

CUIDADO EM SAÚDE NA AMAZÔNIA PROTEGIDA: REPRODUÇÃO SOCIAL EM MAMIRAUÁ

HEALTH CARE IN THE PROTECTED AMAZON: SOCIAL REPRODUCTION IN MAMIRAUÁ

ATENCIÓN SANITARIA EN LA AMAZONÍA PROTEGIDA: REPRODUCCIÓN SOCIAL EN MAMIRAUÁ

Wiliam Angelo Silva Barros¹

Orcid:

<https://orcid.org/0009-0008-3409-1082>

¹ Faculdades Associadas de Ariquemes (FAAr)

Como citar esse artigo (ABNT):

BARROS, Wiliam Angelo Silva. Cuidado em saúde na Amazônia protegida: reprodução social em Mamirauá. Revista Olhar Científico, v. 5, n. 2, p. 145-167, 2023. Disponível em: <https://www.faar.edu.br/sitenovo/revista-olhar-cientifico/>

Submissão: maio/2026

Aprovação: junho/2026

DOI: 10.5281/zenodo.20802769

Resumo

O artigo analisa as relações entre condições de vida, cuidado em saúde e gestão territorial em comunidades ribeirinhas amazônicas situadas em unidade de conservação de uso sustentável. O estudo toma como referência empírica a Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá, no Amazonas. O objetivo geral é compreender como processos de reprodução social condicionam vulnerabilidades sanitárias, barreiras de acesso e formas de cuidado em áreas protegidas. Trata-se de artigo de revisão teórico-documental, de abordagem qualitativa, baseado em análise secundária de tese de doutorado, legislação sanitária e ambiental brasileira e literatura da saúde coletiva sobre determinação social, território, atenção primária e populações tradicionais. Os resultados apontam que o modo de vida ribeirinho é atravessado por baixa escolaridade, renda restrita, saneamento insuficiente, dependência do transporte fluvial, exposição ocupacional, doenças relacionadas à água e dificuldades de acesso regular aos serviços. A discussão demonstra que a conservação ambiental, quando desvinculada de políticas sociais territorializadas, pode coexistir com desigualdades sanitárias persistentes. Conclui-se que o cuidado em saúde em unidades de conservação amazônicas requer governança intersetorial, atenção primária fluvial, saneamento adaptado à várzea, valorização dos saberes comunitários e responsabilidade pública contínua.

Palavras-chave: Saúde ambiental. Populações ribeirinhas. Unidades de conservação. Atenção primária à saúde. Determinação social da saúde.

Abstract

This article analyzes the relationships among living conditions, health care, and territorial management in Amazonian riverside communities located within a sustainable-use conservation unit. The empirical reference is the Mamirauá Sustainable Development Reserve, in the state of Amazonas, Brazil. The general objective is to understand how social reproduction processes shape sanitary vulnerabilities, barriers to access, and forms of care in protected areas. This is a theoretical and documentary review article with a qualitative approach, based on secondary analysis of a doctoral thesis, Brazilian health and environmental legislation, and collective health literature on social determination, territory, primary health care, and traditional populations. The results indicate that riverside ways of life are shaped by low schooling, restricted income, insufficient sanitation, dependence on river transport, occupational exposure, water-related diseases, and difficulties in regular access to services. The discussion shows that environmental conservation, when detached from territorialized social policies, may coexist with persistent health inequalities. It is concluded that health care in Amazonian conservation units requires intersectoral governance, river-based primary care, floodplain-adapted sanitation, appreciation of community knowledge, and continuous public responsibility.

