmbio.gov.br/portal/images/stories/plano-de-manejo/plano_de_manejo_fona_de_pau_rosa_vol_I.pdf)>. Acesso em: 16 abr. 2020

- 1031 JÚNIOR, L. C. M. M. et al. Uso de recursos naturais por comunidades ribeirinhas
1032 amazônicas: bases para as políticas de concessões florestais. **Novos Cadernos NAEA**, v.
1033 16, n. 1, 2013.
- 1034 KADRI, M. R. E. et al. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção
1035 Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p.
1036 e180613, 2019.
- 1037 LEFF, Enrique. Complexidade, interdisciplinaridade e saber ambiental. **Olhar de**
1038 **professor**, v. 14, n. 2, p. 309-335, 2011.
- 1039 LIMA, M. G. M.; PEREIRA, E. M. B. Populações tradicionais e conflitos territoriais na
1040 Amazônia. **Revista Geografias**, p. 107–119, 2007.
- 1041 LOUREIRO, J. DE J. P. **Cultura amazônica: uma poética do imaginário**. Belém PA:
1042 Editora Cultural Brasil, 2019.
- 1043 MARCONI, M. DE A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas,
1044 2004. v. 4
- 1045 MEDINA, M. G.; HARTZ, Z. M. DE A. The role of the Family Health Program in the
1046 organization of primary care in municipal health systems. **Cadernos de saúde publica**,
1047 v. 25, n. 5, p. 1153–1167, 2009.
- 1048 MELO, M. F. T.; SILVA, H. P. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em
1049 comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Revista da ABPN [Internet]**, v.
1050 16, n. 7, p. 168–89, 2015.
- 1051 MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um
1052 debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000.
1053
- 1054 MURRIETA, R. S. S. et al. Consumo alimentar e ecologia de populações ribeirinhas em
1055 dois ecossistemas amazônicos: um estudo comparativo. **Revista de Nutrição**, v. 21, p.
1056 123s–133s, 2008.
- 1057 NETO, F. R.; FURTADO, L. G. A ribeirinidade amazônica: algumas reflexões.
1058 **Cadernos de Campo (São Paulo 1991)**, v. 24, n. 24, p. 158–182, 2015.
- 1059 NEVES, D. P. **Parasitologia Humana**. 10. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
- 1060 OLIVEIRA, B. F. A. DE et al. Prevalência de hipertensão arterial em comunidades
1061 ribeirinhas do Rio Madeira, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cadernos de Saúde**
1062 **Pública**, v. 29, p. 1617–1630, 2013.
- 1063 OLIVEIRA, S. C.; VARGAS, L. A. Direito à saúde e saneamento básico na estratégia
1064 saúde da família no Complexo do Alemão. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 32,
1065 n. 2, p. 127–134, 2010.
- 1066 OLIVEIRA, T. DE. Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e
1067 limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. **Administração on line**,
1068 v. 2, n. 3, p. 01–10, 2001.

- 1069 PAIOLA, L. M.; TOMANIK, E. A. Populações tradicionais, representações sociais e
1070 preservação ambiental: um estudo sobre as perspectivas de continuidade da pesca
1071 artesanal em uma região ribeirinha do rio Paraná. **Acta Scientiarum. Human and Social**
1072 **Sciences**, v. 24, p. 175–180, 2002.
- 1073 PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde
1074 para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**, v. 42,
1075 p. 302–314, 2018.
- 1076 PNAD. **Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios Contínua. PNAD 2018.**
1077 **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.**, 2018. Disponível em:
1078 <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101548_notas_tecnicas.pdf>.
1079 Acesso em: 3 jul. 2020
- 1080 PNPCT. **Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades**
1081 **Tradicionais. Decreto 6.040/2007**, 2007.
- 1082 PNUMA, U. **United Nations Environmental Programme/Convention on Biological**
1083 **Diversity. Panorama de la Biodiversidad Global 3**, 2014.
- 1084 RAVENA, N.; DOS SANTOS, M. C. DE J. AS CONSTRUÇÕES SOCIAIS E FÍSICAS
1085 DO RIBEIRINHO NA AMAZÔNIA. **Revista Movendo Ideias**, v. 24, n. 2, p. 06–16,
1086 2019.
- 1087 SANTOS, F. S. DOS et al. Prevalência de enteroparasitismo em crianças de comunidades
1088 ribeirinhas do Município de Coari, no médio Solimões, Amazonas, Brasil. **Revista Pan-**
1089 **Amazônica de Saúde**, v. 1, n. 4, p. 23–28, 2010.
- 1090 SAWYER, D. O.; LEITE, I. DA C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços
1091 de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 757–776, 2002.
- 1092 SCHERER, E. **Modos de vida ribeirinha na Amazônia.** XII Congresso Brasileiro de
1093 Sociologia. **Anais**, 2005.
- 1094 SCHWEICKARDT, J. C. et al. **Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo**
1095 **redes de cuidado.** Porto Alegre: Rede Unida, 2016.
- 1096 SFB. **Florestas do Brasil em resumo. Serviço Florestal Brasileiro (SFB)** Ministério da
1097 agricultura, , 2019.
- 1098 SILVA, H. A saúde humana e a Amazônia no século XXI: reflexões sobre os objetivos
1099 do milênio. **Novos Cadernos NAEA**, v. 9, n. 1, 2008.
- 1100 SILVA, H. P. Sócio-ecologia da saúde e doença: Os efeitos da invisibilidade nas
1101 populações Caboclas da Amazônia. **Sociedades Caboclas Amazônicas: Modernidade**
1102 **e Invisibilidade.** São Paulo: Annablume/FAPESP, p. 319–345, 2006.
- 1103 SILVA, H. P. Socio-ecology of health and disease: the effects of invisibility on the
1104 caboclo populations of the Amazon. In: **Amazon Peasant Societies in a Changing**
1105 **Environment.** Dordrecht: Springer, 2009. p. 307–333.

- 1106 SILVA, S. S. DA C. et al. Rotinas familiares de ribeirinhos amazônicos: uma
1107 possibilidade de investigação. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 26, p. 341–350, 2010.
- 1108 **SNIS. Diagnóstico dos Serviços de água e esgoto de 2018. Sistema Nacional de**
1109 **Informações sobre Saneamento (SNIS)**, 2018. . Acesso em: 12 jul. 2020
- 1110 SOUZA, N. P.; REIS, R. M. Educação do campo prática pedagógica. **Trabalho de**
1111 **Conclusão do Curso (Graduação em Ensino de Geografia e História). Instituto de Estudos**
1112 **Avançados e Pós-Graduação, Faculdades Integradas do Vale do Ivaí-Univale,**
1113 **UMUARAMA**, p. 96, 2009.
- 1114 VIANA, V. M. Bolsa Floresta: um instrumento inovador para a promoção da saúde em
1115 comunidades tradicionais na Amazônia. **Estudos Avançados**, v. 22, n. 64, p. 143–153,
1116 2008.
- 1117 VILLAÇA, A. L. A implantação de minirredes de energia solar em comunidades isoladas
1118 do Amazonas. Lavras, 2011. 46 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação Lato
1119 Sensu Formas Alternativas de Energia) - Departamento de Engenharia, Universidade
1120 Federal de Lavras, 2011.
- 1121
- 1122
- 1123
- 1124
- 1125
- 1126
- 1127
- 1128
- 1129
- 1130
- 1131
- 1132
- 1133
- 1134
- 1135
- 1136
- 1137
- 1138
- 1139
- 1140
- 1141
- 1142
- 1143

1144

1145

1146

1147

1148

1149

1150

1151

1152

1153

1154

1155 **CAPÍTULO 2:**

1156 **AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E O MODO**
1157 **DE VIDA DOS RIBEIRINHOS**

1158

1159

1160

1161

1162

1163

1164

1165

1166

1167

1168

1169

1170

1171

1172

1173

1174

1175

1176

1177

1178 Neste capítulo analisa-se a autopercepção de saúde dos ribeirinhos e os fatores
1179 associados à percepção negativa da própria saúde e sua relação com fatores
1180 sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade.

1181 A alimentação vem sofrendo influência do fenômeno da globalização e causando
1182 modificações no estilo de vida, que vem acarretando consequências indesejadas,
1183 marcadas pelo aumento das enfermidades relacionadas com a má alimentação. Sugere-se
1184 criar estratégias que trabalhem com a promoção de práticas alimentares saudáveis junto
1185 à população com a valorização dos alimentos regionais.

1186 Nesse sentido o processo de saúde doença, aos hábitos alimentares, às intensas
1187 transformações pelos quais a população brasileira tem passado nos últimos anos a
1188 autopercepção, o envelhecimento, vivenciados nesses ambientes isolados, com baixos
1189 níveis de desenvolvimento humano e carentes do setor de saúde, requerem estudos, pois
1190 pouco se conhece sobre a saúde de ribeirinhos no contexto amazônico.

1191

1192 **2.1 Autopercepção de saúde dos ribeirinhos:**

1193 O conceito de saúde apresenta múltiplas dimensões. Pode ser entendido, por
1194 exemplo, como “*o estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se*
1195 *acham em situação normal; o estado do que é sadio ou são*” (FERREIRA, 1986).

1196 Uma revisão sobre os principais modelos para a conceituação de saúde revelou a
1197 complexidade desse conceito e identificou, dentre outras, duas principais vertentes: a
1198 primeira, definindo saúde como a ausência de doença ou incapacidade; a segunda,
1199 considerando saúde o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas
1200 a ausência de doença (LARSON, 1999). Estes conceitos não estão livres de dificuldades
1201 de entendimento e de interpretação, ao contrário do que possa parecer à primeira vista, a
1202 definição de saúde não é trivial e constitui grande lacuna epistemológica no campo da
1203 saúde coletiva.

1204 Em termos operacionais, a saúde pode ser medida por meio de informações
1205 médicas diretas, que são baseadas em sinais e sintomas patológicos e em exames
1206 diagnósticos; ou pode ainda ser mensurada por avaliações feitas pelos próprios
1207 indivíduos, utilizando-se de diferentes indicadores, como a autoavaliação do estado de
1208 saúde, o número de sintomas ou de doenças crônicas relatadas, ou o número de dias em
1209 que o paciente apresentou restrição de suas atividades habituais por conta de doença
1210 (MENDOZA-SASSI; BÉRIA, BARROS, 2003).

1211 A auto percepção é definida como conjunto de atributos ou características pelos
1212 quais o indivíduo descreve a si mesmo, sendo a mesma construída a partir de experiências
1213 e interpretações próprias (COSTA, 2013). É, portanto, um indicador subjetivo e engloba
1214 tanto componentes físicos quanto emocionais dos indivíduos, além de aspectos do bem-
1215 estar e da satisfação com a própria vida. Quando empregada na descrição do estado geral
1216 de saúde, a autopercepção ou autoavaliação é um indicador válido de qualidade de vida,
1217 morbidade e funcionalidade, e um bom preditor de mortalidade (LINDEMANN et al.,
1218 2019).

1219 A autopercepção da saúde (APS), embora subjetiva, é considerada um meio
1220 eficaz, rápido e barato de reunir informações sobre a saúde de grupos populacionais,
1221 sendo uma medida válida e aceita no meio científico (REICHERT; LOCH;
1222 CAPILHEIRA, 2012). A literatura recente tem apresentado uma crescente produção
1223 sobre esse tema, porém no âmbito da saúde de comunidades ribeirinhas, os estudos são
1224 escassos. Pouco se conhece do processo saúde-doença das comunidades ribeirinhas, do
1225 perfil de morbidade desse grupo e das suas percepções acerca dos cuidados da própria
1226 saúde.

1227 A percepção negativa do estado de saúde exerce uma influência na decisão do
1228 indivíduo de procurar um médico ou um serviço de saúde. Nesse sentido, os indivíduos
1229 com auto-avaliação de saúde ruim formarão a demanda dos serviços de saúde
1230 (TAVARES; GUIDETTI, 2008).

1231 O bem-estar positivo está associado com hábitos favoráveis à saúde baseando-se
1232 no autocuidado. Pessoas que se julgam felizes vivem de maneira mais saudável, porque
1233 são mais dispostas a prestar atenção a seu peso, são mais perceptivas aos sintomas de
1234 doenças, praticam numa frequência maior atividade física e tendem a ser mais comedidas
1235 com relação à ingestão de bebida alcoólica e ao tabagismo (VEENHOVEN, 2008).
1236 Segundo Giannetti, (2002) existe um forte vínculo positivo entre saúde e bem-estar
1237 subjetivo. Partindo do princípio que felicidade e saúde são fenômenos relacionados, pode-
1238 se pensar em estratégias para promover o bem-estar coletivo (VEENHOVEN, 2008).
1239 Ofertar e possibilitar o acesso à serviços de saúde de qualidade para as pessoas doentes
1240 pode melhorar o bem-estar individual e coletivo.

1241 Entre os determinantes da autoavaliação do estado de saúde, os achados de
1242 inquéritos realizados no Brasil sugerem que a idade, o sexo, o bem-estar material e o grau
1243 de instrução são dimensões de relevância (SZWARCOWALD et al., 2005). Além disso, a
1244 situação de trabalho, as características do estilo de vida, como a prática de exercícios

1245 físicos, o tabagismo e o consumo de álcool, bem como os fatores psicossociais também
 1246 parecem estar envolvidos e influenciam a percepção que os indivíduos têm de sua saúde,
 1247 segundo estudos conduzidos em diferentes países (BERKMAN; SYME, 1979; BORG;
 1248 KRISTENSEN, 2000; FERRIE et al., 1995).

1249 Neste contexto, a carência de estudos sobre essas percepções discursadas por
 1250 populações consideradas “vulneráveis”, como as populações ribeirinhas, ainda representa
 1251 uma lacuna na literatura. O processo de saúde/doença vivenciado nesses ambientes
 1252 isolados, com baixos índices de desenvolvimento humano e carentes de políticas públicas
 1253 de saúde, educação e saneamento básico, precisa ser alvo de estudos, pois traz em seu
 1254 bojo realidades funcionais, sociais e culturais complexas e diferenciadas.

1255 A população do estudo foi composta, em sua maioria, por mulheres (73,2%), com
 1256 idade entre 18 e 40 anos, casadas ou em união estável. A maioria possuía de 1 a 4 anos
 1257 de estudo (59,3%) e encontrava-se na categoria de renda igual ou inferior a 1 Salário
 1258 mínimo (SM) 57%. Demais informações sobre a caracterização da amostra estão descritas
 1259 na Tabela 4.

1260 Tabela 4: Prevalência de autopercepção do estado de saúde e variáveis
 1261 sociodemográficas de ribeirinhos da Floresta Nacional de Pau Rosa, Maués, AM, 2020

Variáveis	Total N= 123		A. Positiva		A. Negativa	
	N	%	N	%	N	%
Idade (anos)						
Até 39	59	47,9	21	17,0	38	30,8
40-64	49	39,8	27	21,9	22	17,8
65 ou mais	15	12,2	6	4,8	9	7,3
Sexo						
Feminino	90	73,1	49	39,8	41	33,3
Masculino	33	26,8	16	13,0	17	13,8
Escolaridade						
Analfabeto	15	12,2	13	10,5	2	1,6
Até 4 anos	73	59,3	35	28,4	38	30,8
>4 anos	35	28,4	17	13,8	18	14,6
Renda						
< 1 SM	70	56,9	39	31,7	31	25,2
Entre 1 e 2 SM	36	29,2	18	14,6	18	14,6
> 2 SM	17	13,8	8	6,5	9	7,3

1262

1263 Quanto à autopercepção da saúde 58 ribeirinhos (47,1%) apresentaram uma percepção
 1264 positiva de sua própria saúde (“muito boa” ou “boa”); 41 (33,3%) descreveram sua saúde
 1265 como “regular”; 24 (19,5%) como “ruim”. Considerando como percepção negativa a

1266 soma das categorias “regular” e “ruim”, a prevalência de autopercepção negativa da saúde
 1267 neste estudo foi de 52,8% (dados não apresentados em tabela). A Tabela 5 apresenta as
 1268 variáveis de saúde e a autopercepção dos ribeirinhos. Registrou-se que, entre todos os
 1269 entrevistados, 49 (39,8%) referiam pelo menos um problema de saúde, e 54 (43,9%)
 1270 relataram ter duas ou mais doenças. Os mais destacados foram: anemia (n =84; 68,2%),
 1271 hipertensão (n = 43; 34,9%), infecção urinária (n = 45; 36,6%), colesterol alto (n=32;
 1272 26%), reumatismo (n= 23; 18,7% e diabetes (n 15; 12,2%). A análise detalhada do IMC
 1273 revelou as seguintes prevalências: 3 pessoas abaixo do peso (2,4%), 64 com peso normal
 1274 (52,4%), 42 com sobrepeso (34,9%) e 13 com obesidade (10,5%).

1275 Tabela 5: Prevalência de autopercepção do estado de saúde e variáveis relativas a saúde
 1276 em ribeirinhos da Floresta Nacional de Pau Rosa, Maués, AM, 2020

Variáveis	Total N= 123		A. Positiva		A. Negativa	
	N	%	N	%	N	%
Morbidade						
Saudável	20	16,2	9	7,3	11	8,9
1 doença	49	39,8	22	17,8	27	21,9
>2 doenças	54	43,9	20	16,2	34	27,6
Tabagismo						
Nunca fumou	79	64,2	38	30,8	41	33,3
Ex- fumante	27	21,9	9	7,3	18	14,6
Fumante	17	13,8	8	6,5	9	7,3
Consumo de álcool						
Sim	55	44,7	29	23,5	26	21,1
Não	68	55,2	36	29,2	32	26,0
Atividade física						
Sim	72	58,5	31	25,2	41	33,3
Não	51	41,4	30	24,3	21	17,0
Hipertensão						
Sim	43	34,9	18	14,6	25	20,3
Não	80	65,0	38	30,8	42	34,1
Colesterol						
Sim	32	26,0	21	17,0	11	8,9
Não	64	52,0	29	23,5	35	28,4
Não sabe	27	21,9	15	12,2	12	9,7
Diabetes						
Sim	15	12,2	6	4,8	9	7,3
Não	108	87,8	51	41,4	57	46,3
Anemia						
Sim	84	68,2	48	39,0	36	29,2
Não	39	31,7	17	13,8	22	17,8
Diarreia						
Sim	117	95,1	52	42,2	65	52,8
Não	6	4,8	4	3,2	2	1,6

Infecção urinária						
Sim	45	36,6	23	18,7	22	17,8
Não	78	63,4	42	34,1	36	29,2
Reumatismo						
Sim	23	18,7	11	8,9	12	9,7
Não	100	81,3	54	43,9	46	37,4
IMC						
Baixo peso	3	2,4	1	0,81	2	1,6
Normal	64	52,0	31	25,2	33	26,8
Sobrepeso	42	34,9	20	16,2	23	18,6
Obesidade	13	10,5	9	7,3	4	3,2

1277

1278 O presente estudo permitiu identificar uma elevada prevalência de Autopercepção
1279 (APS) negativa na população ribeirinha da Floresta Nacional de Pau Rosa. A prevalência
1280 observada para APS negativa na população estudada (52,8%) apresentou-se similar
1281 àquela registrada em população exclusivamente idosa (47,4 %) (CARVALHO et al.,
1282 2012; SILVA; PETROSKI; PERES, 2012). Os valores de prevalências desse desfecho
1283 oscilam na literatura, registrando-se os achados que variam de:57,5% em município de
1284 grande porte de MG (SILVA et al., 2012); 51,2% em Florianópolis-SC (CONFORTIN et
1285 al., 2015); de 12,6 a 51,9% em revisão sistemática sobre a autopercepção da saúde em
1286 idosos brasileiros (PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013); e 10,9% em Campinas-
1287 SP (BORIM; BARROS; NERI, 2012).