Keywords: Environmental health. Riverside populations. Conservation units. Primary health care. Social determination of health

Resumen

Este artículo analiza las relaciones entre las condiciones de vida, la atención sanitaria y la gestión territorial en comunidades ribereñas amazónicas situadas en unidades de conservación de uso sostenible. El estudio toma como referencia empírica la Reserva de Desarrollo Sostenible Mamirauá, en Amazonas. El objetivo general es comprender cómo los procesos de reproducción social condicionan las vulnerabilidades sanitarias, las barreras de acceso y las formas de atención en las áreas protegidas. Se trata de un artículo teórico-documental de revisión, con un enfoque cualitativo, basado en un análisis secundario de una tesis doctoral, legislación sanitaria y ambiental brasileña y literatura de salud colectiva sobre determinación social, territorio, atención primaria y poblaciones tradicionales. Los resultados indican que el modo de vida ribereño se ve afectado por la baja educación, ingresos limitados, saneamiento insuficiente, dependencia del transporte fluvial, exposición ocupacional, enfermedades relacionadas con el agua y dificultades para acceder regularmente a los servicios. La discusión demuestra que la conservación medioambiental, cuando se desvincula de las políticas sociales territorializadas, puede coexistir con desigualdades sanitarias persistentes. Se concluye que la atención sanitaria en las unidades de conservación amazónica requiere gobernanza intersectorial, atención primaria fluvial, saneamiento adaptado a la llanura de inundación, valoración del conocimiento comunitario y responsabilidad pública continua.

Palabras clave: Salud ambiental. Poblaciones ribereñas. Unidades de conservación. Atención primaria de salud. Determinación social de la salud.

1 Introdução

A Amazônia brasileira constitui um território estratégico para a compreensão das relações entre saúde, ambiente, cuidado e justiça social. Nela, a vida coletiva se organiza em torno de rios, florestas, várzeas, ciclos hidrológicos, redes de parentesco, trabalho familiar, pesca, agricultura de subsistência, extrativismo e circulação fluvial. A condição ribeirinha, portanto, não pode ser reduzida a uma localização geográfica distante dos centros urbanos. Trata-se de um modo de vida historicamente produzido, no qual natureza, cultura, trabalho, moradia, alimentação, transporte, sociabilidade e práticas de cuidado formam uma totalidade dinâmica.

A Constituição Federal de 1988 instituiu a saúde como direito universal e dever do Estado, vinculando-a a políticas sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos (BRASIL, 1988). A Lei n. 8.080/1990 aprofundou essa concepção ao afirmar que alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais são determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 1990). Essa definição é particularmente relevante para as populações ribeirinhas, pois seus problemas de saúde derivam de processos que ultrapassam a oferta de consultas, medicamentos e exames.

Nas áreas protegidas amazônicas, a questão sanitária ganha complexidade adicional. As unidades de conservação de uso sustentável buscam compatibilizar conservação ambiental, uso dos recursos naturais e permanência de populações tradicionais. Entretanto, quando a política ambiental não se articula de modo orgânico ao Sistema Único de Saúde (SUS), à educação, ao saneamento, à assistência social e ao transporte, corre-se o risco de produzir territórios ambientalmente protegidos, mas socialmente vulnerabilizados. Assim, a sustentabilidade torna-se incompleta quando não inclui o cuidado com a

vida humana que habita, protege e reproduz o território.

Este artigo parte do seguinte problema de pesquisa: de que maneira a organização socioambiental do território e a atuação fragmentada de instituições públicas e não estatais interferem na efetivação do direito à saúde de populações ribeirinhas residentes em unidade de conservação de uso sustentável? A hipótese analítica é que a presença de múltiplas instituições no território não assegura, por si só, integralidade do cuidado. Ao contrário, quando não há pactuação intersetorial e responsabilização pública clara, a sobreposição de ações pode gerar lacunas assistenciais, descontinuidade e conflitos sobre competências.

O objetivo geral é compreender como processos de reprodução social condicionam vulnerabilidades sanitárias, barreiras de acesso e formas de cuidado em comunidades ribeirinhas da Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá. Especificamente, busca-se: a) discutir a determinação social da saúde em territórios ribeirinhos; b) analisar a relação entre unidade de conservação, modo de vida e acesso a políticas públicas; c) sistematizar evidências sobre escolaridade, renda, saneamento, agravos e acesso ao cuidado; d) problematizar a intersetorialidade entre política ambiental e política de saúde; e e) propor implicações para uma atenção primária territorializada, empática e culturalmente sensível.