1288 Em relação à idade, entre os ribeirinhos todas as faixas etárias, avaliaram a própria
1289 saúde como negativa. Isto pode ser explicado pelo contexto de ausência de serviços de
1290 saúde nas comunidades e a dificuldade em encontrar tratamento adequado para os
1291 problemas de saúde. Um estudo no Canadá observou que indivíduos com 55 anos ou mais
1292 apresentaram 150% mais chance de relatarem autoavaliação do estado de saúde ruim do
1293 que indivíduos com menos de 55 anos (COTT; GIGNAC; BADLEY, 1999).

1294 A renda se relaciona fortemente às condições de saúde e a autopercepção.
1295 (KOSILOV et al., 2019; MEDEIROS et al., 2019; SANTOS; DUARTE; LEBRÃO,
1296 2019). Sabe-se que as dificuldades financeiras se traduzem em menor acesso aos serviços,
1297 pior adesão às intervenções preventivas e curativas, maiores gastos do rendimento com
1298 medicamentos e alimentação e redução do convívio social (KOSILOV et al., 2019;
1299 STENHOLM et al., 2015).

1300 Cabe ressaltar que, entre os fatores relacionados ao comportamento e estilo de
1301 vida, a prática regular de atividade física é um dos mais importantes determinantes da

1302 qualidade de vida, prevenção de doenças e manutenção da autonomia com o avançar da
1303 idade. Entre os ribeirinhos 58,5% disseram realizar atividade física, e entre o grupo que
1304 não realiza atividades/sedentários 17% avaliaram sua saúde como negativa.

1305 Quase a totalidade dos ribeirinhos consideram que realizam atividade física todos
1306 os dias. Porém foi observada uma clara divisão entre atividade física de esporte/lazer, e a
1307 atividade física decorrente do próprio trabalho. As principais atividades físicas laborais
1308 relatadas foram a agricultura e a pesca. Que também foram apontadas como as mais
1309 desgastantes devido as longas distâncias entre a comunidade, as roças e os locais que
1310 pescam. A atividade física ligada ao esporte/lazer mais relatada foi o futebol (72,2%)
1311 (dado não apresentado em tabela) que é realizado tanto por homens quanto por mulheres
1312 ao final da tarde nos campos improvisados de cada comunidade.

1313 A literatura mostra que o tabagismo e o sedentarismo estão associados a uma pior
1314 autoavaliação do estado de saúde, conforme estudos já publicados no Sul do Brasil
1315 (HÖFELMANN; BLANK, 2007). Entre os ribeirinhos 13,82% são fumantes e 21,95% são
1316 ex fumantes, estes dados reforçam a ideia que atualmente a maior parte da população
1317 interpreta o hábito de fumar como algo negativo, mesmo que muitos ainda apresentem
1318 dificuldades para abandonar este hábito. A proporção de fumantes encontrada neste
1319 estudo é consistente com achados da zona rural do Brasil. Segundo dados do Sistema de
1320 Vigilância dos Fatores de Risco das Doenças Crônicas não Transmissíveis- VIGITEL,
1321 em 2016 o tabagismo apresentava prevalência de 13,5% em indivíduos com idade entre
1322 55 e 64 anos (BRASIL, 2017).

1323 A prevalência de consumo de bebida alcoólica encontrada (44,7%) foi comparável
1324 a valores de outros estudos realizados no Brasil. O Inquérito domiciliar sobre
1325 comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis,
1326 realizado em 15 capitais e Distrito Federal, realizado em 2002/2003, considerando a
1327 população de 15 anos ou mais, relata prevalência de consumo atual de bebida variando
1328 entre 32,4% a 58,6% (INCA, 2004).

1329 Apesar do consumo de bebida alcoólica estar presente no dia a dia da população
1330 ribeirinha da Flona, a relação entre o consumo de bebida alcoólica e a percepção negativa
1331 de saúde não ficou evidente, o grupo que não consome bebida alcoólicas avaliaram a
1332 saúde como ruim, (26%) mais do que o grupo que consome bebida.

1333 A hipertensão arterial autorreferida entre os moradores da Flona foi de 34,9%,
1334 valor mais elevado em relação ao inquérito realizado com ribeirinhos em Coari, cuja
1335 prevalência foi de 9,5% (GAMA, 2018). Outro estudo realizado por Almeida et al.,

1336 (2015), com a população urbana e rural de Porto Velho, encontrou uma prevalência de
1337 53% na área urbana e de 48% na área rural. No Brasil, estudos de prevalência de HAS
1338 reportaram variação de valores de 22,3% a 43,9% (SILVA; PETROSKI; PERES, 2012).
1339 Entre os fatores de risco para mortalidade, a HAS pode elevar a ocorrência de mortes por
1340 acidente vascular cerebral e por doenças coronarianas.

1341 Em relação a diabetes, 12,20% dos ribeirinhos da Flona relataram ter a doença. O
1342 diabetes mellitus (DM) destaca-se, atualmente, como uma importante causa de morbidade
1343 e mortalidade. Estimativas globais indicam que 382 milhões de pessoas vivem com DM
1344 (8,3%), e esse número poderá chegar a 592 milhões em 2035. Acredita-se, ainda, que
1345 aproximadamente 50,0% dos diabéticos desconhecem que têm a doença
1346 (GUARIGUATA et al., 2014). Quanto à mortalidade, estima-se que 5,1 milhões de
1347 pessoas com idade entre 20 e 79 anos morreram em decorrência do diabetes em 2013
1348 (IDF, 2013).

1349 Em 2013, o Brasil ocupou a quarta posição entre os países com maior número de
1350 pessoas diabéticas, contando com 11,9 milhões de casos entre indivíduos adultos (20 –
1351 79 anos). Em um inquérito realizado em 15 capitais brasileiras foi observado prevalências
1352 variando de 8% (Aracajú-SE) a 15% (Manaus-AM) de DM em pessoas de 40 anos ou
1353 mais (INCA, 2004).

1354 A hipertensão e a diabetes são as principais doenças da atualidade, atingindo
1355 milhões de pessoas no mundo e causando impactos na morbidade. Nos últimos inquéritos
1356 realizados sobre os fatores de risco para doenças crônicas houve o crescimento da
1357 prevalência desses fatores ao longo de nove anos. Nesse período, o excesso de peso
1358 cresceu 23% (de 43% para 53%); a obesidade 50,4% (de 11,9% para 17,9%); (BRASIL,
1359 2017). Além disso, o consumo médio de sal no Brasil é duas vezes maior que o
1360 recomendado pela Organização Mundial de Saúde OMS. Por essas razões, é grande o
1361 desafio da Saúde Pública na promoção de comportamentos saudáveis, que implicam
1362 maiores investimentos na prevenção primária, e estratégias educativas eficazes para
1363 modificar o estilo de vida das pessoas.

1364 **2.2 Hábitos alimentares da população ribeirinha:**

1365 A alimentação é uma necessidade fisiológica básica, um direito humano e um ato
1366 sujeito a tabus culturais, crenças e diferenças no âmbito social, étnico, filosófico, religioso
1367 e regional (FRANÇA et al., 2012). O ato de alimentar-se incorpora tanto a satisfação das
1368 necessidades do organismo quanto como uma forma de agregar pessoas e unir costumes,

1369 representado assim um ótimo método de socialização. Mezomo, (2002) define hábitos
1370 alimentares como os atos concebidos pelos indivíduos em que há seleção, utilização e
1371 consumo de alimentos disponíveis.

1372 Correlacionando aspectos ligados à sobrevivência e, concomitantemente, à
1373 subsistência, por meio de atividades extrativistas e agrícolas, a alimentação se torna um
1374 elo chave para o entendimento da relação do homem com a natureza (MURRIETA, 2001).
1375 Neste sentido, vários autores avaliam a alimentação sobre a perspectiva de diversidade de
1376 estratégias de utilização de recursos como um processo de adaptabilidade às condições
1377 sazonais amazônicas, isso tanto ambiental, quanto socioeconômica e cultural
1378 (MURRIETA; DUFOUR, 2004; SILVA; BEGOSSI, 2004).

1379 A população ribeirinha amazônica possui maior acesso aos recursos naturais, em
1380 função da enorme diversidade de peixes e frutas, que seriam suficientes na oferta de
1381 nutrientes importantes como micronutrientes, proteínas e calorias. No entanto, possuem
1382 os riscos de níveis de pobreza muito elevados e baixa qualidade de vida comparada com
1383 a média nacional (MERCADO et al., 2015).

1384 Apesar do panorama de “desenvolvimento e modernidade” por meio do maior
1385 contato com o meio urbano e que exerce influência no estilo de vida dos ribeirinhos,
1386 pondera-se que a dieta das populações caboclas ainda mantém o consumo habitual de
1387 peixe e farinha de mandioca. O que corresponde com vários trabalhos sobre hábitos
1388 alimentares realizados na região (ADAMS; MURRIETA; SANCHES, 2005;
1389 MURRIETA; DUFOUR, 2004; NUGENT S, 1993).

1390 Em uma pesquisa na Amazônia, em que foi avaliado o grau de urbanização e
1391 acesso a “produtos de supermercado” por meio de análise isotópica das unhas e de
1392 entrevistas com “recordatório alimentar 24 horas” verificou-se que há um gradual
1393 aumento de itens alimentares como açúcar e enlatados, substituindo alimentos
1394 tradicionais como peixe e mandioca à medida que aumenta o acesso aos grandes centros
1395 urbanos e aos produtos de supermercado (NARDOTO et. al., 2011)

1396 A dieta dos ribeirinhos estudados na Floresta Nacional de Pau Rosa é
1397 caracterizada pela dominância do binômio peixe e mandioca (principais fontes proteica e
1398 calórica, respectivamente). Na categoria de alimentos consumidos todos os dias temos o
1399 peixe (70,5%), farinha (82%), arroz (61,5%), café (100%), leite (30,3%) Bolacha salgada
1400 (32,8%).

1401 Em relação a percepção da qualidade da própria alimentação os ribeirinhos
1402 relataram como ótima (25,2%), boa (36,5%), regular (26,8%) e ruim (11,3%). Os

1403 principais motivos que os ribeirinhos consideram a saúde ótima ou boa são: a diversidade
 1404 de peixes, a qualidade dos alimentos plantados nos roçados, que não possuem nenhum
 1405 tipo de agrotóxico. Já para os ribeirinhos que consideram a sua alimentação ruim os
 1406 principais motivos são a escassez de alimentos que não são produzidos nos roçados,
 1407 devido a dificuldades no cultivo de espécies não adaptadas ao clima e que só podem ser
 1408 adquiridos em supermercados na cidade, a falta de alimento suficiente para alimentar toda
 1409 a família o que envolve a dificuldade financeira, e as restrições relacionadas a algumas
 1410 doenças.

1411 Outros alimentos de destaque na dieta dos ribeirinhos que são consumidos entre
 1412 uma e três vezes na semana são o feijão (38,5%), macarrão (25,4%), carne de caça
 1413 (37,7%) ovos (32,8%), frutas (34,4%), verduras (31%). Já os alimentos citados na
 1414 categoria de raramente temos principalmente a carne bovina (75,4%), refrigerante
 1415 (54,9%), salgadinhos (50%). O consumo de embutidos, aves congeladas, salsichas,
 1416 “miojos” e enlatados compõe a alimentação de parte da população, apesar da frequência
 1417 não ser diária, como demonstra a tabela 6.

1418

1419 Tabela 6: Frequência de alimentos consumidos pelos ribeirinhos da Floresta Nacional
 1420 de Pau Rosa, Maués, AM, 2020

Frequência de alimentos consumidos							
	Raramente %	1x no mês %	2 a 3 x no mês %	1 x na semana %	2 a 3 x na semana %	4 a 6 x na semana %	Todo dia %
Leite	7,4	3,3	10,6	23,0	24,6	0,8	30,3
Café							100,0
Frango	18,0	45,1	32,0	4,1	0,8	-	-
Carne bovina	75,4	21,3	3,3	-	-	-	-
Peixe	-	-	0,8	3,3	9,8	15,6	70,5
Caça	-	3,3	23	37,7	22,1	7,4	6,6
Ovos	0,8	3,3	34,4	32,8	26,2	1,6	0,8
Arroz	-	-	-	-	11,5	27	61,5
Feijão	0,8	0,8	12,3	32,0	38,5	9,0	6,6
Farinha	-	-	-	-	6,6	11,5	82
Macarrão	-	3,3	13,9	41	25,4	11,5	4,9
Frutas	-	2,5	22,1	34,4	18,0	22,1	-
Verduras	0,8	1,6	4,1	10,7	31,1	21,3	30,3
Enlatados e conservas	-	8,2	8,2	31,1	35,2	13,9	3,3

Salsicha	14,8	40,2	33,6	10,7	0,8	-	-
Bolacha doce	4,1	9	36,9	32	12,3	2,5	3,3
Bolacha salgada	-	0,8	4,1	11,5	31,1	19,7	32,8
Refrigerante	54,9	32,8	5,7	0,8	4,1	0,8	-
Suco industrializado	7,4	18,9	26,2	21,3	14,8	4,1	7,4
Suco natural	1,6	9,0	37,7	25,4	20,5	1,6	4,1
Salgadinho	50,0	29,5	13,1	4,9	1,6	0,8	-

1421

1422 Os ribeirinhos praticam a caça como alternativa de fonte proteica, com 37,7%
1423 afirmando que consomem este tipo de carne pelo menos uma vez na semana. É costume
1424 partilhar a carne dos animais caçados entre os amigos, familiares e vizinhos. Em geral, as
1425 declarações revelam preocupação em matar apenas a quantidade suficiente para a
1426 alimentação sem desperdício. Embutidos e enlatados são consumidos geralmente no
1427 inverno, quando diminui a oferta de peixes e de caça. A quantidade de açúcar e de óleo
1428 chama a atenção os ribeirinhos consomem em média 12 quilos de açúcar por mês e
1429 utilizam mais de 4,12 litros de óleo.

1430 A respeito dos hábitos alimentares, observados e levantados por meio do
1431 questionário de frequência alimentar, na dieta do ribeirinho da Flona, o peixe é consumido
1432 praticamente todos os dias e, junto com a farinha de mandioca, é à base da alimentação
1433 ribeirinha.

1434 Há milhares de anos, populações humanas têm vivido como caçadores,
1435 pescadores, agricultores e extrativistas, nos mais diversos e remotos ecossistemas, como
1436 é o caso de florestas tropicais que têm populações humanas pequenas e esparsas
1437 (PRIMACK; RODRIGUES, 2006) . Os animais de caça e os quelônios são extremamente
1438 apreciados pelos ribeirinhos. Os animais de caça mais citados como comuns e preferidos
1439 para consumo incluem os grandes mamíferos terrestres, entre eles, a anta, a queixada, o
1440 caititu e a paca, a carne de caça geralmente é conservada salgada e seca ao sol (PEZZUTI
1441 et al., 2019).

1442 De acordo com Figueiredo e Barros (2016), em diversas situações, os moradores
1443 da Resex Ipaú-Anilzinho declararam preferir comer carne de caça à carne de boi ou à de
1444 frango na carência do pescado, por influência de fatores simbólicos que estão intimamente
1445 conectados a tradições religiosas, momentos de sociabilidade e/ou preferências
1446 individuais e sociais. A carne de caça costuma ser consumida assada ou cozida, sendo
1447 considerada como iguaria quando preparada cozida com leite de castanha. A caça é uma

1448 atividade que faz parte do *habitus* dos povos tradicionais e possui grande importância
1449 para sua sobrevivência além de ser uma das características peculiares do seu modo de
1450 vida (MURRIETA, 2001).

1451 Entre os estudos já realizados sobre a dieta dos ribeirinhos podemos destacar
1452 Yuyama et al., (2008) que analisaram a alimentação de 148 mulheres de um bairro de
1453 baixa renda de Manaus, por meio do recordatório de 24 horas de 7 dias, os resultados
1454 indicaram monotonia no cardápio, com destaque para óleo, açúcar, farinha de mandioca,
1455 arroz, pão, feijão, peixes, carnes e banana. Dentre os estudos mais recentes, Costa et al.,
1456 2018), avaliou o consumo de pescado em 1.270 adultos de ambos os sexos de Parintins,
1457 interior do Amazonas por meio de entrevistas e, constataram que 28,7% preferiam
1458 consumir peixe, seguido por carne bovina/bubalina (18,2%) e frango (13,9%), além disso,
1459 69,8% consumiam peixe todos os dias e 30,2% pelo menos 1 vez na semana. O consumo
1460 de frutas e verduras é baixo se comparado a outras regiões do Brasil.

1461 A região amazônica, possui muitas frutas nativas que fazem parte da dieta dos
1462 caboclos ribeirinhos (tucumã, açaí, pupunha, bacaba, abiu) além de diversas espécies
1463 tropicais como manga, caju, acerola, que se adaptaram bem ao clima úmido e quente.
1464 Essa oferta de frutas, complementa a alimentação dos ribeirinhos, mas esses alimentos
1465 têm ciclos sazonais, e não estão disponíveis o ano todo. As frutas mais citadas durante o
1466 estudo na Flona de Pau Rosa foram a banana, abacaxi, manga, caju. Sobre as verduras o
1467 consumo é muito baixo, poucas famílias conseguem plantar no quintal verduras e
1468 legumes, e geralmente esses alimentos são preparados cozidos junto com o peixe.

1469 Essas características refletem a forte influência do fator cultural arraigado na
1470 população amazônica em não consumir verduras e frutas, apesar da existência de frutos,
1471 com quantidades consideráveis de fibra alimentar, elementos minerais e vitaminas
1472 (GIUGLIANO et al., 1984; GIUGLIANO; SHRIMPTON, 1981).

1473 O baixo consumo de fontes proteicas animais, principalmente a bovina está
1474 relacionado a não disponibilidade desse recurso dentro do território da Flona, os
1475 entrevistados disseram não consumir esse tipo de carne, ou consumir muito raramente,
1476 devido à proibição da criação de gado nas UC, e outros motivos são a impossibilidade de
1477 conservação dessa carne, já que as comunidades não têm energia e elétrica e as famílias
1478 não possuem refrigeradores para o armazenamento. No plano de manejo da Flona de Pau
1479 Rosa, garimpo e criação de gado são atividades incompatíveis com a finalidade da UC,
1480 excetuando-se as criações de gado estabelecidas antes da criação da UC, desde que não
1481 haja ampliação das áreas de pasto.

1482 Noda e Martins (2006), encontraram baixa frequência do consumo de carne
1483 bovina nas regiões de várzea do Rio Solimões, relegando tais resultados, prioritariamente,
1484 à cultura alimentar regional de consumo preferencial de peixe como principal fonte
1485 protéica.

1486 Entre os ribeirinhos da Flona ainda persistem hábitos regionais típicos, mas
1487 população, não está excluída do processo acelerado de transformação da alimentação,
1488 dessa forma, a cultura alimentar globalizada tem se mostrado presente. Apesar da base
1489 alimentar dos ribeirinhos ser o peixe, a farinha, e frutas foi observado a introdução de
1490 alimentos industrializados como enlatados, refrigerantes, salgadinhos na dieta, entre as
1491 comunidades visitadas duas possuíam uma espécie de mercadinho vendendo
1492 principalmente refrigerantes, bolachas, salgadinhos embutidos e enlatados. Para Schor e
1493 Santana (2015), o acesso ao dinheiro e a pouca opção de produtos *in natura* ou de melhor
1494 qualidade para serem comprados fazem com que os produtos industrializados e de baixa
1495 qualidade sejam consumidos em maior quantidade.

1496 A transição nutricional pela qual a sociedade tem passado é caracterizada por uma
1497 dieta extremamente calórica, rica em açúcares e gorduras, e insatisfatória quanto ao aporte
1498 nutricional, revelando as consequências que uma alimentação sem qualidade pode trazer
1499 do ponto de vista da saúde. Na população estudada 55 pessoas apresentaram problemas
1500 com o excesso de peso, a soma das categorias do IMC de sobrepeso e obesos representa
1501 45,51% da população, o que corrobora com o que é encontrado na literatura, o excesso
1502 de peso representa um risco a mais para diversas doenças.