A relevância do estudo está em deslocar o debate sobre saúde ribeirinha de uma leitura assistencialista ou episódica para uma leitura estrutural, territorial e ética. O cuidado, nesse contexto, não se limita ao ato técnico do atendimento. Ele envolve presença pública, escuta comunitária, garantia de transporte, saneamento, continuidade terapêutica, prevenção de acidentes, vigilância em saúde, reconhecimento dos saberes locais e corresponsabilidade institucional.

2 Revisão de literatura

2.1 Determinação social da saúde e crítica ao reducionismo biomédico

A saúde coletiva latino-americana consolidou uma crítica à concepção biomédica centrada no corpo individual, na doença já instalada e na intervenção curativa. Essa tradição não nega a importância da clínica, da tecnologia ou dos serviços assistenciais, mas sustenta que adoecimento, sofrimento e morte são produzidos em contextos sociais concretos. Desse modo, a pergunta central deixa de ser apenas “qual doença o indivíduo tem?” e passa a incluir “quais processos sociais, ambientais, políticos e econômicos produzem essa condição de adoecimento?”.

Segundo Breilh (2006), a determinação social da saúde exige compreender os processos históricos que organizam modos de viver, trabalhar, consumir, adoecer e morrer. A saúde não é fenômeno isolado, mas expressão de relações de poder, desigualdades territoriais, condições de trabalho, acesso a bens coletivos, organização do Estado e formas de sociabilidade. Nessa perspectiva, a doença aparece como manifestação biológica de processos que também são sociais.

Castellanos (1997) contribui para essa discussão ao tratar as condições de vida como mediações entre estrutura social e situação de saúde. Renda, educação, habitação, saneamento, alimentação, transporte, proteção social e acesso a serviços não são variáveis periféricas; são dimensões constitutivas da produção da saúde. Logo, investigar comunidades ribeirinhas exige observar o território, os trajetos, a disponibilidade de água segura, a escolaridade, a renda, a organização do trabalho, a exposição a riscos ambientais e a capacidade real de utilizar os serviços do SUS.

A Lei n. 8.080/1990 incorpora juridicamente essa concepção ampliada. Em citação direta longa, lê-se:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o

saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990, art. 3º)

Essa formulação permite compreender que a garantia do direito à saúde em comunidades ribeirinhas depende de políticas públicas integradas. A ausência de saneamento, por exemplo, não é apenas problema de infraestrutura; é fator de produção de doenças. A baixa escolaridade não é apenas indicador educacional; é componente que interfere na autonomia, no autocuidado, na participação social e no acesso à informação. A distância fluvial não é apenas dado geográfico; é barreira concreta que pode separar a população do atendimento oportuno.

2.2 Reprodução social, território e cuidado

A categoria reprodução social permite compreender como indivíduos, famílias e coletividades produzem e reproduzem sua existência. Para Samaja (2000), a saúde deve ser analisada em múltiplos níveis interdependentes, envolvendo dimensões biológicas, ecológicas, políticas, econômicas, culturais e subjetivas. O processo saúde-doença-cuidado, portanto, não se explica somente pelo organismo individual, mas pelas formas de organização da vida social.

No caso ribeirinho, a reprodução social depende de uma relação intensa com o ecossistema de várzea. As águas regulam o calendário do trabalho, a circulação, o acesso à escola, a pesca, a agricultura, a moradia e a ida aos serviços. A cheia e a seca não são eventos externos ao cotidiano; são elementos estruturantes da vida. Políticas públicas que ignoram essa temporalidade tendem a fracassar, pois operam com lógicas urbanas, rodoviárias e centralizadas, inadequadas a territórios fluviais.

Medeiros (2018) utiliza a reprodução social para interpretar as condições de vida e saúde dos ribeirinhos da Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá. A pesquisa evidencia que os agravos não decorrem de uma única causa, mas da articulação entre barreiras geográficas, baixa

renda, escolaridade limitada, saneamento insuficiente, trabalho exposto a riscos e desarticulação institucional. Em citação direta curta, o autor identifica “barreiras de ordem geográfica de acesso à saúde” como expressão do modo de vida regulado pelo ecossistema de várzea (MEDEIROS, 2018, p. 8).