1503 As várias formas de intervenção nas comunidades da Amazônia desconsideram os
1504 aspectos socioculturais locais ao introduzir itens alimentares advindos de cenários
1505 urbanos, como supermercados e indústrias (BIANCO, 2009). Este processo afeta a vida
1506 de populações distantes por gerar inúmeras transformações na qualidade de vida das
1507 populações ribeirinhas, deixando-as suscetíveis a doenças crônicas, como hipertensão,
1508 diabetes, obesidade (MELO; SILVA, 2015).

1509 **2.3 Considerações Finais**

1510 Com os resultados alcançados neste estudo, foi possível concluir que ribeirinho
1511 denota uma percepção peculiar e ajustada ao seu contexto. Este fato sugere que o processo
1512 de saúde-doença às margens dos rios é percebido como resultado compartilhado de
1513 experiências e saberes empíricos adquiridos junto ao ambiente que o rodeia. Se por um
1514 lado predominam o isolamento territorial, a carência, os baixos níveis educacionais e o

1515 distanciamento dos recursos sociais e de saúde; por outro, emergem privilégios como um
1516 maior contato com a natureza, que proporciona uma tranquilidade e sem padrões rígidos
1517 de rotina; uma rede de suporte social mais alargada, representada pelas relações familiares
1518 e um ritmo de vida mais calmo favorável a uma vida mais prazerosa.

1519 As famílias ribeirinhas da Flona desenvolvem atividades produtivas de
1520 subsistência para a família, contribuindo de maneira significativa para uma alimentação
1521 saudável, através do consumo de peixes, galinha caipira, ovos e algumas hortaliças.
1522 Apesar dessas características a população também consome alimentos ultra processados
1523 que trazem da cidade e que são um risco para a saúde.

1524 Este estudo evidenciou elevada prevalência de autopercepção negativa do estado
1525 de saúde entre os ribeirinhos além de que a autopercepção de saúde é um construto
1526 multidimensional, influenciada por fatores individuais (alguns modificáveis), indicando
1527 a necessidade de estratégias para aumentar a adoção de hábitos e comportamentos de vida
1528 mais saudáveis. É necessário a realização de estudos com outras comunidades ribeirinhas
1529 para avaliar a situação real da saúde dessas comunidades A partir de novos estudos será
1530 possível obter mais informações que possam contribuir para implementação de políticas
1531 públicas de saúde, capazes de reduzir a vulnerabilidade destas comunidades e promover
1532 um conceito ampliado de saúde e bem-estar.

1533 E, à luz do conhecimento gerado neste trabalho, profissionais e gestores podem
1534 planejar medidas promotoras de melhorias na atenção à saúde dos ribeirinhos, mais
1535 apropriadas ao contexto de vida desse grupo.

1536 2.4 Referências Bibliográficas

1537 ABULADZE, L. et al. Associations between self-rated health and health behaviour
1538 among older adults in Estonia: a cross-sectional analysis. **BMJ open**, v. 7, n. 6, 2017.

1539 ADAMS, C.; MURRIETA, R. S. S.; SANCHES, R. A. Agricultura e alimentação em
1540 populações ribeirinhas das varzéas do Amazonas: novas perspectivas. **Ambiente &
1541 Sociedade**, v. 8, p. 65–86, 2005.

1542 AGOSTINHO, M. R. et al. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária
1543 em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 5,
1544 n. 17, p. 9–15, 2010.

1545 ALMEIDA, R. C. DE. Hipertensão arterial sistêmica e outros fatores de risco
1546 cardiovascular em uma amostra da população de Porto Velho-RO= comparação urbana
1547 versus ribeirinha, 2015.

- 1548 BERKMAN, L. F.; SYME, S. L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-
1549 year follow-up study of Alameda County residents. **American journal of Epidemiology**,
1550 v. 109, n. 2, p. 186–204, 1979.
- 1551 BIANCO, A. L. MODERNIDADE E DEGENERAÇÃO: A Crítica de Weston Price.
1552 2009.
- 1553 BORG, V.; KRISTENSEN, T. S. Social class and self-rated health: can the gradient be
1554 explained by differences in life style or work environment? **Social science & medicine**,
1555 v. 51, n. 7, p. 1019–1030, 2000.
- 1556 BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. DE A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em
1557 idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil.
1558 **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 769–780, abr. 2012.
- 1559 BRASIL. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças**
1560 **crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- 1561 CARVALHO, F. F. et al. Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região
1562 metropolitana de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.
1563 15, n. 2, p. 285–294, 2012.
- 1564 CONFORTIN, S. C. et al. Positive self-rated health in the elderly: a population-based
1565 study in the South of Brazil. **Cadernos de saude publica**, v. 31, p. 1049–1060, 2015.
- 1566 COSTA, M. **Padrão e autopercepção alimentar de mulheres fisicamente ativas**
1567 **[dissertação] UFBA Salvador**, 2013.
- 1568 COTT, C. A.; GIGNAC, M. A.; BADLEY, E. M. Determinants of self rated health for
1569 Canadians with chronic disease and disability. **Journal of Epidemiology & Community**
1570 **Health**, v. 53, n. 11, p. 731–736, 1999.
- 1571 DA COSTA, T. V. et al. Aspectos do consumo e comércio de pescado em Parintins.
1572 **Boletim do Instituto de Pesca**, v. 39, n. 1, p. 63–75, 2018.
- 1573 DAAR, A. S. et al. Grand challenges in chronic non-communicable diseases. **Nature**, v.
1574 450, n. 7169, p. 494–496, 2007.
- 1575 FERREIRA, A. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 2a. ed. Rio de Janeiro:
1576 Editora Nova Fronteira, 1986.
- 1577 FERRIE, J. E. et al. Health effects of anticipation of job change and non-employment:
1578 longitudinal data from the Whitehall II study. **Bmj**, v. 311, n. 7015, p. 1264–1269, 1995.
- 1579 FIGUEIREDO, R. A. A. DE; BARROS, F. B. Caçar, preparar e comer o ‘bicho do mato’:
1580 práticas alimentares entre os quilombolas na Reserva Extrativista Ipaú-Anilzinho (Pará).
1581 **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, v. 11, n. 3, p. 691–
1582 713, 2016.
- 1583 FRANÇA, F. C. O. et al. Mudanças dos hábitos alimentares provocados pela
1584 industrialização e o impacto sobre a saúde do brasileiro. **Anais do I Seminário**
1585 **Alimentação e Cultura na Bahia**, v. 1, p. 1–7, 2012.

- 1586 GIANNETTI, E. **Felicidade**. São Paulo. Editora Companhia das Letras, 2002.
- 1587 GIUGLIANO, R. et al. Estudos nutricionais das populações rurais da Amazônia. II. Rio
1588 Negro. **Acta Amazônica**, v. 14, n. 3–4, p. 427–450, 1984.
- 1589 GIUGLIANO, R.; GIUGLIANO, L. G.; SHRIMPSON, R. Estudos nutricionais das
1590 populações rurais da Amazônia. I-Várzea do rio Solimões. **Acta Amazonica**, v. 11, n. 4,
1591 p. 773–788, 1981.
- 1592 GUARIGUATA, L. et al. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and
1593 projections for 2035. **Diabetes research and clinical practice**, v. 103, n. 2, p. 137–149,
1594 2014.
- 1595 HÖFELMANN, D. A.; BLANK, N. Autoavaliação de saúde entre trabalhadores de uma
1596 indústria no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 777–787, 2007.
- 1597 IDF. **International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas**. Disponível em:
1598 <[https://idf.org/our-activities/epidemiology-research/idf-guide-for-diabetes-](https://idf.org/our-activities/epidemiology-research/idf-guide-for-diabetes-epidemiology-studies.html)
1599 [epidemiology-studies.html](https://idf.org/our-activities/epidemiology-research/idf-guide-for-diabetes-epidemiology-studies.html)>. Acesso em: 21 abr. 2021.
- 1600 INCA. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida**
1601 **de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal,**
1602 **2002-2003.**, 2004. Disponível em:
1603 <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inquerito_domiciliar_comportamentos_risc](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inquerito_domiciliar_comportamentos_risco_doencas_transmissiveis.pdf)
1604 [o_doencas_transmissiveis.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inquerito_domiciliar_comportamentos_risco_doencas_transmissiveis.pdf)>
- 1605 KOSILOV, K. et al. Health-related quality of life and socioeconomic status of imprisoned
1606 middle-age and elderly persons. **Social Theory & Health**, v. 17, n. 1, p. 75–88, 2019.
- 1607 LARSON, J. The conceptualization of health. **Med Care Res Rev**, v. 56, p. 123–56, 1999.
- 1608 LINDEMANN, I. L. et al. Self-perceived health among adult and elderly users of Primary
1609 Health Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 45–52, jan. 2019.
- 1610 MEDEIROS, P. A. DE et al. Prevalência e simultaneidade de fatores de risco
1611 cardiovasculares em idosos participantes de um estudo de base populacional no sul do
1612 Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190064, 2019.
- 1613 MELO, M. F. T.; SILVA, H. P. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em
1614 comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Revista da ABPN [Internet]**, v.
1615 16, n. 7, p. 168–89, 2015.
- 1616 MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, JORGE E BARROS. Outpatient health service
1617 utilization and associated factors: a population-based study. **Rev. Saúde Pública**, v. Vol
1618 37, n.3, p. p.372-378., 2003.
- 1619 MERCADO, D. S. et al. Hábitos alimentares de ribeirinhos da Amazônia e contribuições
1620 das enchentes no agravo ao quadro de insegurança alimentar. **Revista Saber Científico**,
1621 v. 4, n. 1, p. 14–18, 2015.
- 1622 MEZOMO, I. **Os serviços de alimentação: planejamento e administração**. São Paulo:
1623 Manole, 2002.

- 1624 MURRIETA, R. S. S. Dialética do sabor: alimentação, ecologia e vida cotidiana em
1625 comunidades ribeirinhas da Ilha de Ituqui, Baixo Amazonas, Pará. **Revista de**
1626 **Antropologia**, v. 44, n. 2, p. 39–88, 2001.
- 1627 MURRIETA, R. S. S.; DUFOUR, D. L. FISH AND FARINHA: PROTEIN AND
1628 ENERGY CONSUMPTION IN AMAZONIAN RURAL COMMUNITIES ON ITUQUI
1629 ISLAND, BRAZIL. **Ecology of Food and Nutrition**, v. 43, n. 3, p. 231–255, 2004.
- 1630 NARDOTO GB; ET.AL. Frozen chicken for wild fish: Nutritional transition in the
1631 Brazilian Amazon region determined by carbon and nitrogen stable isotope ratios in
1632 fingernails. **Am J Hum Biol.**, v. V.23 (5), p. 642–50, 2011.
- 1633 NODA, S. DO N.; NODA, H.; MARTINS, A. L. U. Agricultura familiar na várzea
1634 amazônica: Espaço de conservação da diversidade cultural e ambiental. **Amazônia:**
1635 **políticas públicas e diversidade cultural. Rio de Janeiro: Garamond**, p. 163–194,
1636 2006.
- 1637 NUGENT S. Amazonia Caboclo Society: an essay on invisibility and peasant economy.
1638 n. Berg Publishers, 1993.
- 1639 OLIVEIRA, B. F. A. DE et al. Prevalência de hipertensão arterial em comunidades
1640 ribeirinhas do Rio Madeira, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cadernos de Saúde**
1641 **Pública**, v. 29, p. 1617–1630, 2013.
- 1642 PAGOTTO, V.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, E. A. DA. Autoavaliação da saúde por
1643 idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud**
1644 **Pública**, v. 33, p. 302–310, 2013.
- 1645 PEZZUTI, J. C. B. et al. A caça e o caçador: uma análise crítica da Legislação Brasileira
1646 sobre o uso da fauna por populações indígenas e tradicionais na Amazônia.
1647 **Biodiversidade Brasileira**, v. 9, n. 2, p. 42–74, 2019.
- 1648 POIKOTAINEN, K.; VARTIAINEN, E.; KORHONEN, H. J. Alcohol intake and
1649 subjective health. **American Journal of Epidemiology**, v. 144, n. 4, p. 346–350, 1996.
- 1650 PRIMACK, R. B.; RODRIGUES, E. Biologia da conservação. In: **Biologia da**
1651 **conservação**. Londrina PR: Editora Planta, 2006. p. vii, 327–vii, 327.
- 1652 REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Auto percepção de saúde em
1653 adolescentes, adultos e idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3353–3362, 2012.
- 1654 SANTOS, J. L. F.; DUARTE, Y. A. DE O.; LEBRÃO, M. L. Early life conditions and
1655 current health status as per the study “Health, Well-being and Aging”(SABE). **Revista**
1656 **Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180011, 2019.
- 1657 SCHOR, TATIANA; SANTANA, PAOLA. **Dinâmica Urbana na Amazônia**
1658 **Brasileira. As corporações e o espaço urbano amazonense. Manaus.** Manaus: Editora
1659 Valer, 2015. v. 2
- 1660 SILVA, D. A. S.; PETROSKI, E. L.; PERES, M. A. Prehypertension and hypertension
1661 among adults in a metropolitan area in Southern Brazil: population-based study. **Revista**
1662 **de saude publica**, v. 46, n. 6, p. 988–998, 2012.

- 1663 STENHOLM, S. et al. Comorbidity and functional trajectories from midlife to old age:
1664 the Health and Retirement Study. **Journals of Gerontology Series A: Biomedical**
1665 **Sciences and Medical Sciences**, v. 70, n. 3, p. 332–338, 2015.
- 1666 SZWARCOWALD, C. L. et al. Socio-demographic determinants of self-rated health in
1667 Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. S54–S64, 2005.
- 1668 TAVARES, D. M. DOS S.; GUIDETTI, G. E. C. B. Características sócio-demográficas,
1669 condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. **Revista Eletrônica de**
1670 **Enfermagem**, v. 10, n. 2, 2008.
- 1671 VEENHOVEN, R. Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the
1672 consequences for preventive health care. **Journal of happiness studies**, v. 9, n. 3, p. 449–
1673 469, 2008.
- 1674 YUYAMA, L. K. O. et al. Percepção e compreensão dos conceitos contidos na Escala
1675 Brasileira de Insegurança Alimentar, em comunidades indígenas no estado do Amazonas,
1676 Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 21, p. 53s–63s, 2008.
- 1677
- 1678
- 1679
- 1680
- 1681
- 1682
- 1683
- 1684
- 1685
- 1686
- 1687
- 1688
- 1689
- 1690
- 1691
- 1692
- 1693
- 1694
- 1695

1696
1697
1698
1699
1700
1701
1702
1703
1704
1705
1706
1707
1708
1709
1710

1711 **CAPÍTULO 3:**

1712 **ACESSO DOS RIBEIRINHOS DA FLONA DE**
1713 **PAU ROSA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

1714
1715
1716
1717
1718
1719
1720
1721
1722
1723
1724
1725
1726
1727
1728

1729

1730 A diversidade da Amazônia ditada principalmente pela natureza e pluralidade
1731 cultural, produz um território específico e um grande desafio para as políticas públicas de
1732 saúde. Pensar a diversidade da Amazônia implica em preocupar-se com as distâncias,
1733 com o acesso, com o ritmo de vida. O espaço flutuante, as pessoas, os profissionais de
1734 saúde, as redes de cuidado são diferentes de outros contextos. O capítulo 3 traz os desafios
1735 e avanços da Atenção Básica, que funciona como um eixo estruturante de um Sistema
1736 Único de Saúde universal e público.

1737 Este capítulo tem como objetivo descrever o acesso dos ribeirinhos aos serviços
1738 de saúde, discutindo especificidades do território flutuante, as dinâmicas locais do acesso
1739 da população ribeirinha da Flona aos serviços de saúde, incluindo os serviços de saúde
1740 bucal e o perfil de uso de medicamentos alopáticos. Apresenta-se as novas tecnologias
1741 como as Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) e Estratégia de Saúde da Família
1742 Ribeirinha (ESFR), e como esses novos arranjos impactaram na cobertura da Atenção
1743 Básica (AB) na região. Apontamos também a importância do uso curativo de plantas
1744 medicinais por esta população que detém grande conhecimento tradicional no uso desses
1745 recursos.

1746 A partir de um conceito ampliado da saúde com foco na prevenção e promoção
1747 da saúde, potencialidades dos modos de vida ribeirinha ganham visibilidade e direitos
1748 podem ser reivindicados. A gestão da saúde na Amazônia apresenta desafios que exigem
1749 políticas públicas consistentes, efetivas e coerentes com a realidade local para garantir a
1750 equidade em saúde.

1751 **3.1 Atenção Básica à Saúde na Amazônia:**

1752 A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) compreende um
1753 conjunto de ações de saúde desenvolvidas no campo individual e coletivo, nos quais
1754 envolve a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o
1755 tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Por meio do trabalho em equipe,
1756 pode-se atuar através de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas que
1757 estão voltadas a populações de territórios específicos, os quais tem responsabilidade
1758 sanitária, levando em consideração as necessidades e especificidades das populações de
1759 acordo com o local em que estas habitam (TANAKA, 2011).

1760 A implementação da atenção primária à saúde pode ocorrer de formas diferentes.
1761 Em alguns países, ela é desenhada como uma cesta de serviços básicos de saúde. No

1762 Brasil, a política da atenção primária foi nomeada como Atenção Básica à Saúde. Apesar
1763 de não serem sinônimas, essas expressões podem ser usadas como tal e ambas são
1764 encontradas em documentos oficiais. Assim neste trabalho vamos utilizar como
1765 referência o termo Atenção Básica (AB).

1766 No Brasil, a AB esta implementada como política de Estado e definida em formato
1767 abrangente, já que engloba ações voltadas a promoção e proteção da saúde, a prevenção
1768 de agravos, riscos e doenças, ao diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos,
1769 cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado
1770 integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida a
1771 população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade
1772 sanitária (CIT, 2017).

1773 Desde 1994, o Brasil tem como modelo prioritário para organização e expansão
1774 da AB a Estratégia Saúde da Família (ESF) e, desde 2006 possui uma Política Nacional
1775 de Atenção Básica (PNAB) que apresenta diretrizes organizacionais para orientação e
1776 articulação inter-federativa, com vistas ao fortalecimento da AB no Brasil.

1777 Qualquer análise sobre a atenção básica à saúde no Brasil precisa levar em conta
1778 que não é possível falar de uma única atenção básica no nosso país, dada a sua extensão
1779 territorial e a heterogeneidade econômica, social e cultural, mas sim de múltiplas e
1780 diferenciadas redes básicas coabitando no SUS, fruto de marcadas diferenças regionais,
1781 das muito diversificadas características dos municípios, do tamanho de suas populações
1782 à estrutura de seus sistemas de saúde, incluindo também a maior ou menor presença do
1783 setor privado (CECILIO; REIS, 2018).

1784 Outro aspecto fundamental para a AB, é revermos o modo como se dá a formação
1785 dos profissionais da saúde. Os profissionais da saúde precisam, principalmente, superar
1786 o modelo biomédico de assistência à saúde, centrado na doença e voltado para o
1787 diagnóstico e a terapêutica, o tecnicismo e as relações impessoais e, investir nesse novo
1788 modelo de atenção básica, focalizado na promoção da saúde, considerando a diversidade
1789 cultural do nosso país, melhorando a qualidade da assistência à saúde dos indivíduos,
1790 respeitando as suas singularidades e particularidades (BACKES et al., 2009).

1791 É necessário reconhecer a extraordinária expansão do projeto da atenção básica à
1792 saúde no nosso país nos últimos anos. A cobertura por equipes de saúde da família saltou
1793 em dez anos, no período compreendido entre dezembro de 2007 e dezembro de 2016, de
1794 46,2% da população para 63,7%, ou seja, perfazendo 40.098 equipes em todo o território
1795 nacional (DAB, 2017).