A noção de cuidado, nesse contexto, precisa ser ampliada. Cuidar é garantir acesso, vínculo, escuta, acolhimento, continuidade e proteção. Também é reconhecer que as comunidades possuem saberes próprios sobre plantas, ciclos ambientais, sinais do corpo, prevenção e solidariedade. Assim, a empatia em saúde não deve ser vista como sentimento individual abstrato, mas como princípio ético-político de organização do serviço. Um serviço empático é aquele que se adapta ao território e não exige que o território se adapte integralmente à burocracia institucional.

2.3 Unidades de conservação, sustentabilidade e justiça sanitária

O Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza, instituído pela Lei n. 9.985/2000, organiza categorias de proteção integral e de uso sustentável. A Reserva de Desenvolvimento Sustentável é uma unidade de uso sustentável que admite populações tradicionais em seu interior e procura compatibilizar conservação da natureza e uso sustentável dos recursos (BRASIL, 2000). Essa categoria representa avanço em relação a modelos preservacionistas que historicamente invisibilizaram ou expulsaram populações locais.

Entretanto, o reconhecimento formal da presença de populações tradicionais não basta. A permanência dessas populações deve ser acompanhada de direitos sociais efetivos. A sustentabilidade, nesse sentido, precisa ser compreendida como articulação entre integridade ecológica, justiça social, segurança alimentar, cuidado em saúde, educação, participação comunitária e autonomia territorial. Caso

contrário, a política ambiental corre o risco de valorizar a floresta em pé, mas negligenciar as pessoas que vivem nela.

Becker (2005) observa que a Amazônia assumiu centralidade nas disputas contemporâneas sobre desenvolvimento, soberania, conservação e globalização. A região passou a ser lida como patrimônio ambiental estratégico, mas também como espaço de conflitos entre modelos econômicos, direitos territoriais, interesses científicos, políticas públicas e populações tradicionais. As unidades de conservação condensam tais disputas, pois nelas se cruzam normas ambientais, pesquisas, projetos de desenvolvimento, gestão estatal, organizações não governamentais e demandas comunitárias.

Na Reserva Mamirauá, segundo Medeiros (2018), a coexistência de organizações estatais e não estatais produziu um campo complexo de atuação. A pesquisa sustenta que as estratégias de gestão territorial nem sempre se articularam adequadamente à saúde municipal, gerando conflitos sobre responsabilidades com a atenção à saúde. Isso revela que a intersectorialidade não é um enunciado retórico; é uma exigência concreta para que a unidade de conservação não se transforme em espaço de conservação ecológica com vulnerabilidade social persistente.

2.4 Acesso à saúde e atenção primária em territórios fluviais

O acesso à saúde é um conceito multidimensional. Travassos e Martins (2004) mostram que a utilização de serviços depende de fatores como disponibilidade, acessibilidade geográfica, organização, aceitabilidade, custos e necessidades percebidas. Em comunidades ribeirinhas, essa multidimensionalidade torna-se evidente: não basta existir uma unidade de saúde no município se o deslocamento até ela é caro, demorado, sazonalmente inviável ou dependente de embarcação própria.

A atenção primária à saúde, conforme Starfield (2002), é central para organizar sistemas

orientados pela longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado e primeiro contato. No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica define a atenção básica como porta preferencial de entrada do SUS e coordenadora do cuidado nas redes de atenção (BRASIL, 2017). Contudo, para populações ribeirinhas, a atenção primária precisa ser territorializada em sentido forte: deve considerar rios, distâncias, sazonalidade, comunicação, cultura, trabalho e vulnerabilidades ambientais.

Modelos urbanos de cobertura são insuficientes para a Amazônia profunda. A equipe de saúde precisa de planejamento fluvial, calendário adaptado às cheias e secas, unidades móveis ou fluviais, agentes comunitários valorizados, teleassistência quando possível, estoque adequado de insumos, articulação com urgência e emergência, vigilância epidemiológica sensível ao território e protocolos para acidentes com animais peçonhentos, traumas ocupacionais, malária, doenças diarreicas e agravos respiratórios.

Nesse sentido, o cuidado ribeirinho demanda uma ética da presença. Não se trata apenas de levar a clínica ao interior da floresta, mas de construir uma relação de confiança com comunidades historicamente marcadas por descontinuidade de políticas. A empatia institucional se expressa quando o serviço reconhece a palavra dos moradores, pactua prioridades, respeita lideranças comunitárias e compreende que o tempo do rio também é tempo da saúde.

3 Metodologia

Trata-se de artigo de revisão teórico-documental, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico. O estudo foi desenvolvido a partir de análise secundária de dados, documentos legais e literatura científica pertinente à saúde coletiva, políticas ambientais, reprodução social, atenção primária e populações ribeirinhas.

A principal fonte empírica foi a tese de doutorado de Medeiros (2018), intitulada

Condições de vida e de saúde no contexto de uma unidade de conservação ambiental de uso sustentável na Amazônia brasileira. O estudo original teve delineamento analítico, do tipo estudo de caso, e investigou famílias residentes em oito comunidades da Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá, totalizando 239 pessoas. A pesquisa utilizou análise documental, observação direta, entrevistas, questionário estruturado e análise multinível orientada pela categoria reprodução social.

Foram considerados, neste artigo, os seguintes eixos de análise: a) caracterização territorial e ecológica da Reserva Mamirauá; b) condições socioeconômicas, com ênfase em renda e escolaridade; c) saneamento, abastecimento de água e infraestrutura domiciliar; d) acesso aos serviços de saúde e agravos referidos; e e) governança, intersetorialidade e responsabilidades institucionais.

A análise documental da legislação incluiu a Constituição Federal de 1988, a Lei n. 8.080/1990, a Lei n. 9.985/2000 e a Política Nacional de Atenção Básica. A literatura científica foi mobilizada de forma narrativa, priorizando autores clássicos e contemporâneos da saúde coletiva e da análise territorial da Amazônia.

O tratamento dos dados seguiu três etapas. Na primeira, realizou-se leitura interpretativa da tese-base e dos documentos legais, buscando identificar categorias analíticas recorrentes. Na segunda, os dados foram reorganizados em matriz temática, articulando condições de vida, reprodução social e cuidado. Na terceira, os achados foram discutidos à luz do referencial teórico da determinação social da saúde e da integralidade do SUS.

Por se tratar de análise secundária de documento acadêmico disponível ao pesquisador, não houve coleta direta com seres humanos neste artigo. Ainda assim, respeitaram-se os princípios éticos de fidelidade interpretativa, citação das fontes e não exposição de sujeitos ou comunidades para além das informações já publicizadas no estudo original.

A principal limitação metodológica é a dependência de dados secundários produzidos em período anterior. Portanto, os resultados não devem ser lidos como diagnóstico epidemiológico atualizado da Reserva Mamirauá, mas como análise teórico-documental capaz de evidenciar relações estruturais entre território, cuidado e saúde ribeirinha.

4 Resultados

A Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá está localizada em área amazônica marcada pelo ecossistema de várzea. Esse ambiente é dinâmico e sazonal, submetido às variações de cheia e seca. A vida cotidiana depende do rio, que é via de transporte, fonte de alimento, referência simbólica e elemento regulador do trabalho. Ao mesmo tempo, a centralidade do rio produz barreiras específicas quando as políticas públicas são organizadas segundo padrões urbanos e terrestres.

A barreira geográfica, portanto, não é apenas distância em quilômetros. Ela envolve tempo de deslocamento, custo do combustível, disponibilidade de embarcação, condições de navegabilidade, segurança, comunicação e urgência do agravo. Um atendimento simples pode se transformar em itinerário complexo quando exige saída da comunidade, pernoite na cidade, gastos familiares e ausência do trabalho. Nos casos de urgência, como acidentes com animais peçonhentos, fraturas ou complicações infecciosas, a distância pode definir o prognóstico.