1796 Quanto ao cenário da AB na Amazônia, os principais artigos sobre o tema
1797 apontam importantes desafios relacionados a gestão de pessoas na saúde, como
1798 dificuldades de fixação de profissionais no território; uso limitado de protocolos e de
1799 estratégias para planejamento e programação baseados em critérios de risco e
1800 vulnerabilidade; carência na formação teórica sobre educação em saúde, deficiência no
1801 sistema de referência e contra referência; e organização fragmentada do cuidado, com
1802 processo de trabalho organizado a partir dos programas ministeriais (FERREIRA et al.,
1803 2011; FIGUEIRA; LEITE; SILVA, 2012; GARNELO et al., 2014; MARTINS et al.,
1804 2013).

1805 Um estudo que analisou e avaliou a AB em áreas ribeirinhas, foi constatado que o
1806 trabalho das equipes ribeirinhas e fluviais significou um aumento da cobertura na atenção
1807 básica nos municípios estudados. O modelo de saúde proposto por equipes fluviais
1808 permitiu uma cobertura mais próxima às necessidades da população ribeirinha com
1809 respeito à integralidade e a continuidade do cuidado. Os resultados do estudo mostram
1810 que as equipes ribeirinhas e fluviais, declaradas pelos municípios, ainda são insuficientes
1811 para a cobertura efetiva de todo o território (LIMA et al., 2021).

1812 A região é constituída por muitos rios que se transformam em *territórios líquidos*,
1813 como já vem sido falado há algum tempo por Schweickardt e colaboradores, (2016). Na
1814 Amazônia, o líquido é o concreto, pois é o mundo das águas que constitui o cotidiano da
1815 vida da população ribeirinha. A água é referência simbólica do ribeirinho. Assim,
1816 entendemos o território líquido como um espaço que tem as vidas marcadas pelo ciclo
1817 das águas, que dialogam com os modos de vida das populações tradicionais, interagindo
1818 com as ações das equipes de saúde em um território que está em permanente movimento
1819 e que permeiam as políticas públicas.

1820 Para o autor de *O rio comanda a vida*, homem e rio são os dois mais ativos agentes
1821 da geografia humana da Amazônia. O rio unido ao homem enche-o de motivação
1822 psicológica e, em associação quase mística, faz da vida humana, até certo ponto, uma
1823 dádiva do rio, pois este também constitui a fonte do progresso tornando através de si a
1824 possível conquista da terra, assegurando a presença humana no espaço amazônico. Sob
1825 este aspecto, o rio torna-se importante para as próprias estratégias de sobrevivência no
1826 espaço peculiar amazônico (TOCANTINS, 1968).

1827 Há algum tempo, pesquisadores têm formulado a ideia de que a atenção básica é
1828 o lugar de maior complexidade do sistema de saúde, mas não da densidade tecnológica,
1829 de saberes especializados e de equipamentos complexos e exames com maior sofisticação

1830 (ANDRADE, 2017). Portanto, fazer uma atenção no território onde as pessoas vivem
1831 significa colocar em jogo as tecnologias leves para responder às necessidades e demandas
1832 que a vida traz em si, na sua complexidade e nas mais variadas dimensões do cuidado. A
1833 eficácia na atenção básica requer considerar redes locais de saber, com baixa densidade
1834 tecnológica.

1835 **3.2 Abordagens relativas ao território:**

1836 Território e espaço são categorias de análise distintas e representam dimensões
1837 específicas da realidade. Segundo o geógrafo Raffestin, (1993), o espaço é anterior ao
1838 território. O território se forma a partir do espaço e é resultado da ação programática do
1839 ator, que territorializa o espaço. Desta forma o território pode ser entendido como um
1840 lugar onde as pessoas desaguam suas ações, emoções, forças, paixões, fraquezas e
1841 poderes, intrinsecamente ligados a realização de sua existência (RAFFESTIN, 1993).

1842 A partir da década de 1970, a Geografia Nova, proposta por Santos, (1999), define
1843 e passa a enfatizar o espaço geográfico como instância social. O autor propõe o conceito
1844 de território usado, híbrido de materialidade e ação, de forma e conteúdo, de meio
1845 construído e movimento da sociedade, gerado pelos homens, instituições e empresas.

1846 A saúde, vista pela ótica geográfica, expressa as condições de existência do ser
1847 humano no território. Nesse sentido, entender as desigualdades sócio espaciais e suas
1848 consequências para o bem-estar social, que extrapola o setor saúde, é fundamental para
1849 debater saúde e proteção social no mundo contemporâneo (IÑIGUEZ ROJAS, 1998).

1850 Alguns autores propõem que a categoria “território” constitui um dos elementos
1851 importantes na organização das ações de saúde no âmbito da atenção primária, porém
1852 com significados múltiplos e distintos. Adota-se o termo território, entendido como o
1853 local onde encontra-se o modo de vida, as condições de saúde da população considerando
1854 aspectos econômicos, culturais, políticos e outros (MONKEN; BARCELLOS, 2005). A
1855 dinâmica territorial, ao extrapolar o conceito puramente geográfico, move-se para o
1856 âmbito da construção social do espaço, o que na perspectiva do sistema de saúde, implica
1857 em considerar os fluxos locais, os itinerários terapêuticos da população ribeirinha, e a
1858 vulnerabilidade imposta pelo isolamento (CECCIM et al., 2016).

1859 Quando se pensa em territorialização da saúde no cenário amazônico, a mesma
1860 pode ser utilizada para organizar os serviços de saúde impondo limite em uma área
1861 geográfica definida. Usando como exemplo a ESF, essas áreas são identificadas como
1862 área de abrangência que é o espaço sob responsabilidade de uma ESF e onde a equipe irá

1863 atuar no processo de cuidado da população adstrita, e a microárea que é o espaço de
1864 responsabilidade do ACS, e os pacientes e equipe de saúde são elos integrantes do
1865 território.

1866 Na Amazônia, estes fatores que envolvem o território apresentam uma
1867 sazonalidade própria delineada pela alternância da subida e descida do rio, entre a várzea
1868 e a terra firme, caracterizando o território mutável da população ribeirinha. Desta forma,
1869 a priorização das características do território na Amazônia como um processo dinâmico
1870 e complexo implica, na evidenciação de uma política de saúde diferenciada considerando
1871 este espaço singular, onde exista uma gestão e uma produção de cuidado que se
1872 movimente como as águas dos rios (SCHWEICKARDT et al., 2016b).

1873 Desse modo, entendemos que a complexidade da AB na Amazônia merece uma
1874 epistemologia que possibilite um olhar mais amplo sobre a realidade, incluindo as formas
1875 de representar, simbolizar a vida das pessoas e dos espaços. No que se refere ao cuidado
1876 à saúde, os trabalhadores, gestores e cuidadores tradicionais da saúde são agentes que
1877 atuam na produção de saúde de uma forma singular e plural, respeitando a dinâmica da
1878 vida e as presenças nos diferentes territórios da Amazônia.

1879 **3.3 As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF)**

1880 A PNAB proporcionou uma mudança significativa no que se refere às ações da
1881 Atenção Básica (AB) na região, criando equipes e equipamentos de saúde ajustadas e
1882 direcionadas para as populações que vivem na Amazônia. Desse modo, surge um novo
1883 modelo de trabalho e de atenção através das equipes de Saúde Ribeirinha e Saúde Fluvial
1884 para as áreas da Amazônia Legal e Pantanal. Essas novas abordagens viabilizaram um
1885 modelo tecnoassistencial que dialogasse com o território e suas populações (LIMA,
1886 2016). A Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) e as Equipes de Saúde Ribeirinha
1887 (ESFR) criaram o acesso à uma população ribeirinha que era historicamente
1888 marginalizada do processo de cuidado.

1889 As UBSF são embarcações que comportam, as equipes de ESFF que atendem a
1890 população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense, de forma a
1891 contemplar as especificidades dessas regiões e a garantir o cuidado as suas populações,
1892 como previsto na PNAB. São compostas por, no mínimo, consultório médico, consultório
1893 de enfermagem, consultório odontológico, ambiente para armazenamento e dispensação
1894 de medicamentos, laboratório, sala de vacina, banheiros, expurgo, cabines com leitos em

1895 número suficiente para acomodar toda a equipe, cozinha, e sala de procedimentos
1896 (BRASIL, 2017).

1897 As UBSF funcionam 20 dias por mês em área previamente delimitada para
1898 atuação. Este período engloba o deslocamento fluvial até as comunidades e o atendimento
1899 à população ribeirinha. Os demais dias são destinados as atividades de planejamento e
1900 para cadastro da produção nos sistemas de saúde.

1901 Em estudo sobre a implantação da primeira UBSF no Amazonas a “Igaraçu” os
1902 pesquisadores avaliaram o funcionamento da UBSF, e como uma “estratégia adequada
1903 para aumento da cobertura na atenção básica em territórios com características
1904 semelhantes a várzea amazônica”, possível de se reproduzir por todo o território da
1905 Amazônia. O consenso entre os pesquisadores de que a UBSF é um conceito de atenção
1906 que leva em conta uma densidade e materialidade que seja móvel, que siga o fluxo das
1907 águas, em contraste com a adoção de serviços de saúde que são, via de regra, planejados
1908 na perspectiva de fixos (BARBOSA, 2018).

1909 No caso da Igaraçu foi possível apontar resultados imediatos após a implantação,
1910 houve aumento de 10% da cobertura devido à melhoria na acessibilidade e regularidade
1911 da assistência, impactando, assim, na qualidade do cuidado (KADRI et al., 2019). E o
1912 mais importante, a Unidade Fluvial cria acesso e inclusão da população que tinha uma
1913 oferta de serviços de saúde de modo descontínuo e irregular (MARTINS, 2019).

1914 No município de Coari- AM, a chegada da UBSF proporcionou: maior cobertura
1915 dos exames citopatológicos das mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos, maior
1916 cobertura vacinal da população que vive mais isolada, garantia de atendimentos
1917 odontológicos para quem nunca teve acesso a esse serviço, realização de exames
1918 laboratoriais para diagnóstico imediato no momento do atendimento (MATOS,
1919 WERNECK , AGUIAR, 2019). A conclusão dos pesquisadores que buscaram se
1920 aprofundar nas densidades líquidas da lógica dos itinerários terapêuticos, é que a UBSF
1921 permitiu um “alto grau de descentralização da atenção, com capilaridade adaptada a
1922 região, garantindo a acessibilidade, o vínculo com a população ribeirinha e a continuidade
1923 do cuidado” (LIMA et al., 2016).

1924 Numa analogia a uma rede, uma UBS tradicional seria o nó que une os pontos por
1925 onde os usuários devem transitar. Em um serviço fluvial, a UBS transita pelos nós já
1926 existentes no território e usados pela população, tais como: centro de convivência, igrejas,
1927 escolas, residências. Portanto, o serviço é adscrito ao território, e não a população ao
1928 serviço (KADRI et al., 2019).

1929 Nesse sentido as experiências com as UBSF, que se transformou de projeto em
1930 uma política pública de saúde para a região amazônica com bons resultados. Ressalta-se,
1931 assim, que o investimento nesse novo modelo de atendimento, por todo seu potencial de
1932 promover equidade em uma região historicamente invisível, tem sido extremamente
1933 importante.

1934 **3.4 O Acesso aos serviços de saúde:**

1935 Quando relacionado aos serviços de saúde, o conceito de acesso é complexo, com
1936 inúmeras definições e abrangências. Na definição proposta por Donabedian em 1973,
1937 acessibilidade “*indica o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de*
1938 *saúde*”. O conceito amplo de acesso engloba também a efetividade e eficiência dos
1939 cuidados de saúde recebidos (ANDERSEN, 1995). Em uma perspectiva mais restrita
1940 adotada aqui no presente capítulo, refere-se à frequência de utilização e formas de acesso
1941 a serviços de saúde.

1942 O acesso possui um conjunto de características interligadas e interdependentes
1943 que objetivam uma universalidade concreta alicerçadas no princípio da equidade, no
1944 estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção, regionalização,
1945 hierarquização e participação popular (JESUS; ASSIS, 2010).

1946 A equidade na saúde é um conceito que se agrega ao da universalidade,
1947 proporcionando, assim, a dimensão de construção de igualdade social, ou, pelo menos,
1948 trabalhando o conceito de equidade com justiça social. Sendo assim, a saúde apresenta,
1949 implanta e implementa as políticas de promoção de equidade na perspectiva de reduzir as
1950 desigualdades sociais e ampliar os direitos e a autonomia dessas populações, em relação
1951 ao acesso universal e integral à saúde. Além disso, ela se articula com outras políticas
1952 sociais, tendo a participação popular como elemento estruturante das demandas e das
1953 respostas do Estado Brasileiro (SOUTO et al., 2016).

1954 Para Travassos et al., (2000) as diferenças na atitude de procurar serviços de
1955 saúde, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido refletem as desigualdades
1956 individuais no risco de adoecer e morrer, bem como diferenças no comportamento do
1957 indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada
1958 sociedade disponibiliza para seus membros.

1959 A garantia de acesso aos cuidados de saúde integra o princípio da universalidade
1960 do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não efetivado para parte expressiva dos
1961 brasileiros, em particular, à população em situação de vulnerabilidade e residente em

1962 áreas rurais (GARNELO et al., 2018). A persistência de fortes desigualdades regionais
1963 nas condições de vida e de oferta de serviços de saúde, associada à elevada concentração
1964 de profissionais e a ações de saúde nos espaços urbanos, penaliza de modo mais intenso
1965 os residentes nas regiões Norte e Nordeste (GIRARDI et al., 2011).

1966 Análises das regiões de saúde na Amazônia legal mostram baixo Índice de
1967 Desenvolvimento Humano (IDH) em 46% delas e apontam que as políticas de saúde do
1968 governo federal para a região padecem de baixa institucionalidade, descontinuidade e
1969 limitada sensibilidade às especificidades regionais repasse de recursos federais é inferior
1970 à média nacional e há restrita capacidade de gestão no âmbito municipal (STOPA et al.,
1971 2017).

1972 A população rural representa quase 16% da população brasileira tem forte
1973 dependência dos serviços públicos de saúde e fraca vinculação aos planos de saúde
1974 suplementar (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). Também enfrenta iniquidades de acesso
1975 geográfico, insuficiência de profissionais de saúde e precariedade da rede física de
1976 unidades de saúde (BOUSQUAT et al., 2017).

1977 No estado do Amazonas, com relação ao acesso aos serviços de saúde,
1978 especialmente em relação ao atendimento de saúde por alguns profissionais torna-se
1979 difícil, principalmente pelas dificuldades encontradas em localidades mais remotas do
1980 estado, sejam pelas longas distâncias ou por questões na estrutura física dos ambientes de
1981 trabalho (SCHWEICKARDT et al., 2016b). O problema de provisão de profissionais das
1982 diversas áreas na saúde pública é anterior a criação do SUS, mas quando a necessidade é
1983 do profissional médico os problemas tornam-se mais difíceis de superar (SILVA; DE
1984 FARIAS SOUZA; DA SILVA, 2013). A rotatividade torna-se frequente,
1985 especificamente, nos interiores do estado do Amazonas.

1986 Apesar da expansão quantitativa de médicos nas últimas décadas, o número de
1987 médicos por mil habitantes (médico/1000 hab.) passou de 1,5 em 1980, para
1988 aproximadamente 2,0 em 2012 (SCHEFFER; CASSENOTE; BIANCARELLI, 2013). A
1989 região Norte concentra os piores índices de utilização dos serviços de saúde no País,
1990 enfrentando baixa disponibilidade de médicos (1/1000 habitantes), que é 7 vezes menor
1991 que a encontrada nas capitais do Sul do País (7,1/1000). Em 2013 o Amazonas tinha, 2,0
1992 médicos/1000 habitantes na capital, contra 0,2/1000 no interior (razão capital/interior de
1993 10) (SILVEIRA; PINHEIRO, 2014).

1994 As dificuldades para atingir a universalização no SUS apontam tanto as diferenças
1995 socioeconômicas quanto dos próprios serviços de saúde, especialmente na região norte

1996 do país. Conforme estudo sobre a comparação na atuação de médicos no interior de outras
1997 regiões do Brasil e no interior da região Norte, especificamente no interior do Amazonas,
1998 o resultado apontou pior desempenho na disposição desses profissionais no interior do
1999 estado do Amazonas e regiões menos beneficiadas estruturalmente (GARNELO;
2000 SOUSA; SILVA, 2017).

2001 Acioli et al., (2014), destaca que o Programa mais Médicos (PMM), instituído no
2002 Brasil por intermédio da MP n. 621, publicada em 08 de julho de 2013, foi uma política
2003 com grande importância para provimento de profissionais médicos. Veio para suprir a
2004 escassez de médicos para o país, especialmente na região Amazônica, áreas indígenas e
2005 localidades com maior grau de vulnerabilidade. Conforme descreve Weber (2017), o
2006 PMM foi uma política de provimento de médicos para regiões em situações de
2007 vulnerabilidade social, sendo estabelecida no Brasil, com a finalidade de melhorar a
2008 assistência em saúde no SUS, mais especificamente na AB e em regiões mais distantes
2009 dos grandes centros urbanos. O PMM foi a mais abrangente intervenção para ampliação
2010 do acesso à saúde na ESF (OLIVEIRA et al., 2019).

2011 Contudo, recentemente a AB sofreu grandes defasagens com o fim do PMM em
2012 novembro de 2018. Em 2019 um novo programa foi criado pelo governo Federal o
2013 Programa Médicos pelo Brasil (PMB). O PMB, ao tentar superar limitações do PMM,
2014 traz como principal medida a proposta de uma carreira médica para atuação na AB, sem,
2015 no entanto, apresentar outros elementos importantes para a fixação profissional. Desta
2016 forma, apresenta-se inicialmente como uma política mais frágil que seu antecessor, tendo
2017 como foco apenas o provimento de médicos, correndo o risco de não atingir os objetivos
2018 a que se propôs enquanto política pública (DE MELO NETO; DA SILVA BARRETO,
2019 2019).

2020 A população da Flona de Pau Rosa possui baixa escolaridade e nível econômico,
2021 e dependem exclusivamente de serviços públicos de saúde. Geralmente procuram os
2022 serviços somente quando percebem algum problema com a própria saúde. Ao considerar
2023 o emaranhado de canais entre rios, lagos, igarapés, os ribeirinhos da Flona de Pau Rosa
2024 navegam 130 km e aproximadamente 7 horas para alcançar a sede do município de Maués
2025 para conseguir ter acesso aos serviços de saúde mais complexos. Dentro dos limites da
2026 Flona, durante as coletas de dados não havia nenhum posto de saúde em funcionamento,
2027 apenas algumas comunidades contavam com a presença de Agentes Comunitários de
2028 Saúde, e o Posto de Saúde mais próximo fica a 35 km de distância na Comunidade de
2029 Vila Nova. Neste estudo, a maioria dos indivíduos relatou procurar algum serviço de

2030 saúde quando percebem problemas com a própria saúde, entretanto, foi observado que é
2031 comum a procura por mais de um serviço, não tendo um único serviço de uso regular.

2032 Os moradores das comunidades ribeirinhas da Flona, procuram geralmente os
2033 serviços públicos quando percebem algum problema com a própria saúde sendo o
2034 principal serviço procurado o posto de saúde 65,0%, conforme demonstrado na tabela 7.

2035 O Posto de Saúde mais próximo e que realiza o atendimento para essa população
2036 fica na comunidade de Vila Nova, no Paraná do Urariá, distante cerca de 35 km das
2037 comunidades do rio Paraconi. Nessa unidade trabalham dois técnicos de enfermagem e
2038 uma enfermeira, em esquema de revezamento da seguinte forma: na primeira quinzena
2039 do mês a enfermeira e um técnico fazem o atendimento e na segunda quinzena fica apenas
2040 o um técnico de enfermagem. Atendimento por profissional médico, ocorre apenas nas
2041 sedes municipais ou em expedições da equipe da Unidade de Saúde Fluvial, mas essas
2042 viagens são esporádicas a cada 6 meses em média. A oferta de atendimento na UBS da
2043 comunidade de Vila Nova é afetada por aspectos organizacionais como o atendimento em
2044 rodizio entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, e a distância de 35 km por via fluvial.
2045 Dessa forma, a população não tem um serviço de AB próximo de casa, pode-se afirmar
2046 que o acesso não é plenamente garantido, uma vez que a população precisa buscar
2047 serviços de saúde mais distantes em casos de problemas que poderiam ser resolvidos no
2048 posto de saúde local.

2049 Os serviços hospitalares costumam ser procurados por 28,4 % da população e as
2050 farmácias privadas por apenas 2,5%. Os ribeirinhos procuram o hospital nos casos que
2051 requerem emergência ou então quando o atendimento ocorre no período noturno, horário
2052 que as UBS já estão fechadas. As farmácias são procuradas quando o ribeirinho precisa
2053 comprar medicamentos para deixar guardado em casa, e ser usado em situações de dores
2054 e doenças de fácil resolutividade, como resfriados e dores causadas pelo excesso de
2055 trabalho na roça. Ressalta-se que, 4,1% não tem o hábito de procurar serviços formais de
2056 saúde para atendimentos. O hábito de procurar ou não serviços de saúde em casos de
2057 necessidades podem estar relacionado tanto aos fatores culturais quanto às dificuldades
2058 para o acesso aos serviços. Neste contexto, Campbell et al., (2006) afirmam que as
2059 barreiras percebidas para acessar os serviços de saúde podem afetar as decisões de procura
2060 por cuidados e diante dessas barreiras, alguns indivíduos desenvolvem alternativas para
2061 contorná-las. Neste estudo, a população revelou como práticas comuns em casos de

2062 problemas de saúde o uso de medicação caseira, tratamentos com benzedeiros e
2063 curandeiros além da automedicação.

2064 Sobre os profissionais de saúde que os ribeirinhos costumam procurar em casos
2065 de adoecimento ou de urgências, a maioria 35,8% procuram o ACS, na própria
2066 comunidade. Consultas com profissionais médicos e enfermeiros ocorrem somente na
2067 sede do município, que demanda o longo deslocamento. Como não há serviços de saúde
2068 nas comunidades ribeirinhas, os ACS são os únicos profissionais presentes nessas
2069 localidades e atuam como intermediadores entre a população e a rede de serviços de
2070 saúde. Esses ACS são moradores das comunidades e trabalham cadastrando e
2071 acompanhando famílias, apesar da presença desses profissionais nas comunidades os
2072 mesmos enfrentam dificuldades para realizar as visitas domiciliares da sua área de
2073 abrangência principalmente por falta de transporte e de combustível que na maioria dos
2074 casos não são disponibilizados pela prefeitura.

2075 Estudo realizado numa Comunidade quilombola e ribeirinha na região do Baixo
2076 Rio Amazonas, mostrou que o ACS realiza uma atenção para além do que está
2077 preconizado pelo MS, pois articula outros saberes e práticas que fazem parte da memória
2078 e história da comunidade (FREITAS, 2019).

2079 A maioria dos ribeirinhos recorre a práticas de saúde complementares como as
2080 benzedeiros 38,2%, afirmaram que utilizam essa prática para tratar todo tipo de problema
2081 de saúde. Quanto aos meios de deslocamento, todos os indivíduos que utilizaram serviços
2082 de saúde, só conseguiram por via fluvial, em vista que essa é a única forma de acessar a
2083 sede dos municípios ou UBS.

2084 Nos deslocamentos até o município de Maués foram utilizados diferentes tipos
2085 de embarcações: barco recreio (52%), rabeta (41,5%) lancha (6,5%). Em relação ao
2086 tempo do deslocamento entre a residência e o serviço de saúde utilizado, 63,5% dos
2087 indivíduos gastaram mais de seis horas (Tabela 7). Esse tempo de deslocamentos é
2088 variável em função do tipo do barco e da sua potência e outras condições de
2089 navegabilidade como, por exemplo, estação seca ou de cheia. As horas são a medida de
2090 distância, e não os quilômetros. Quanto maior a potência do motor, menor é distância de
2091 um lugar ao outro, que é proporcional ao custo, quanto maior a potência, mais gasto de
2092 combustível. O barco de recreio é um barco com casco de madeira usados no transporte
2093 de pessoas e mercadorias, os ribeirinhos da Flona usam esse tipo de transporte, na viagem
2094 mensal que fazem até a cidade, a embarcação utilizada pertence a associação dos

2095 moradores da comunidade de Santa Maria do Caiuá, e passagem de ida e volta custa
 2096 100,00 reais.

2097 Outro meio de transporte utilizado pelos ribeirinhos é a rabeta, um pequeno barco
 2098 de madeira, com um motor de baixa potência (5HP), este tipo de barco, é adequado para
 2099 navegar em pequenos igarapés e lagos, e é o meio de transporte mais utilizado, devido a
 2100 sua economia. Poucos moradores possuem barco do tipo lancha, com motor mais potente,
 2101 reafirmando o problema dos moradores em acessar a cidade de forma rápida.

2102 Tabela 7: Acesso aos serviços de saúde nos últimos 12 meses que antecederam a
 2103 entrevista, Maués, AM, 2020

Acesso aos serviços de saúde	Participantes	
	N	N= 123 %
Qual profissional procura com mais frequência		
Benedeira	47	38,2
Agente Comunitário	44	35,8
Médico	21	17,0
Enfermeiro	11	9,0
Serviço de saúde que utiliza quando está doente		
Posto de saúde	80	65,0
Hospital	35	28,4
Farmácia	3	2,5
Nunca usa os serviços de saúde	5	4,1
Número de consultas com profissional médico(em 12 meses)		
1	88	71,5
2	27	22,0
3 ou mais	8	6,5
Transporte utilizado para ir até o serviço de saúde		
Barco recreio	64	52,0
Rabeta	51	41,5
Motor de polpa	8	6,5
Tempo de deslocamento até o serviço de saúde		
Até 6 horas	45	36,5
Mais de 6 horas	78	63,5
Recebeu gratuitamente os medicamentos receitados		
Sim	68	55,2
Não	55	44,8
Precisou comprar o medicamento (n=55)		
Sim	35	63,6
Não conseguiu o medicamento, gratuito, e não comprou	20	16,2
Consegue realizar exames de rotina		

Sim	58	47,2104
Não	60	48,7
Nunca fez exame	5	4,0
Motivos pelo qual não consegue realizar exames		
Não ter dinheiro	16	13,0
Demora para agendar	38	30,9
Falta vaga	25	20,3
Não consegue permanecer na cidade para realizar os exames	44	35,8
Recebe a visita do ACS mensalmente		
Sim	73	59,0
Não	50	41,0
Possui cartão SUS		
Sim	96	78,0
Não	27	22,0
Qualidade do serviço de saúde na comunidade		
Bom	22	17,9
Regular	33	26,8
Péssimo	68	55,3

2105

2106 Ao todo, 71% dos ribeirinhos referiram ter passado por consulta médica nos
2107 últimos 12 meses que antecederam às entrevistas; já no caso de consulta com dentista,
2108 45% disseram ter ido a esse profissional há mais de 3 anos. Em um estudo sobre acesso a
2109 serviços de saúde de população ribeirinha em Coari, cerca de 74,6 % dos entrevistados
2110 disseram que conseguiram agendar consulta médica (GUIMARÃES *et al.*, 2020). A
2111 utilização de serviços de saúde para consulta médica tem sido pesquisada em vários
2112 países. Na cidade de Rio Grande (Sul do Brasil), para a mesma faixa etária do estudo
2113 irlandês, foi encontrada a prevalência de 66% para consultas médicas no mesmo período
2114 e de 28,7% no intervalo de dois meses (MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003).
2115 Em outra investigação, na cidade de Pelotas, Capilheira e Santos (2006) encontraram a
2116 porcentagem de 55,1%. Em um estudo realizado em uma comunidade de baixa renda em
2117 Porto Alegre, a prevalência de consulta médica no último ano e nos últimos três meses
2118 foi de 76,2% e 64,8% respectivamente (BASTOS; HARZHEIM; SOUSA, 2014). No
2119 Brasil rural, segundo dados da PNAD (2008), 59,5% da população compareceram a
2120 consultas no período de um ano, ao passo que na população urbana este percentual chegou
2121 a 67,7%. A prevalência de consultas médicas entre os ribeirinhos é semelhante à de outros
2122 estudos, e pode ser considerada alta no contexto rural e remoto, mas estes dados refletem
2123 tanto as consultas realizadas na sede do município como as que foram feitas na ocasião
2124 da visita da UBSF.

2125 Se após a consulta médica esteve envolvida a prescrição de algum medicamento
2126 ressalta-se que em aproximadamente, 44% desses casos o indivíduo não recebeu
2127 gratuitamente todos os medicamentos prescritos, necessitando adquiri-los com os
2128 próprios recursos comprometendo os limitados recursos financeiros das famílias. A baixa
2129 disponibilidade ou mesmo a não oferta de medicamentos nas farmácias das UBS, é
2130 recorrente, os gestores encontram dificuldades em manter o estoque de medicamentos
2131 constante.

2132 A parcela de indivíduos que não puderam obter os medicamentos de forma
2133 gratuita ou mesmo pela compra (16,2%) também foi próxima da encontrada por Tediosi
2134 et al., (2008). Infelizmente, nestes casos os indivíduos tiveram acesso apenas ao
2135 atendimento, mas não à terapêutica recomendada, podendo ocasionar um agravamento
2136 dos sintomas, determinando outras necessidades de procura ou diminuir as possibilidades
2137 de futuras buscas por serviços de saúde formais em virtude da experiência negativa
2138 vivenciada.

2139 A respeito das visitas domiciliares, constatou-se que uma parcela significativa das
2140 famílias da Flona (41%) não recebe a visita mensal dos ACS; esse dado mostra que a
2141 cobertura da AB nessa área está baixa. No Mato Grosso do Sul, Oliveira, Nachif e
2142 Matheus (2003) evidenciaram que 25% das famílias investigadas recebiam visitas em
2143 intervalos maiores que 2 meses ou nunca foram visitadas. Na região da Flona, os ACS
2144 enfrentam dificuldades para realizar as visitas domiciliares em sua área de abrangência,
2145 principalmente por conta da falta de transporte e combustível e da grande dispersão
2146 populacional na área de abrangência, de modo que, a cada visita, o agente precisa se
2147 deslocar com barco. Essas características acabam limitando a realização desses
2148 atendimentos. Em uma pesquisa realizada em cinco municípios rurais remotos no oeste
2149 do Pará, os principais desafios na atuação dos ACS estão relacionados a falta de transporte
2150 e cotas de combustível, insuficiência de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), que
2151 até são fornecidos pelas prefeituras, mas de forma descontínua, falta de cursos de
2152 capacitação e pouca convivência com os demais profissionais da equipe (LIMA et al.,
2153 2021) O conjunto ampliado de práticas dos ACS coloca este profissional como um
2154 relevante ator para promover cuidados, facilitar o acesso da população rural aos serviços
2155 de saúde e como um mediador na promoção e prevenção de doenças.

2156 Em relação à auto avaliação dos serviços de saúde na comunidade, 55% dos
2157 ribeirinhos avaliaram como sendo péssima, essa avaliação é devido a inexistência de
2158 postos de saúde e de profissionais na maioria das comunidades. Nos relatos dos

2159 ribeirinhos permanece a frustração ao precisar de atendimento de saúde. O papel do
2160 usuário como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria da relação
2161 entre ele e o serviço (RAMOS; LIMA, 2003).

2162 **3.5 A Saúde bucal dos ribeirinhos:**

2163 O acesso a serviços de saúde bucal ainda é restrito. Existem desigualdades
2164 regionais marcantes, com as regiões Norte e Nordeste em pior situação se comparadas às
2165 demais regiões do país, as desigualdades socioeconômicas se refletem na utilização de
2166 serviços de saúde bucal (BRASIL, 2012). Há ainda discrepâncias quando comparado por
2167 região, capital e interior, sendo encontradas as piores condições de saúde bucal no interior
2168 dos Estados (AMARAL et al., 2017).

2169 Nas comunidades ribeirinhas da Flona não existe nenhum tipo de atendimento de
2170 saúde bucal regular por cirurgião dentista, os ribeirinhos passam pela consulta apenas nas
2171 expedições da UBSF, expedições de ONGs ou entidades religiosas, e na sede do
2172 município. Estas expedições têm caráter esporádico, onde o barco permanece em média
2173 um dia em cada comunidade para prestar os cuidados. Entre os moradores mais idosos é
2174 comum o relato de nunca ter ido ao dentista (7,3%), taxa considerada alta. Visualmente
2175 é possível perceber que a qualidade da dentição dos ribeirinhos é muito precária e a perda
2176 dos dentes é algo comum para eles, o que diminui muito a qualidade de vida, interfere na
2177 alimentação, e diminui a autoestima.

2178 Outro dado interessante que chama atenção é o período decorrido desde a última
2179 consulta, sendo entre 1 e 2 anos (44%) e mais de 3 anos (39,0 %), além de que 83% dos
2180 ribeirinhos utilizam o serviço público, e apenas uma pequena porcentagem consegue
2181 pagar pelos serviços (tabela 8). Estes resultados deixam claro a dificuldade de acesso à
2182 saúde bucal.

2183 Na região do Rio Paraconi, um prático oferece serviços de extração de dentes
2184 mediante pagamento; 10,5% dos participantes informaram ter procurado por este serviço,
2185 principalmente motivados pela dor e falta de recursos de transporte para ir até a cidade.

2186

2187

2188

2189 Tabela 8: Acesso aos serviços de saúde bucal nas comunidades ribeirinhas da Floresta
2190 Nacional de Pau Rosa, Maués, AM, 2020

Acesso aos serviços de saúde bucal		
Variáveis	N	%
Já foi ao dentista		
Sim	114	92,7
Não	9	7,3
Há quanto tempo (anos)		
Menos de 1	12	9,7
Entre 1 e 2	54	44,0
3 anos ou mais	48	39,0
Nunca	9	7,3
Tipo de serviço que procurou		
Serviço público	102	83,0
Serviço privado	8	6,5
Outros	13	10,5

2191

2192 Os índices CPO-d e CEO-d foram desenvolvidos por Klein e Palmer, em um
2193 estudo de prevalência de cárie em grupos indígenas norte-americanos, realizado entre
2194 1929 e 1932. O CPO-d é calculado pela soma dos dentes afetados pela doença cárie,
2195 estejam eles cariados (C), perdidos (P) ou obturados (O) e é utilizado para dentes
2196 permanentes. O CEO-d é o cálculo de dentes cariados, extraídos por indicação e obturados
2197 e é usado para dentes decíduos. Esses índices são preconizados para estudos
2198 epidemiológicos e indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o
2199 acompanhamento dos níveis de cárie no mundo (ARANTES, 2005).

2200 Em estudo realizado por Cohen-Carneiro et al., (2009), no município de Coari, os
2201 resultados mostram que os ribeirinhos enfrentam dificuldades no acesso a saúde bucal, as
2202 principais dificuldades estão relacionadas ao isolamento das comunidades em relação a
2203 sede dos municípios, a ausência de serviço permanente de saúde bucal nas comunidades,
2204 os altos custos para se locomover até os municípios, além da demora em conseguir
2205 atendimento nos serviços oferecidos pela prefeitura.

2206 Diversos estudos encontraram a dor de dente e a falta de dentes como o principal
2207 problema causador de impacto na saúde bucal (NARVAI et al., 2006). Em um estudo
2208 realizado com população ribeirinha em Rondônia, nas faixas etárias de 4-5, 6-10 anos, o
2209 índice CEOD (dentes cariados, extraídos e obturados) foi de 4,30 e 3,50. Já na faixa etária

2210 de 35-44; e de 65-74 anos o índice CEPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) foi de
2211 17, 74 e 21,56 (SILVA et al., 2008). Em um estudo realizado no Pará em oito comu-
2212 nidades ribeirinhas próximas a cidade de Santarém, foi possível verificar que o ceod
2213 médio para 5 anos foi de 5,3 e o cpod aos 12 anos foi de 4,0 (AMARAL et al., 2017).

2214 A educação em saúde é uma estratégia de planejamento que deve ser usada nas
2215 comunidades, através de programas educativos e preventivos, abordando temas sobre
2216 saúde bucal, distribuição de kits de higiene, palestras demonstrativas para incentivar a
2217 escovação dos dentes, somente com fortalecimento dessas atividades é que será possível
2218 melhorar a qualidade de vida da população.

2219 **3.6 Prática da automedicação:**

2220 A automedicação é uma forma comum de auto atenção à saúde, consistindo no
2221 consumo de um produto com o objetivo de tratar ou aliviar sintomas ou doenças
2222 percebidas, ou mesmo de promover a saúde, independentemente da prescrição
2223 profissional (LOYOLA FILHO et al., 2002). Pode ainda ser definida como o uso de
2224 medicamentos sem prescrição médica, onde o próprio paciente decide qual fármaco a
2225 utilizar. Inclui-se nessa designação genérica a prescrição ou indicação de medicamentos
2226 por pessoas não habilitadas, como amigos, familiares e mesmo balconistas de farmácia,
2227 neste último caso, caracterizando exercício ilegal da medicina (KOVACS; BRITO,
2228 2006).

2229 O Brasil é um dos principais consumidores mundiais de medicamentos, com o
2230 mercado de medicamentos alcançando 22,1 bilhões de dólares anualmente (SANTOS;
2231 FERREIRA, 2012). A ampla disponibilidade aos medicamentos aumenta a possibilidade
2232 de uso irracional. Segundo a OMS, mais de 50,0% de todos os medicamentos são
2233 incorretamente prescritos, dispensados e vendidos, e metade dos pacientes os utilizam de
2234 maneira errada. Um dos fatores que contribuem para o uso incorreto de medicamentos é
2235 a prática inadequada da automedicação (WANNMACHER, 2012).

2236 Considerando o contexto de vida ribeirinha, em áreas remotas, o autocuidado, que
2237 pode incluir a prática de automedicação, é encorajado com a finalidade de aliviar
2238 rapidamente os sintomas ou doenças de menor gravidade sem a necessidade de consultas
2239 médicas, sobretudo pela dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde.

2240 Foi observada uma prevalência de 74,7% de automedicação entre os ribeirinhos
2241 da Flona, tendo sido relatado o consumo de 34 tipos de medicamentos diferentes, que
2242 segundo os participantes, costumam armazenar pelo entre dois e quatro medicamentos

2243 nas residências 60,6%, costumam ler ou solicitar a leitura das bulas a terceiros 55,4% e
 2244 76,0% verificaram os prazos de validade dos medicamentos (Tabela 9).

2245

2246 Tabela 9: Hábitos relacionados à automedicação em ribeirinhos da Floresta Nacional de
 2247 Pau Rosa, Maués, AM, 2020

Variáveis	Automedicação	
	N	%
Fez uso de automedicação nos últimos 30 dias		
Sim	92	74,7
Não	31	25,3
Motivos que levaram a automedicação		
Dor	41	44,5
Infecções gastrointestinais	30	32,6
Febre	21	22,9
Principais medicamentos usados		
Analgésico	43	46,7
Anti-inflamatório	21	22,8
Antibióticos	14	15,2
Vitaminas	8	8,6
Outros	6	6,5
Uso combinado de medicamento alopático e plantas medicinais		
Sim	34	37,0
Não	58	63,0
Guarda medicamentos na residência		
Apenas um tipo	17	18,5
Entre 2 e 4	65	70,6
Nenhum	10	10,8
Forma de identificar os medicamentos		
Nome	53	57,6
Embalagem	28	30,4
Tamanho/cor	11	12,0
Lê ou pede para alguém ler a bula		
Sim	51	55,5
Não	41	44,5
Verifica a validade dos medicamentos		
Sim	70	76,0
Não	22	24,0

2248

2249 Alguns estudos encontrados na literatura sobre o tema apresentam percentuais de
 2250 automedicação mais baixos do que os encontrados na Flona, em Bogotá na Colômbia, a
 2251 prevalência da automedicação foi 27,3% (LÓPEZ; DENNIS; MOSCOSO, 2009). Na
 2252 África, em estudos realizados na Etiópia e no Sudão, a prevalência foi 39,2%¹⁹ e 28,3%,
 2253 respectivamente (AWAD; ELTAYEB; CAPPS, 2006).