O território também interfere na conservação de documentos, medicamentos, alimentos e equipamentos. Cheias extremas podem danificar moradias, comprometer estruturas comunitárias, afetar a água de consumo e reorganizar temporariamente a vida social. Assim, o cuidado em saúde deve ser planejado a partir da ecologia local, e não apenas de mapas administrativos.

A escolaridade aparece como uma das dimensões mais sensíveis das condições de vida. Medeiros (2018) registra que 42% dos sujeitos não

sabiam ler, apenas assinavam o nome ou tinham menos de dois anos de escolaridade. Na Tabela 5 do estudo-base, observa-se predominância de pessoas com menos de dois anos de estudo, especialmente na área de Fonte Boa/Maraã e nas comunidades sem apoio comunitário. O ensino fundamental completo e o ensino médio dependiam, em muitos casos, da ida à sede municipal, o que exigia afastamento da comunidade e reorganização familiar.

A baixa escolaridade repercute na saúde por múltiplas vias. Ela limita a compreensão de prescrições, dificulta o acesso a informações sobre prevenção, reduz a autonomia no uso de documentos, enfraquece a participação em conselhos e associações e pode produzir dependência diante de agentes externos. Também interfere na capacidade de reivindicação de direitos. Quando o usuário não compreende plenamente o funcionamento do serviço ou não se sente autorizado a questioná-lo, a universalidade formal do SUS pode não se converter em acesso real.

A renda familiar também se mostrou restrita. O estudo-base identificou que 60,6% das famílias viviam com menos de um salário mínimo (MEDEIROS, 2018). Essa condição limita a compra de combustível, a manutenção de embarcações, a aquisição de alimentos complementares, a permanência na cidade durante tratamento e a compra de medicamentos ausentes no serviço público. Em territórios fluviais, pobreza não significa apenas baixa renda monetária; significa também menor capacidade de deslocamento, menor proteção contra riscos e maior dependência de redes familiares e comunitárias.

O saneamento mostrou-se uma das dimensões mais críticas. A tese-base registra acesso deficitário a banheiro e água encanada dentro da residência, com percentuais de 17% e 25%, respectivamente, no conjunto analisado. A Tabela 4 do estudo-base mostra diferenças entre comunidades com e sem ações de apoio, mas também evidencia que a cobertura permanece

limitada e insuficiente para assegurar proteção sanitária universal.

A precariedade sanitária tem efeito direto sobre doenças de veiculação hídrica, parasitoses, infecções gastrointestinais e agravos associados à qualidade da água. A abundância de rios não deve ser confundida com acesso à água segura. Em contextos de várzea, captar, armazenar, tratar e distribuir água requer tecnologias apropriadas, manutenção local e financiamento contínuo. Sistemas convencionais, pensados para áreas urbanas, podem ser frágeis diante das cheias, da dispersão domiciliar e da distância entre comunidades.

O acesso a banheiro dentro de casa também expressa dignidade, privacidade e proteção. Sua ausência amplia riscos de contaminação ambiental, especialmente em áreas alagáveis. Além disso, a gestão de resíduos sólidos nos municípios amazônicos interfere nos rios, nas embarcações e na saúde ambiental. Assim, saneamento deve ser tratado como componente da atenção à saúde, e não como política externa ao SUS.

Os agravos referidos pelos moradores revelam a articulação entre trabalho, ambiente e acesso. Medeiros (2018) identificou elevada frequência de queixas de saúde, com prevalência de 78,7% entre os entrevistados, e acidentes de trabalho com prevalência de 70,9%. As principais queixas incluíam problemas osteomusculares da coluna dorsal, dor de cabeça continuada, problemas gastrointestinais, reumatismo, hipertensão, alergias cutâneas e doenças respiratórias. Esses achados indicam forte carga de adoecimento cotidiano, ainda que muitos moradores avaliem positivamente seu estado geral de saúde.