2254 Em um estudo realizado no ano de 2014, com dados da Pesquisa Nacional de
2255 Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de medicamentos (PNAUM), a
2256 prevalência da automedicação no Brasil foi de 16,1% (ARRAIS et al. 2016).

2257 Em investigação realizada no Amazonas no município de Coari com população
2258 ribeirinha a prevalência da automedicação detectada foi de 76,3% (GAMA; SECOLI,
2259 2020). No Brasil, as maiores prevalências da automedicação ocorreram em estudos
2260 populacionais realizados na região Nordeste - Piauí (92,7%) (CARVALHO et al., 2011)
2261 e em Pernambuco (77,0%) (SÁ; BARROS; SÁ, 2007).

2262 Analgésicos (46,7%) e anti-inflamatórios (22,8%) e antibióticos (15,2%) foram as
2263 principais classes terapêuticas consumidas na prática de automedicação (Tabela 9). O
2264 principal motivo autorrelatado para a prática da automedicação foi a presença de dores
2265 em geral 44,5% (dor de cabeça, dores nas costas, dores musculares, dores nas articulações
2266 e dores abdominais), infecções gastrointestinais 32,6% e sintomas de gripe (febre e tosse)
2267 22,8%. Os medicamentos mais usados no alívio de dor e processos inflamatórios foram
2268 analgésicos, especialmente anti-inflamatórios não esteroidais (dipirona, paracetamol,
2269 AAS, ibuprofeno e diclofenaco).

2270 Os medicamentos para dor e febre são encontrados frequentemente nas caixinhas
2271 de medicamentos nas residências pois o custo é relativamente baixo possibilitando a
2272 aquisição. Os analgésicos são muito consumidos em virtude de sua fácil aquisição nas
2273 farmácias. Portanto o armazenamento de medicamentos para tratar sintomas leves de
2274 dores de cabeça ou musculares, e também resfriados é uma pratica comum entre os
2275 ribeirinhos e justificado no contexto das dificuldades enfrentadas no dia a dia
2276 (MEDEIROS et al., 2013). Estudos realizados tanto em países desenvolvidos como nos
2277 em desenvolvimento, relataram associação entre a automedicação e a presença de agravos
2278 menores, como gripe, resfriado cefaleia e dores musculares (CARRASCO-GARRIDO et
2279 al., 2010).

2280 Na Flona, a maioria dos ribeirinhos vive exclusivamente da pesca e da agricultura.
2281 Essas atividades exigem muito esforço físico, e não há auxílio de tração animal ou de
2282 máquinas nas pequenas roças nos sistemas de agricultura familiar. Pode-se inferir que
2283 essas atividades laborais contribuem para o consumo de analgésicos e anti-inflamatórios
2284 na modalidade de automedicação.

2285 Os ribeirinhos que se automedicaram costumam guardar medicamentos nas
2286 residências, para que possam ser utilizados em um momento oportuno, já que serviços de
2287 saúde ou farmácias são inexistentes nas comunidades. Uma investigação realizada em

2288 Uganda indicou que 40,3% dos sujeitos pesquisados que residem distantes dos locais
2289 onde adquirem medicamentos, eram os mais prováveis de armazenar estes insumos nas
2290 residências. O estudo apontou que o armazenamento de medicamentos nas residências
2291 pode servir de indicador de limitações de acesso aos serviços de saúde (OCAN et al.,
2292 2014).

2293 Vale ressaltar o armazenamento dos medicamentos em condições inadequadas,
2294 tais como: locais pouco arejados, com exposição a umidade, luz e calor, fora de suas
2295 embalagens originais, com os respectivos rótulos, data de validade inelegível; o que de
2296 maneira geral costuma ocorrer, pode levar ao comprometimento da qualidade e da
2297 efetividade destes produtos, favorecendo a degradação dos princípios ativos, reduzindo a
2298 eficácia ou mesmo contribuindo na formação de substâncias tóxicas (MASTROIANNI et
2299 al., 2011).

2300 Em relação aos riscos da automedicação os ribeirinhos apresentaram baixo
2301 conhecimento, e a maioria acredita que os medicamentos não causam nenhum mal à
2302 saúde. Ainda o que concerne ao acesso aos serviços de saúde, quanto maior for o tempo
2303 de deslocamento para acessar a sede do município maiores são as chances de
2304 automedicação, pois os ribeirinhos costumam estocar medicamentos para usar no
2305 momento de necessidade.

2306 O uso irracional de medicamentos sem prescrição médica é um problema muito
2307 complexo, o qual necessita da implementação de diferentes formas de intervenções com
2308 estratégias de conscientização dos profissionais de saúde para que os mesmos abandonem
2309 o hábito de indicar medicamentos sem conhecimento específico. Tais resultados reforçam
2310 a necessidade de promover a educação da população sobre o uso adequado de
2311 medicamentos, além de uma aproximação do poder público para oferecer atendimento
2312 médico que garanta a oferta dos medicamentos necessários, eficazes, seguros e de preço
2313 acessível.

2314 **3.7 Conhecimento tradicional das plantas medicinais:**

2315 Apesar da ocorrência de uso de medicamentos alopáticos e a consequente prática
2316 da automedicação, o uso de plantas medicinais para tratamentos de problemas de saúde é
2317 muito frequente na população estudada. Segundo relato dos ribeirinhos o uso dos
2318 remédios caseiros ainda é uma alternativa de socorro para o tratamento de suas doenças
2319 mais comuns, sendo utilizado pela grande maioria dos moradores, superando o uso dos
2320 medicamentos alopáticos.

2321 O papel das plantas medicinais nos processos de saúde-doença-tratamento-cura
2322 entre comunidades tradicionais perpassa por questões históricas, culturais e ambientais,
2323 onde a maioria destes povos vive e tem relações estreitas entre si. Na Amazônia essa
2324 característica é um traço marcante, a interação do povo local com a natureza possibilita
2325 diversas maneiras de utilização dos recursos vegetais e uma constante troca de saberes
2326 (AMARAL; GUARIM NETO, 2008).

2327 Esses conhecimentos e práticas são passados de geração em geração, consistindo
2328 muitas vezes no único meio de garantia de reabilitação da saúde principalmente para
2329 populações que ficam distantes dos centros urbanos (VÁSQUEZ; MENDONÇA; NODA,
2330 2014).

2331 O consumo de plantas medicinais tem base na tradição familiar, no fácil acesso às
2332 plantas e na possibilidade de preparo caseiro, além do baixo custo. Segundo Amorozo e
2333 Gély, (1988), a mulher domina melhor o conhecimento das plantas que crescem próximo
2334 às casas, no quintal, enquanto o homem conhece mais as plantas do mato e da Floresta.
2335 Em geral, o aprendizado é transmitido oralmente de pessoa a pessoa, indo ao encontro de
2336 estudos que mencionam que as primeiras manifestações desse conhecimento começam
2337 na infância passando de geração para geração (BEGOSSI; HANAZAKI; TAMASHIRO,
2338 2002).

2339 Os hábitos observados na Flona em relação ao uso e preparo de remédios caseiros
2340 corroboram com as informações encontradas na literatura, já que quase a totalidade dos
2341 entrevistados mencionou ter aprendido a usar plantas medicinais com as mulheres; 39,8%
2342 deles citaram a mãe, 25,2 % a avó, 15,5% a tia, como a principal transmissora desse
2343 conhecimento, conforme apresentado na tabela 10.

2344 Nas preparações dos remédios caseiros foram usadas diversas partes dos vegetais,
2345 com destaque para as folhas 58,5%, seguida da casca 22,7%, óleo 8,1%. Este resultado
2346 foi também observado nas pesquisas de Cunha e Bortolloto (2011) e Pasa (2011) . De
2347 acordo com Parthiban et al., (2016) a preferência pelas folhas justifica-se pela facilidade
2348 de coleta, por ser a parte mais visível da planta e que sua retirada causa pouco dano ao
2349 vegetal, ademais, estão disponíveis em qualquer estação do ano. As plantas medicinais
2350 conhecidas nas comunidades ribeirinhas da Flona são obtidas principalmente, nos
2351 quintais dos entrevistados e em áreas próximas, sendo que 70,7% das plantas são
2352 cultivadas, do restante das plantas 29,3% são silvestres. O modo de preparo das plantas
2353 medicinais foi diverso, sendo a principal o chá 59,4%, sendo empregado no preparo de
2354 diversas espécies, seguido xarope (14,6%), banho (11,3%), garrafadas (9%), maceração

2355 (5,6%). As plantas medicinais mais citadas foram a Andiroba, Copaíba, Carapanaúba,
2356 Capim cheiroso Jucá, Saracura.

2357

2358 Tabela 10: Perfil de utilização de plantas medicinais entre os ribeirinhos da Floresta
2359 Nacional de Pau Rosa, Maués, AM, 2020

Variáveis	N	%
Com quem aprendeu usar		
Mãe	49	39,8
Avó	31	25,2
Tia	19	15,5
Outros	24	19,5
Parte utilizada		
Folha	72	58,5
Casca do caule	28	22,7
Óleo	10	8,2
Fruta	6	4,8
Raiz	4	3,2
Flor	3	2,5
Modo de Preparo		
Chá	73	59,4
Xarope	18	14,6
Banho	14	11,3
Garrafada	11	9,0
Maceração	7	5,6
Origem da planta		
Cultivada	87	70,7
Silvestre	36	29,3

2360

2361 Os ribeirinhos da Flona referiam utilizar essas plantas em chás combinados com
2362 mel de abelha, e limão ou mangarataia, para tratar gripes e tosse. As “Garrafadas” são
2363 combinações de plantas medicinais, podendo conter ainda produtos de origem animal ou
2364 mineral, e que têm como veículo aguardente ou vinho, ou apenas as plantas e água. Trata-
2365 se de uma preparação típica da medicina popular especialmente na região norte, utilizada
2366 no tratamento de diversas enfermidades. Em relação aos tipos de receitas, foram relatadas
2367 preparações apenas com uma planta (receita simples) e com mais de uma (receita mista).
2368 Práticas de misturas de plantas adotadas entre índios da Amazônia brasileira foram
2369 também observadas nos trabalhos de Frausin et al., (2015) e Vasco dos Santos et al.,
2370 (2018).

2372 Tabela 11: Plantas medicinais e formas de uso relatadas por ribeirinhos das
 2373 comunidades da Floresta Nacional de Pau Rosa, Maués, AM, 2020

Nome popular	Parte utilizada	Forma de preparo	Usos principais
Andiroba	Casca do caule, fruto, óleo	Chá, xarope, uso tópico, ingestão do óleo	Gripe, tosse, febre, cicatrizante, repelente de insetos
Copaíba	Casca do caule, óleo	Chá, uso tópico	Quedas, gastrite, dor de garganta
Carapanaúba	Casca	Chá, garrafada	Anti-inflamatório, cicatrizante, bom para fígado
Capim cheiroso	Folha	Chá	Calmante, dor de estômago
Hortelãozinho	Folha	Chá, maceração	Gripe, tosse, dor de cabeça, dor de estômago, quebranto
Jucá	Folha	Chá, garrafada	Dor de garganta, fígado, inflamação
Mastruz	Folha	Xarope, chá	Verme, gripe, tosse, dor de estômago
Limão,	Folha, fruto	Chá, banho, xarope	Gripe, dor de cabeça, dor de garganta
Cajuaçu	Fruto, casca	Fruto in natura	Diarreia, vômito
Mangarataia	Caule, raiz	Chá, xarope	Gripe, tosse
Jambu	Folha, flor	Chá, xarope	Gripe, dor de garganta
Saracura	Folha, caule	Chá, garrafada	Febre, fígado, hipertensão
Jatobá	Casca do caule	Chá, maceração, garrafada	Dores nas costas, anemia, dores no rim
Manga	Fruto	Xarope	Diarreia
Amor crescido	Folha	Chá, banho	Inflamação, fígado
Óleo elétrico	Folha	Chá	Dor de estômago
Quebra pedra	Folha, raiz	Chá	Inflamação dos rins

Pião- roxo	Folha	Chá, banho, uso tópico, garrafada	Cicatrizante, cura mal olhado, espírito mau
Erva cidreira	Folha	Chá	Calmanete para dar sono, hipertensão
Japana	Folha	Chá	Diarreia, barriga inchada, dor de cabeça
Piranheira	Casca do caule	Chá, garrafada	Diabetes
Sabugueiro	Folha	Chá, maceração	Sarampo, catapora, dengue
Uxi	Casca do caule	Chá, maceração, banho	Inflamação de urina, sintomas da menopausa
Corama	Folha	Maceração, banho	Coceira, doenças de pele

2374

2375 Algumas espécies listadas pelos ribeirinhos se referem ao tratamento dos
2376 transtornos do sistema digestivo e de doenças infecciosas e parasitárias (mastruz, jambu,
2377 hortelãzinho), tendência que também foi encontrada em outros estudos realizados no
2378 Brasil (BALDAUF et al., 2009; DE MELLO AMOROZO, 2002; NEGRELLE;
2379 FORNAZZARI, 2007).

2380 Outro aspecto que foi encontrado no estudo é a forte crença popular em
2381 benzedeiros, curadores, e puxadores de desmintaduras (luxações em ossos). A busca por
2382 crenças populares antes de procurar os serviços tradicionais foi relatado por 38,2% dos
2383 entrevistados. Primeiro eles tentam resolver os seus problemas de saúde com as
2384 benzedeiros, e plantas medicinais e só vão buscar atendimento na cidade se o estado de
2385 saúde se agravar. No Brasil, os benzedores surgiram a partir do século XVII e as
2386 interpretações dos conhecimentos, uso tradicional dos recursos vegetais e manejo
2387 realizado por benzedores, raizeiros, parteiras são fonte de pesquisa para os estudos
2388 etnobotânicos (BACCHI, 1996).

2389 O benzimento e a simpatia são processos de tratamento das doenças consideradas
2390 espirituais ou de causas não-naturais. Esse processo pode ou não envolver o uso de
2391 plantas. Os conceitos sobre benzimento e simpatia mostram que, independente da
2392 religião, a eficácia do tratamento está fortemente relacionada com a fé das pessoas
2393 envolvidas nesse processo. Lévi Strauss (1975), comenta que a eficácia da magia implica
2394 na crença da magia, e que a mesma se apresenta sob três aspectos: a crença do feiticeiro

2395 em suas técnicas de cura; a crença do doente no poder do feiticeiro e, por último, a
2396 confiança e a opinião coletiva da comunidade sobre o feiticeiro.

2397 A medicina popular praticada pelas benzedadeiras ainda possui credibilidade junto
2398 a população ribeirinha. As benzedadeiras, curadores, puxadores com seus conhecimentos
2399 de plantas medicinais e rituais religiosos, são considerados tão eficazes quanto os médicos
2400 e remédios de farmácia. Essas pessoas atuam paralelamente ao sistema oficial da
2401 medicina institucionalizada, contribuindo para a promoção da saúde e bem-estar dos que
2402 lhes procuram (TRINDADE, 2012).

2403 **3.8 Considerações Finais**

2404 Apesar da universalidade do acesso ser um dos princípios do SUS, a dificuldade
2405 para acessar o serviço de saúde ainda é uma realidade desigual e excludente para a maioria
2406 das comunidades ribeirinhas dispersas na Amazônia. Embora tenha ocorrido melhoria na
2407 cobertura de saúde no contexto descrito, é importante ressaltar que para ocorrer maiores
2408 avanços é de suma importância que as futuras políticas de saúde contemplem as
2409 peculiaridades da região, e os saberes da população ribeirinha. A luta por direitos, redução
2410 de desigualdades e satisfação das necessidades básicas está longe de acabar. Temos o
2411 desafio de criar e recriar novos formatos de fazer saúde que contemple o território
2412 líquido, e respeitando o direito dessas populações de permanecerem em seus territórios
2413 com autonomia sociocultural.

2414 **3.9 Referências Bibliográficas**

2415 AMARAL, C. N. DO; GUARIM NETO, G. Os quintais como espaços de conservação e
2416 cultivo de alimentos: um estudo na cidade de Rosário Oeste (Mato Grosso, Brasil).
2417 **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, v. 3, p. 329–341,
2418 2008.

2419 AMOROZO, M. C. DE M.; GÉLY, A. Uso de plantas medicinais por caboclos do baixo
2420 Amazonas Barcarena, PA, Brasil. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Belém-**
2421 **PA. v. 4 n.1, p. 47–131, 1988.**

2422 ARANTES, R. **Saúde bucal dos povos indígenas do Brasil e o caso dos Xavantes de**
2423 **Mato Grosso**. 2005. Tese de doutorado.

2424 ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados.
2425 **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016.

2426 AWAD, A. I.; ELTAYEB, I. B.; CAPPS, P. A. Self-medication practices in Khartoum
2427 state, Sudan. **European journal of clinical pharmacology**, v. 62, n. 4, p. 317–324, 2006.

- 2428 BACCHI, E. M. Controle de qualidade de fitoterápicos. **Plantas medicinais: arte e**
2429 **ciência, um guia de estudo interdisciplinar. São Paulo: UNESP**, p. 169–185, 1996.
- 2430 BACKES, D. S. et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde?
2431 Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciencia & saude**
2432 **coletiva**, v. 14, n. 3, p. 903–910, 2009.
- 2433 BALDAUF, C. et al. “ Ferveu, queimou o ser da erva”: conhecimentos de especialistas
2434 locais sobre plantas medicinais na região Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Plantas**
2435 **Medicinais**, v. 11, n. 3, p. 282–291, 2009.
- 2436 BARBOSA. Território Líquido: Saúde sobre as águas. **Revista Fiocruz Amazônia**, v.
2437 V.2, 2018.
- 2438 BEGOSSI, A.; HANAZAKI, N.; TAMASHIRO, J. Y. Medicinal plants in the Atlantic
2439 Forest (Brazil): knowledge, use, and conservation. **Human ecology**, v. 30, n. 3, p. 281–
2440 299, 2002.
- 2441 BOUSQUAT, A. et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras:
2442 os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00037316, 2017.
- 2443 BRASIL. **Secretaria de Atenção Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde SB Brasil**
2444 **2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Ministério da Saúde,
2445 , 2012.
- 2446 BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de
2447 Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção
2448 Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, v. 183,
2449 n. 1, 2017.
- 2450 CAMPBELL, N. C. et al. A qualitative study in rural and urban areas on whether—and
2451 how—to consult during routine and out of hours. **BMC Family Practice**, v. 7, n. 1, p. 1–
2452 9, 2006.
- 2453 CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. DA S. DOS. Fatores individuais associados à
2454 utilização de consultas médicas por adultos. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p.
2455 436–443, 2006.
- 2456 CARRASCO- GARRIDO, P. et al. Sex—Differences on self- medication in Spain.
2457 **pharmacoepidemiology and drug safety**, v. 19, n. 12, p. 1293–1299, 2010.
- 2458 CECCIM, R. B. et al. In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por
2459 círculos em rede. 2016.
- 2460 CECILIO, L. C. DE O.; REIS, A. A. C. DOS. Apontamentos sobre os desafios (ainda)
2461 atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00056917, 2018.
- 2462 CIT. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 27, de 28 de setembro de 2017.
2463 Dispoe sobre o II Plano Operativo (2017- 2019) da Política Nacional de Saúde Integral
2464 das Populações do Campo, da Floresta e das Aguas, no âmbito do Sistema Único de Saúde
2465 (SUS). 2017.

- 2466 COHEN-CARNEIRO, F. et al. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no
2467 Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari.
2468 **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1827–1838, 2009.
- 2469 CUNHA, S. A. DA; BORTOLOTTI, I. M. Etnobotânica de plantas medicinais no
2470 assentamento Monjolinho, município de Anastácio, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Acta**
2471 **Botânica Brasilica**, v. 25, p. 685–698, 2011.
- 2472 DA SILVA, L. D. C.; DE FARIAS SOUZA, W. P. S.; DA SILVA, M. V. B. Análise
2473 Espacial da Extrema Pobreza na Região Nordeste: uma aplicação para os municípios.
2474 2013.
- 2475 DE CARVALHO, M. DO C. et al. Uso de medicamentos sem prescrição médica em
2476 Teresina, PI. **ConScientiae Saúde**, v. 10, n. 1, p. 31–37, 2011.
- 2477 DE MELLO AMOROZO, M. C. USO E DIVERSIDADE DE PLANTAS MEDICINAIS
2478 EM SANTO ANTONIO DO LEVERGER, MT, BRASIL1. **Acta bot. bras**, v. 16, n. 2,
2479 p. 189–203, 2002.
- 2480 DE MELO NETO, A. J.; DA SILVA BARRETO, D. Programa Médicos pelo Brasil:
2481 inovação ou continuidade? **Revista Brasileira De Medicina De Família E**
2482 **Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 2162–2162, 2019.
- 2483 DO AMARAL, R. C. et al. A relação entre a saúde bucal e a cárie dentária em oito
2484 comunidades ribeirinhas-Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 74, n. 1, p.
2485 18, 2017.
- 2486 FERREIRA, G. D. et al. Prevalence and associated factors of back pain in adults from
2487 southern Brazil: a population-based study. **Brazilian Journal of Physical**
2488 **Therapy/Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 15, n. 1, 2011.
- 2489 FIGUEIRA, M. C.; LEITE, T. M. C.; SILVA, E. M. Educação em saúde no trabalho de
2490 enfermeiras em Santarém do Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n.
2491 3, p. 414–419, 2012.
- 2492 FRAUSIN, G. et al. An ethnobotanical study of anti-malarial plants among indigenous
2493 people on the upper Negro River in the Brazilian Amazon. **Journal of**
2494 **ethnopharmacology**, v. 174, p. 238–252, 2015.
- 2495 FREITAS, J. M. B. DE. Território e redes vivas de saúde numa Amazônia quilombola.
2496 2019.
- 2497 GAMA, A. S. M. et al. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas,
2498 Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00002817, 2018.
- 2499 GAMA, A. S. M.; SECOLI, S. R. Práticas de automedicação em comunidades ribeirinhas
2500 na Amazônia brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, 2020.
- 2501 GARNELO, L. et al. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde
2502 da Família na Amazônia. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 158–172, 2014.

- 2503 GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações
2504 rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 81–99, 2018.
- 2505 GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. DE O. DA. Regionalização em Saúde no
2506 Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1225–1234, 2017.
- 2507 GIRARDI, S. N. et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no
2508 âmbito da Atenção Primária. **Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores.**
2509 **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro:**
2510 **Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH**, p. 171–86, 2011.
- 2511 IÑIGUEZ ROJAS, L. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina.
2512 **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 4, p. 701–711, 1998.
- 2513 JESUS, W. L. A. DE; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso
2514 nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15,
2515 p. 161–170, 2010.
- 2516 KADRI, M. R. E. et al. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção
2517 Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p.
2518 e180613, 2019.
- 2519 KOVACS, F. T.; BRITO, M. DE F. DE M. Percepção da doença e automedicação em
2520 pacientes com escabiose. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 81, p. 335–340, 2006.
- 2521 LÉVI-STRAUSS, C. O feiticeiro e sua magia. **Antropologia estrutural**, v. 5, p. 193–
2522 214, 1975.
- 2523 LIMA, R. T. DE S. et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma
2524 análise de indicadores de produção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2685–2696,
2525 2016.
- 2526 LIMA, R. T. DE S. et al. Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em
2527 áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2053–2064,
2528 2021.
- 2529 LÓPEZ, J. J.; DENNIS, R.; MOSCOSO, S. M. Estudio sobre la automedicación en una
2530 localidad de Bogotá. **Revista de salud pública**, v. 11, p. 432–442, 2009.
- 2531 LOYOLA FILHO, A. I. DE et al. Prevalência e fatores associados à automedicação:
2532 resultados do projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, p. 55–62, 2002.
- 2533 MARTINS, A. C. et al. Ensino médico e extensão em áreas Ribeirinhas da Amazônia.
2534 **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 4, p. 566–572, 2013.
- 2535 MASTROIANNI, P. DE C. et al. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma
2536 população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. **Revista Panamericana de**
2537 **Salud Publica**, v. 29, p. 358–364, 2011.
- 2538 MATOS, WERNECK, AGUIAR. Potencialidades e desafios da atenção primária à saúde
2539 na Amazônia: a trajetória de implantação de Unidades Básicas de Saúde Fluvial em dois
2540 municípios do Estado Amazonas. n. 1 ed, p. 51–70, 2019.

- 2541 MEDEIROS, D. S. DE et al. Medication use by the? quilombola? population: a survey in
2542 Southwestern Bahia, Brazil. **Revista de saude publica**, v. 47, p. 905–913, 2013.
- 2543 MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión
2544 sistemática sobre los factores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 819–
2545 832, 2001.
- 2546 MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado:
2547 possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 898–906,
2548 2005.
- 2549 NARVAI, P. C. et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e
2550 exclusão social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 19, p. 385–393, 2006.
- 2551 NEGRELLE, R. R. B.; FORNAZZARI, K. R. C. Estudo etnobotânico em duas
2552 comunidades rurais (Limeira e Ribeirão Grande) de Guaratuba (Paraná, Brasil). **Revista**
2553 **Brasileira de Plantas Mediciniais**, v. 9, n. 2, p. 36–54, 2007.
- 2554 OCAN, M. et al. Patterns and predictors of self-medication in northern Uganda. **PLoS one**,
2555 v. 9, n. 3, p. e92323, 2014.
- 2556 OLIVEIRA, S. K. M. et al. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas
2557 Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2879–2890, 2015.
- 2558 PARTHIBAN, R. et al. Quantitative traditional knowledge of medicinal plants used to
2559 treat livestock diseases from Kudavasal taluk of Thiruvarur district, Tamil Nadu, India.
2560 **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 26, n. 1, p. 109–121, 2016.
- 2561 PASA, M. C. Saber local e medicina popular: a etnobotânica em Cuiabá, Mato Grosso,
2562 Brasil. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, v. 6, n. 1, p.
2563 179–196, 2011.
- 2564 RAFFESTIN, C. Por uma geografia do poder (São Paulo: Ática). **Trad. Maria Cecília**
2565 **França**, 1993.
- 2566 RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. DA S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma
2567 unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde**
2568 **Pública**, v. 19, n. 1, p. 27–34, 2003.
- 2569 SÁ, M. B.; BARROS, J. A. C. DE; SÁ, M. P. B. DE O. Automedicação em idosos na
2570 cidade de Salgueiro-PE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, p. 75–85, 2007.
- 2571 SANTOS, E. C.; FERREIRA, M. A. A indústria farmacêutica e a introdução de
2572 medicamentos genéricos no mercado brasileiro. **Revista Nexos Econômicos**, v. 6, n. 2,
2573 p. 95–120, 2012.
- 2574 SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos**
2575 **Ippur**, v. 2, p. 15–25, 1999.
- 2576 SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. Globalização e Geografia: a compartimentação do
2577 espaço. **Caderno Prudentino de Geografia**, v. 1, n. 18, p. 5–17, 1996.

- 2578 SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A.; BIANCARELLI, A. Demografia médica no Brasil
2579 (Vol. 2). **São Paulo: Conselho Federal de Medicina e Conselho Regional de Medicina**
2580 **do Estado de São Paulo**, 2013.
- 2581 SCHWEICKARDT, J. C. et al. TERRITÓRIO NA ATENÇÃO BÁSICA. **In-formes da**
2582 **Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**, 2016a.
- 2583 SCHWEICKARDT, J. C. et al. **Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo**
2584 **redes de cuidado**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016b.
- 2585 SILVA, R. H. A. DA et al. Cárie dentária em população ribeirinha do Estado de Rondônia,
2586 Região Amazônica, Brasil, 2005/2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 2347–
2587 2353, 2008.
- 2588 SILVA, R. H. A. DA et al. Análise das diferentes manifestações de cultura quanto aos
2589 cuidados em saúde bucal em moradores de região rural ribeirinha em Rondônia, Brasil.
2590 **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1475–1480, 2010.
- 2591 SILVEIRA, R. P.; PINHEIRO, R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da
2592 Amazônia-Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 4, p. 451–459,
2593 2014.
- 2594 SOUTO, K. M. B. et al. Estado e políticas de equidade em saúde: democracia
2595 participativa? **Saúde em Debate**, v. 40, p. 49–62, 2016.
- 2596 STOPA, S. R. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa
2597 Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 3s, 2017.
- 2598 TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e**
2599 **sociedade**, v. 20, p. 927–934, 2011.
- 2600 TEDIOSI, F. et al. Access to medicines and out of pocket payments for primary care:
2601 evidence from family medicine users in rural Tajikistan. **BMC health services research**,
2602 v. 8, n. 1, p. 1–8, 2008.
- 2603 TOCANTINS, Leandro. **O rio comanda a vida**. 1968.
- 2604 TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes
2605 em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2490–
2606 2502, 2007.
- 2607 TRINDADE, D. DO C. **As benzedadeiras do Amazonas: a atualidade da cura popular**
2608 **na cidade de Parintins**. VII CONNEPI-Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e
2609 Inovação. **Anais...**2012.
- 2610 VASCO-DOS-SANTOS, D. R. et al. Plantas antiParasitárias utilizadas Pelos indígenas
2611 Kantaruré-Batida (ne-Brasil): etnoBotânica e riscos de erosão dos saBeres locais1.
2612 **Ambiente & Sociedade**, v. 21, 2018.
- 2613 VÁSQUEZ, S. P. F.; MENDONÇA, M. S. DE; NODA, S. DO N. Etnobotânica de plantas
2614 medicinais em comunidades ribeirinhas do Município de Manacapuru, Amazonas, Brasil.
2615 **Volume 44, Número 4, Pags. 457-472**, 2014.

2616 WANNMACHER, L. Conduas baseadas em evidências sobre medicamentos utilizados
2617 em atenção primária à saúde. **Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência,**
2618 **Tecnologia e Insumos Estratégicos.** Uso racional de medicamentos: temas
2619 selecionados/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos
2620 Estratégicos–Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

2621 WEBER, C. A. T. Dialética de uma política de provimento médico em áreas prioritárias
2622 no Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 63, n. 3, p. 268–277, 2017.

2623

2624 **CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO**

2625 Essa dissertação partiu do entendimento de que os ribeirinhos possuem um modo
2626 de vida específico, em que prevalece uma relação de respeito com a natureza e com a
2627 cultura. O sistema cultural dos ribeirinhos possui uma lógica e coerência particular que
2628 deve ser melhor investigada em outros trabalhos. As precariedades das condições de
2629 infraestrutura das comunidades da Flona revelam uma situação sanitária e social
2630 insatisfatória, que certamente afeta negativamente a qualidade de vida da população. Os
2631 ribeirinhos apresentaram diversos sintomas, queixas e doenças que exigem um controle
2632 para a promoção da saúde com vistas a melhora da qualidade de vida.

2633 A atenção básica no contexto amazônico teve importantes avanços. A instituição
2634 de equipes específicas de AB para a região – ESFR e ESFF – e o Programa Mais Médicos
2635 foram fundamentais para a expansão e qualificação da cobertura de AB na região, que
2636 inclui as ações de vigilância em saúde bucal, utilização de medicamentos e o
2637 conhecimento tradicional das plantas medicinais na cura de problemas de saúde.
2638 Entretanto, tais ações parecem ser insuficientes para provocar mudanças expressivas no
2639 cenário da atenção básica na Região Norte, o número de equipes nos municípios do
2640 interior ainda é baixo.

2641 O modelo de atendimento da UBSF tem se mostrado efetivo já que foi concebido
2642 considerando as características do território, além de criar uma real possibilidade de
2643 inclusão das populações que historicamente ficaram excluídas da atenção à saúde. O
2644 argumento de barreiras geográficas não pode ser utilizado para justificar a falta de
2645 investimentos e as dificuldades de gestão, pois é possível a criação de modelos de cuidado
2646 à saúde que cheguem até as casas das pessoas, seja pelos rios, estradas ou trilhas.

2647 É necessário manter as políticas de indução específicas para a região, bem como
2648 fortalecer as políticas de ampliação da cobertura que sejam equânimes e que estejam
2649 desenhadas de forma a alcançar o provimento e fixação de profissionais de saúde.

2650 Para isso, faz-se necessário maior investimento no fomento a pesquisas nesta
2651 região, bem como maior interesse do meio acadêmico em produzir conhecimento sobre
2652 as experiências vivenciadas nestas localidades. Nesse sentido, cabe ponderar que, perante
2653 a complexidade dos desafios, não há como imaginar resoluções fáceis ou únicas. Sendo
2654 assim, permanece o desafio de tornar visível a região, trabalhar na implantação de arranjos
2655 de saúde dinâmicos e sobretudo, no fortalecimento da agenda política da saúde no País.

2656 **Apêndice A:**

2657 PARTICIPANTE N° _____ LOCAL: _____ DATA:
2658 __/__/__

2659 **A-DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS E ESTILO DE VIDA**

2660 A.1-Sexo: () Masculino () Feminino

2661 A.2-Quantos anos você tem? _____

2662 A.3-Quando você faz aniversário? _____

2663 A.4-Quantos filhos você tem? _____ Todos os filhos são vivos? () Sim () Não

2664 A.5-Você nasceu nessa comunidade? () sim () Não

2665 A.6-Caso não, onde você morava anteriormente? _____

2666 A.7-Há quanto tempo você mora nessa comunidade? _____ anos _____ meses

2667 A.8-Contando com você quantas pessoas moram na sua casa? _____

2668 A.9-Você frequentou a escola? () Sim () Não Até qual série? _____

2669 A.10-Você sabe ler e escrever () Sim () Não

2670 A. 11- Você conhece números e letras? () Sim () Não

2671 A.12- Você sabe fazer conta? () Sim () Não

2672 Informações dos moradores

Ord	Idade	Sexo	Grau de parentesco
1			
2			
3			
4			
5			

2673

2674 A.13-Qual é a sua religião? () católico () evangélico () espírita () nenhuma ()
2675 outra

2676 A.14-Qual o seu estado civil? () casado () mora junto () solteiro () viúvo

2677 A.15-Qual a sua raça ou cor? () branca () preta () parda () amarela () indígena

2678 A.16-Qual é a sua principal ocupação no momento? _____

- 2679 A.17-Incluindo a sua renda quanto é a renda mensal de todas as pessoas que moram com você?
2680 _____
- 2681 A.18-Você recebe algum benefício do governo? Qual? () bolsa família () aposentadoria
2682 () seguro defeso () bolsa floresta () outro Qual:_____
- 2683 A. 19- Você já fez algum empréstimo no banco? Sim () Não ()
- 2684 A.20- Caso sim, você conseguiu quitar esse empréstimo? Sim () Não ()
- 2685 A.21-Quando você vai para Maués, o transporte utilizado é: () alugado () próprio ()
2686 recreio pago () comunitário público
- 2687 A.22-Quanto tempo você demora para chegar até Maués? _____ horas _____ minutos
- 2688 A.23-De quanto em quanto tempo você costuma ir para Maués? () 2 vezes por semana
2689 () 1 vez por semana () 1 vez a cada 15 dias () 1 vez por mês () uma vez a cada três
2690 meses () não costumo ir
- 2691 **B-CONDIÇÕES DOS DOMICÍLIOS**
- 2692 B.1-Na sua comunidade tem telefone público/orelhão? () Sim () Não
- 2693 B.2-Na sua casa ou comunidade tem energia elétrica? () Sim () Não
- 2694 B.3- Durante quantas horas o gerador costuma ficar ligado? _____
- 2695 B.4-Qual a fonte de geração de energia? () motor/gerador () energia solar () nenhuma
- 2696 B.5-Qual a origem da água que você usa para beber? () rio () igarapé () poço ()
2697 chuva
- 2698 B.6-Você trata a água para beber? () Sim () Não
- 2699 B.7-Como você realiza esse tratamento?
- 2700 () Filtra com pano () Ferve () aplica hipoclorito
- 2701 B.8. Na sua opinião o hipoclorito altera o sabor da água? _____
- 2702 B.9-Você costuma armazenar água? () Sim () Não Onde armazena? Qual o tipo de
2703 vasilha? _____
- 2704 B.10-Tipo de construção da casa? () madeira () alvenaria () mista madeira/ alvenaria
- 2705 B.11-Quantos cômodos tem a sua casa?_____
- 2706 B.12-Quando o rio enche, entra água na sua casa? () Sim () não
- 2707 B.13-O que você faz com o lixo? () enterra () queima () joga no rio () outros
- 2708 B.14- Você consegue me dizer como é feita a separação dos tipos de lixo que é enterrado, e do
2709 que deve ser queimado?_____
- 2710 B.15-Tem lixo a céu aberto? (observação do entrevistador) () Sim () Não
- 2711 B. 16- O que vocês fazem com os restos de alimentos? () enterra () queima ()
2712 dá para os animais
- 2713 B.17- Os lixos plásticos como garrafas PET, são reciclados ou descartados?
2714 _____

2715 B.18- Como é feito o descarte de resíduos perigosos como pilhas, baterias, embalagens de óleo
2716 de
2717 motor? _____

2718 B.19- Você tem banheiro? Onde fica? () dentro da casa () fora da casa

2719 B.20- De que forma é feito o escoamento dos banheiros? () fossa séptica () fossa
2720 rudimentar () vala () direto para o rio/ igarapé

2721 B.21- Você possui animais domésticos? Qual? _____ Quantos? _____

2722 C-ESTILO DE VIDA

2723 C.1- Você fuma? () sim () Não, mas já fumei () nunca fumei

2724 C.2- Quantos cigarros você fuma por dia? __/__/__

2725 C.3- Quantos cigarros você fumava por dia? __/__/__

2726 C.4- Você já fumou 100 cigarros ou mais na vida? () sim () não () não lembro

2727 C.5- Com que frequência você consome bebidas alcoólicas? () nunca () 2 a 3 vezes por
2728 mês

2729 () 2 a 3 vezes por semana () todos os dias

2730 C.7- Caso tenha parado de beber, há quanto tempo você parou de beber? _____

2731 C.8 Você realiza algum tipo de atividade física? (esportes ou dança) () Sim () Não

2732 C.9- Caso sim, qual a frequência? _____

2733 C.10- O que você costuma fazer nos momentos de lazer? _____

Doenças ()	Sinais e sintomas
Málaría ()	Dor (especificar o local) ()
Verminoses ()	Febre ()
Diarreia ()	Fraqueza ()
Pressão alta ()	Vertigem/tontura ()
Diabetes ()	Azia (gastura) ()
Derrame ()	Vômitos (provocou) ()
Câncer ()	Cansaço ()
Reumatismo ()	Torção (desmintidura) ()
Doença do coração ()	
Doença nos rins ()	
Anemia ()	
Gripe ()	
Doenças pulmonares ()	
Infecção urinária ()	
Depressão ()	
Acidente com animais peçonhentos ()	

2734

2735 D- HÁBITOS ALIMENTARES

2736 D.1- Em sua opinião, a qualidade da sua alimentação é? () ótima () Ruim () boa ()
2737) péssima

2738 () regular D.2- Por que? _____

2739 D.2- A sua família produz algum alimento para consumo próprio?

2740 Quais? _____

2741 **FREQUÊNCIA DO HÁBITO ALIMENTAR**

	Frequência						
	Raramente	1x/mês	2 a 3x/mês	1x/sem	2 a 3 x/sem	4 a 6x/sem	Todo dia
Leite							
Café							
Iogurte/danone							
Queijo/presunto							
Carne de frango							
Carne de vaca							
Carne de porco							
Peixe							
Salsicha							
Ovos							
Feijão							
Verduras							
Refrigerantes							
Sucos naturais							
Frutas							
Sucos industrializados							
Açúcares e doces							
Mingau							
Salgadinhos							
Enlatados/ conservas							
Biscoito doce recheado							
Biscoito salgado							
Macarrão							
Arroz							
Macarrão instantâneo (miojo)							
Doces							
Farinha							
Carne de caça							