Os acidentes de trabalho foram especialmente relevantes. Entre os acidentes citados, destacaram-se aqueles com animais peçonhentos, ferramentas perfurocortantes e quedas. Essa exposição está relacionada às atividades de pesca, agricultura, extrativismo, deslocamento em embarcações, manejo de

instrumentos e circulação em ambientes de floresta e várzea. O trabalho ribeirinho, muitas vezes naturalizado como modo de vida, envolve riscos ocupacionais que precisam ser reconhecidos pela vigilância em saúde do trabalhador.

A atenção aos acidentes exige medidas preventivas e resposta rápida. Primeiros socorros comunitários, capacitação de agentes locais, disponibilidade de soros quando pertinente, rotas de remoção, comunicação eficiente e transporte sanitário são elementos decisivos. Em regiões onde o deslocamento até a sede municipal é demorado, a ausência desses recursos pode produzir sequelas evitáveis.

A análise documental aponta que a Reserva Mamirauá envolve múltiplos atores: instituições ambientais, organizações públicas não estatais, associações comunitárias, municípios e serviços de saúde. Essa pluralidade pode favorecer inovação, pesquisa, apoio comunitário e captação de recursos. Entretanto, quando não há coordenação, ela também pode produzir sobreposição de competências e lacunas de responsabilidade.

Medeiros (2018) demonstra que a atuação de várias instituições não solucionou barreiras geográficas, baixa escolaridade, baixa renda e saneamento deficitário. O estudo conclui que os processos sociais que determinam a saúde dos ribeirinhos decorrem de uma estrutura de poder configurada pela sobreposição de estratégias de organizações estatais e não estatais, gerando conflitos sobre responsabilidades com a atenção à saúde.

Esse resultado é central para pensar a sustentabilidade. Uma unidade de conservação não pode ser considerada plenamente sustentável se a população residente permanece com acesso irregular à saúde, saneamento precário e baixa capacidade de reivindicação de direitos. Sustentabilidade sem cuidado transforma-se em gestão ambiental parcial. Cuidar da floresta implica cuidar das pessoas que nela vivem; cuidar das pessoas implica reconhecer que saúde, ambiente e território são inseparáveis.

Tabela 1 – Síntese das dimensões analisadas e implicações para o cuidado

Dimensão	Evidência principal	Interpretação	Implicação para políticas públicas
Território de várzea	Cheia e seca regulam deslocamento, trabalho e acesso	A barreira geográfica é também social, econômica e organizacional	Planejamento fluvial, calendário sazonal e transporte sanitário
Escolaridade	Parte expressiva dos moradores possui escolaridade muito baixa	A baixa escolaridade reduz autonomia sanitária e participação social	Educação permanente, comunicação popular e fortalecimento comunitário
Renda	Predomínio de famílias com renda inferior a um salário mínimo	A pobreza restringe mobilidade, alimentação e busca por cuidado	Proteção social articulada à saúde e à segurança alimentar
Saneamento	Baixo acesso a banheiro e água encanada	Risco elevado de doenças hídricas e parasitárias	Tecnologias sociais de saneamento adaptadas à várzea
Trabalho	Alta frequência de acidentes e queixas osteomusculares	O trabalho ribeirinho envolve riscos ocupacionais invisibilizados	Vigilância em saúde do trabalhador e primeiros socorros comunitários
Governança	Múltiplas instituições com integração limitada	Sobreposição pode gerar vazios de responsabilidade	Pactuação intersetorial entre SUS, ambiente, educação e assistência social

Fonte: elaborado pelos autores com base em Medeiros (2018).

5 Discussão

Os resultados confirmam que a saúde das populações ribeirinhas amazônicas deve ser interpretada como expressão de processos de reprodução social. A doença não aparece como evento isolado, mas como resultado de interações entre ambiente, trabalho, renda, escolaridade, saneamento, mobilidade fluvial, organização comunitária e ação institucional. Essa leitura aproxima-se da determinação social da saúde, pois reconhece que as condições de adoecimento são produzidas historicamente e distribuídas de modo desigual (BREILH, 2006; CASTELLANOS, 1997).