2742

2743 **E- DOENÇAS PRÉ- EXISTENTES**

2744 Diabetes:

2745 E.1-Você diria que a sua saúde é: () muito boa () boa () regular () ruim ()
2746 muito ruim

2747 E.2-Alguma vez um médico disse que você tinha diabetes ou açúcar no sangue? () Sim ()
2748 não

2749 E.3-Você usa medicamentos para tratar ou controlar a diabetes? () Sim () não

2750 E.4-Se sim, qual ou quais medicamentos? _____

- 2751 E.5-Você usa algum medicamento caseiro para prevenir ou tratar a diabetes? () sim ()
 2752 Não
- 2753 Caso sim, qual? _____
- 2754 Hipertensão arterial :
- 2755 E.6-Alguma vez um médico disse que você tinha pressão alta ou hipertensão? () Sim ()
 2756 não
- 2757 E.7-Você usa medicamentos para tratar ou controlar a pressão alta? () Sim () não
- 2758 E.8-Se sim, qual ou quais medicamentos? _____
- 2759 E.9-Você usa algum medicamento caseiro para prevenir ou tratar a pressão alta? () sim ()
 2760 Não
- 2761 Caso sim, qual? _____
- 2762 E.10-Nos últimos 12 meses, você teve algum diagnóstico médico de outra doença () Sim ()
 2763 não
- 2764 Qual foi o diagnóstico?
- 2765 **Problemas relacionados a visão:**
- 2766 E.11- Como você acha que está a sua visão? (com óculos, se for usuário)
- 2767 Excelente () Boa () Regular () Ruim () Muito ruim/ cego ()
- 2768 E.12- Você tem dificuldade para ler ou ver coisas de perto? Sim () Não ()
- 2769 E.13- Você tem dificuldade para olhar as pessoas ou objetos quando estão longe? Sim ()
 2770 Não ()
- 2771 E.14- Quando foi a última vez que você fez exame de vista com um profissional de saúde?
- 2772 () há menos de 6 meses () há um ano atrás () Há dois anos atrás () Mais de 3
 2773 anos () nunca fez
- 2774 **F-ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**
- 2775 F.1-Quando você fica doente, quem costuma procurar primeiro? () Médico ()
 2776 enfermeiro () ACS () amigo, vizinho () Benzedeira () não procuro
 2777
- 2778 F.2-Qual serviço de saúde você utiliza quando está doente? () Posto de saúde () hospital
 2779 () Farmácia () clínica particular () nunca utiliza serviço de saúde
 2780
- 2781 F.3-Quando foi que você consultou um médico pela última vez? () no último ano () 2 anos
 2782 atrás () 3 anos ou mais
- 2783 F.4- No último ano quantas vezes você passou por consulta com o médico?() 1 vez () 2
 2784 vezes () 3 vezes ou mais
 2785
- 2786 F.5-Quando foi que você consultou um dentista pela última vez? () nos últimos 6 meses
 2787 () no último ano () 2 anos atrás () 3 anos ou mais () nunca foi ao dentista
 2788
- 2789 F. 6- O serviço de saúde bucal que você costuma utilizar é: () público () particular
 2790 () outros

- 2791
- 2792 F.7- Quando você está doente, e o profissional de saúde marca um exame, você consegue fazer?
- 2793 Sim Não Nunca fiz exame
- 2794
- 2795 F.8- Qual a dificuldade em fazer o exame? _____
- 2796
- 2797 F.9- Como você costuma chegar até o serviço de saúde? Lancha da comunidade
- 2798 rabeta Canoa a remo barco/recreio
- 2799
- 2800 F.10- Quanto tempo você costuma levar para chegar até o serviço de saúde quando precisa?
- 2801 |__|__| horas e |__|__| minutos
- 2802
- 2803 F.11- Você possui cartão de vacina? Sim Não
- 2804
- 2805 F.12- As vacinas estão atualizadas? Sim Não
- 2806
- 2807 F.13- A sua família recebe visita de Agente Comunitário de Saúde? Sim Não
- 2808
- 2809 F.14- Se um profissional de saúde, passa um remédio para você tomar, você consegue o
- 2810 remédio? Sim Não
- 2811
- 2812 F.15- Caso não qual o principal motivo de não ter conseguido obter todos os medicamentos
- 2813 receitados? _____
- 2814
- 2815 F.15- Questões exclusivas para as mulheres
- 2816 Quando foi a última vez que a Sra. Fez um exame preventivo para o câncer de colo do útero?
- 2817 de 1 ano a menos de 2 anos de 2 anos a menos de 3 anos 3 anos ou mais
- 2818 nunca fez
- 2819
- 2820 F.17- Qual o principal motivo da Sra. Nunca ter feito um exame preventivo?
- 2821 nunca fui orientada para fazer o exame
- 2822 tem dificuldades de transporte e o serviço de saúde é muito longe
- 2823 o tempo de espera no serviço de saúde é muito grande
- 2824
- 2825 **G- INFORMAÇÕES SOBRE O CONSUMO DE MEDICAMENTOS**
- 2826 G.1- Você fez uso de “remédios de farmácia” por conta própria nos últimos 30 dias? Sim
- 2827 Não
- 2828 G.2- Quais tipos de medicamentos você tem guardado em casa?
- 2829 _____
- 2830 G.3- Onde você guarda os seus remédios em casa?
- 2831 _____
- 2832 G.4- Como você identifica seus “remédios de farmácia”? pela cor pelo tamanho
- 2833 pela forma pelo nome pela embalagem
- 2834 G.5- De um modo geral você costuma ler a bula dos remédios ou pede para alguém ler? Sim
- 2835 Não
- 2836 G.6- Você acha que os remédios de farmácia podem fazer mal a sua saúde? Sim
- 2837 Não
- 2838 G.7- Você costuma verificar a validade de seus “remédios de farmácia”? Sim Não

2839 **H-PLANTAS MEDICINAIS**

2840 H.1- Quando você está doente, o que prefere usar: () remédio caseiro () Remédio de
2841 farmácia () Remédio caseiro e de farmácia () não uso nada

2842 H.2-Você usou remédio caseiro no último mês? Sim () Não ()

2843 H.3-Qual remédio caseiro usou? _____
2844

2845 H.4-Para que usou o remédio caseiro? _____
2846

2847 H.5-Você consegue dizer o nome e para que serve as plantas medicinais que vocês mais
2848 utilizam?

2849 _____
2850 _____

2851

2852 H.6-Quem lhe ensinou usar? () mãe () avó () tia () benzedeira () outros
2853

2854 H.7-Quando você precisa usar uma planta medicinal, de que forma você obtém?

2855 () quintal () nas áreas comuns da comunidade () com o vizinho () floresta

2856 H.8-Qual é forma de reparo que você mais usa a planta medicinal? () chá () inalação ()
2857 compressa

2858 () banho de assento

2859 H.9- Qual é a parte da planta que você mais utiliza para fazer o remédio caseiro?

2860 () folha () casca () raiz () óleo () fruta () flor

2861 **I- Dados antropométricos**

2862 Peso _____ Kg

CIRCUNFÊNCIA DA

2863 CINTURA

2864

2865 Altura _____ cm

Medida 1:

2866 _____cm

2867

2868 IMC _____

Medida 2: _____cm

2869

2870 MENSURAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

2871

2872 Medida 1: _____mmHg

Medida

2873 1 _____bpm

2874

2875 Medida 2: _____mmHg

Medida

2876 2 _____bpm

2877

2878

2879 **Apêndice B:**

2880

2881 **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE – ESCLARECIDO**

2882

2883

2884

2885

2886

2887

2888

2889

2890

2891

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de um estudo da Universidade Federal do Amazonas, cujo título é: “**Caracterização das condições de vida e saúde de ribeirinhos da Floresta Nacional Pau Rosa**” com objetivo de “analisar as características econômicas, demográficas e de saúde dos ribeirinhos da Floresta Nacional do Pau Rosa (FLONA) no município de Maués-AM.”. A referida pesquisa está sob responsabilidade da pesquisadora Camila Luchiari Takahashi, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia para Recursos Amazônicos sob orientação do Profa Dra. Marília Gabriela Gondim Rezende.

2892

2893

2894

2895

2896

2897

2898

Sua participação é voluntária e, em caso de aceite, será preenchido um formulário com perguntas a respeito das condições socioeconômicas, de acesso aos serviços de saúde, as principais doenças que acometem os moradores, sobre hábitos alimentares, bem como também será verificada as medidas antropométricas e a pressão arterial. A entrevista terá duração estimada entre 30 a 50 minutos. Se você aceitar participar desta pesquisa, estará contribuindo para melhor compreensão das condições sociais e de saúde dos ribeirinhos das comunidades da Floresta Nacional Pau Rosa.

2899

2900

2901

2902

2903

2904

2905

2906

Concluída a Pesquisa, os benefícios resultantes serão divulgados nas comunidades da seguinte forma: será entregue aos líderes comunitários um exemplar da dissertação do mestrado com o qual será agendada uma reunião com os membros da comunidade e liderança comunitária para a apresentação dos resultados da pesquisa, enfatizando-se os pontos relevantes e de retorno social a comunidade. Também será realizada uma reunião com a equipe de saúde para apresentar os resultados da pesquisa e encaminhar os indivíduos que apresentaram alterações em seus níveis tensionais, bem como medidas antropométricas para acompanhamento.

2907

2908

2909

2910

2911

2912

2913

2914

Os formulários com as informações da entrevista ficarão arquivadas na Universidade Federal do Amazonas, sob a guarda rigorosa do próprio pesquisador. Na publicação dos resultados desta pesquisa, minha identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. De acordo com os preceitos éticos e legais que regem a pesquisa envolvendo seres humanos serão omitidas todas as informações que permitam me identificar. Declaro estar ciente que o conteúdo da entrevista será utilizado, exclusivamente, com a finalidade de desenvolver uma pesquisa científica que possa ser divulgada para fins didáticos e em eventos e/ou periódicos científicos.

2915

2916

2917

2918

2919

2920

2921

2922

2923

Fui informado (a) que este tipo de estudo pode implicar em risco leve de desconforto ao responder a alguma questão. O entrevistador se compromete a interromper a entrevista se houver necessidade. O referido risco será minimizado permitindo que o participante fique livre para responder às questões na ordem que julgar mais conveniente e no momento oportuno. Em caso de manutenção do desconforto, a entrevista poderá ser interrompida em qualquer momento sem acarretar ônus ou prejuízo pessoal/profissional. Fui informado (a) que a participação na referida pesquisa pode trazer benefícios para a melhoria do acesso aos serviços de saúde nas comunidades ribeirinhas melhorando a qualidade de vida dos moradores. Também fui informado (a) que esta pesquisa não gerará

2924 nenhum tipo de gasto para mim e não receberei nenhum tipo de remuneração para
2925 participar da mesma.

2926 Declaro estar ciente da garantia dos meus direitos abaixo relacionados:

2927 -Direito de receber respostas a qualquer pergunta ou dúvida sobre as questões a serem
2928 pondidas;

2929 -Direito de não ser identificado, tendo minha privacidade preservada;

2930 -Direito à liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase
2931 da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo.

2932 - Direito à indenização descrita na Resolução CNS 466/2012.

2933 Este termo de consentimento livre e esclarecido será impresso em duas vias, que serão
2934 assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via assinada com cada um.

2935

2936

2937 **Consentimento Pós-Infomação**

2938 Eu, _____, fui
2939 informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração,
2940 e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não
2941 vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias
2942 que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um
2943 de nós.

2944 Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas com Mestranda no
2945 telefone (92) 99504-5422 ou E-mail: miluchiari@yahoo.com.br no endereço: Rua Nossa
2946 Senhora do Rosário, 3863 Universidade Federal do Amazonas. Ou através do Comitê de
2947 Ética em Pesquisa pelo endereço e telefone: Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-
2948 AM, Fone: (92) 3305-5130 - (92) 9171-2496.

2949 Atenciosamente,

2950

2951

2952 _____
Camila Luchiari Takahashi

2953 Pesquisadora responsável

2954 RG: 41.908.877-5

2955

2956 _____
Assinatura do participante e RG

2957 Data: __/__/__

2958

2959

2960

2961

2962

2963

2964

2965

2966

2967

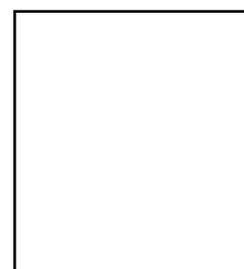
2968

Prof. Dra. Marília G. Gondim Rezende

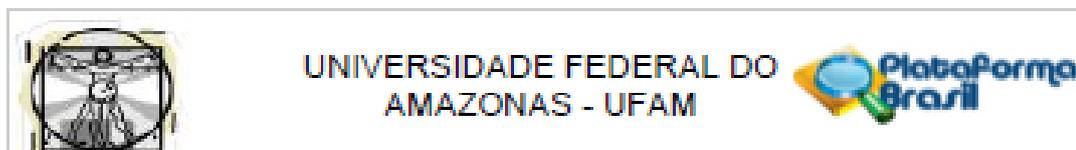
Orientador responsável

RG: XXXXXXXX

Digital- polegar direito



2969
2970
2971
2972
2973
2974
2975
2976
2977
2978
2979
2980
2981
2982
2983
2984
2985
2986
2987
2988
2989
2990
2991
2992
2993
2994
2995
2996
2997
2998
2999
3000
3001
3002
3003
3004
3005
3006
3007
3008
3009
3010
3011
3012
3013
3014
3015
3016
3017
3018



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Caracterização das condições de vida e saúde de ribeirinhos de comunidades da Floresta Nacional Pau Rosa

Pesquisador: CAMILA LUCHIARI TAKAHASHI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23132719.8.0000.5020

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Exatas e Tecnologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.665.425

Apresentação do Projeto:

No Brasil, são poucas as informações epidemiológicas sobre as populações ribeirinhas da Amazônia. Este estudo objetiva identificar e descrever fatores clínico epidemiológicos relacionados às condições de vida e saúde de comunidades ribeirinhas da Floresta Nacional do Pau Rosa. Os participantes do estudo caracterizam-se por serem ribeirinhos tradicionais, essas populações vivem em áreas rurais, às margens de rios e lagos. A economia encontra-se alceçada nas atividades de pesca e extrativismo vegetal. A cultura traz forte herança dos povos indígenas, com hábitos alimentares diferenciados, uso de plantas medicinais e agricultura de subsistência. Os ribeirinhos, de modo geral, são destituídos de infraestrutura mínima de saneamento básico, energia elétrica e serviços de saúde. Trata-se de um estudo transversal de base populacional. Será utilizada a técnica de entrevista semiestruturada através de um conjunto de formulários que irão abordar as variáveis: socioeconômica, acesso aos serviços de saúde, uso de medicamentos e plantas medicinais, hábitos alimentares e medidas antropométricas. Os resultados esperados apontam para diferentes aspectos que ilustram condições socioeconômicas, demográficas e de saúde deficitárias e que podem impactar de maneira negativa nas condições de vida dos ribeirinhos.

Hipótese:

O direito à saúde, elevado à categoria dos direitos fundamentais, por estar interligado ao direito à

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com

3023

3024 Anexo B:



Ministério do Meio Ambiente - MMA
 Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade - ICMBio
 Sistema de Autorização e Informação em Biodiversidade - SISBIO

Autorização para atividades com finalidade científica

Número: 70302-1	Data da Emissão: 05/07/2019 18:29:35	Data da Revalidação: 05/07/2020
De acordo com o art. 28 da IN 03/2014, esta autorização tem prazo de validade equivalente ao previsto no cronograma de atividades do projeto, mas deverá ser revalidada anualmente mediante a apresentação do relatório de atividades a ser enviado por meio do Sisbio no prazo de até 30 dias a contar da data do aniversário de sua emissão.		

Dados do titular

Nome: Camila Luchiani Takahashi	[REDACTED]
Título do Projeto: CARACTERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE NAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS DA FLORESTA NACIONAL PAU ROSA	
Nome da Instituição: Universidade Federal do Amazonas	CNPJ: 04.378.626/0001-97

Cronograma de atividades

#	Descrição da atividade	Início (mês/ano)	Fim (mês/ano)
1	Realização de entrevistas com os moradores das comunidades Da Floresta Nacional do Pau Rosa	08/2019	08/2020
2	Segunda etapa das entrevistas	12/2019	12/2019

Equipe

#	Nome	Função	Nacionalidade
1	Santiago Linorio Ferreyra Ramos	Professor orientador	Brasileira

Observações e ressalvas

1	Esta autorização NÃO exclui o pesquisador titular e os membros de sua equipe da necessidade de obter as anuências previstas em outros instrumentos legais, bem como do consentimento do responsável pela área, pública ou privada, onde será realizada a atividade, inclusive do órgão gestor de terra indígena (FUNAI), da unidade de conservação estadual, distrital ou municipal, ou do proprietário, arrendatário, posseiro ou morador de área dentro dos limites de unidade de conservação federal cujo processo de regularização fundiária encontra-se em curso.
2	Em caso de pesquisa em UNIDADE DE CONSERVAÇÃO, o pesquisador titular desta autorização deverá contatar a administração da unidade a fim de CONFIRMAR DATAS das expedições, as condições para realização das coletas e de uso da infraestrutura da unidade.
3	O titular de autorização ou de licença permanente, assim como os membros de sua equipe, quando da violação da legislação vigente, ou quando da inadequação, omissão ou falta de descrição de informações relevantes que subsidiaram a expedição do ato, poderá, mediante decisão motivada, ter a autorização ou licença suspensa ou revogada pelo ICMBio, nos termos da legislação brasileira em vigor.
4	Este documento somente poderá ser utilizado para as fins previstas na Instrução Normativa ICMBio nº 03/2014 ou na Instrução Normativa ICMBio nº 10/2010, ou que especifique esta Autorização, não podendo ser utilizado para fins comerciais, industriais ou esportivos. O material biológico coletado deverá ser utilizado para atividades científicas ou didáticas no âmbito do ensino superior.
5	As atividades de campo exercidas por pessoa natural ou jurídica estrangeira, em todo o território nacional, que impliquem o desabastecimento de recursos humanos e materiais, tendo por objeto coletar dados, materiais, espécimes biológicos e minerais, peças integrantes da cultura nativa e cultura popular, presente e passada, obtidos por meio de pesquisas e técnicas que se destinem ao estudo, à difusão ou à pesquisa, estão sujeitas a autorização do Ministério de Ciência e Tecnologia.
6	O titular de licença ou autorização e os membros de sua equipe deverão optar por métodos de coleta e instrumentos de captura direcionados, sempre que possível, ao grupo taxonômico de interesse, evitando a morte ou dano significativo a outros grupos; e empregar esforço de coleta ou captura que não comprometa a viabilidade de populações do grupo taxonômico de interesse em condições in situ.
7	Este documento não dispensa o cumprimento da legislação que dispõe sobre acesso a componente do patrimônio genético existente no território nacional, na plataforma continental e na zona econômica exclusiva, ou ao conhecimento tradicional associado ao patrimônio genético, para fins de pesquisa científica, bioprospecção e desenvolvimento tecnológico. Veja maiores informações em www.mma.gov.br/gen .

Este documento foi expedido com base na Instrução Normativa nº 03/2014. Através do código de autenticação abaixo, qualquer cidadão poderá verificar a autenticidade ou regularidade deste documento, por meio da página do Sisbio/ICMBio na internet (www.icmbio.gov.br/sisbio).

3025