A primeira questão relevante é que o território não é obstáculo natural, mas espaço socialmente organizado. A distância entre comunidade e serviço de saúde torna-se barreira porque o sistema não dispõe de logística suficiente para responder às especificidades fluviais. Portanto, responsabilizar a geografia pela

difficuldade de acesso é uma explicação incompleta. O problema não é apenas a distância; é a insuficiência de políticas que reconheçam o rio como eixo de planejamento sanitário.

A segunda questão diz respeito ao saneamento. A associação entre baixa cobertura sanitária e doenças de veiculação hídrica reforça a necessidade de integrar saneamento, vigilância ambiental e atenção primária. Em áreas de várzea, soluções padronizadas tendem a ser frágeis. É necessário investir em tecnologias sociais, manutenção comunitária, monitoramento da água, educação em saúde e financiamento público contínuo. A saúde ambiental deve ser incorporada à rotina das equipes, e não tratada como projeto excepcional.

A terceira questão refere-se à escolaridade. Os dados indicam que a baixa escolaridade limita medidas preventivas, acesso à informação e autonomia. Isso não significa culpabilizar os sujeitos pelo adoecimento. Ao contrário, evidencia que a promoção da saúde exige políticas

educacionais e comunicacionais adequadas ao território. Cartilhas, campanhas e orientações técnicas podem ter baixo impacto se não forem construídas com linguagem acessível, mediação comunitária e respeito aos saberes locais.

A quarta questão envolve o trabalho. A elevada frequência de acidentes indica que a saúde do trabalhador ribeirinho ainda é pouco visibilizada. Picadas por animais peçonhentos, cortes, quedas, fraturas e dores osteomusculares devem ser entendidos como problemas de saúde pública. A prevenção precisa considerar os instrumentos de trabalho, os horários, os deslocamentos, a sazonalidade, a disponibilidade de equipamentos de proteção e a existência de atendimento inicial nas comunidades.

A quinta questão é a governança. A presença de organizações não estatais e instituições ambientais pode contribuir para melhorias, mas não substitui o dever constitucional do Estado em garantir saúde. A saúde não pode depender de projetos temporários, ciclos de financiamento ou iniciativas isoladas. O SUS deve dialogar com a política ambiental, mas sem transferir a responsabilidade sanitária para a gestão da unidade de conservação. A intersetorialidade exige pactos formais, metas, financiamento, monitoramento e participação comunitária.

Nesse ponto, a discussão sobre cuidado e empatia ganha densidade. Empatia não é apenas cordialidade no atendimento. Em territórios ribeirinhos, empatia significa reconhecer que uma falta de medicamento pode exigir dias de deslocamento; que uma consulta remarcada pode representar gasto inviável; que uma orientação escrita pode não ser compreendida por quem teve acesso precário à escola; que uma gestante, uma criança febril ou um trabalhador acidentado enfrentam riscos ampliados quando o transporte sanitário é ausente.

A integralidade do cuidado exige, portanto, uma ética territorial. Essa ética pressupõe que a organização do serviço seja capaz de perguntar: como vivem essas pessoas? Como se deslocam? Como trabalham? Como armazenam água? Como

interpretam a doença? Quem cuida de quem? Quais lideranças organizam a comunidade? Quais períodos do ano dificultam ou facilitam o acesso? Sem essas perguntas, a política pública tende a produzir respostas abstratas para problemas concretos.

A análise também demonstra que a sustentabilidade ambiental precisa incluir justiça sanitária. A conservação da biodiversidade é indispensável, mas não pode ser dissociada da dignidade das populações tradicionais. Se uma unidade de conservação protege ecossistemas, mas não articula meios para garantir saneamento, saúde, educação e participação, sua sustentabilidade permanece incompleta. Como afirma Medeiros (2018), os problemas de atenção à saúde nas comunidades do médio e alto Solimões são inseparáveis dos problemas de gestão do território e da reprodução social.

Assim, o cuidado em Mamirauá e em territórios semelhantes requer uma agenda pública integrada. Essa agenda deve incluir: fortalecimento da atenção primária fluvial; presença regular de equipes multiprofissionais; formação intercultural dos trabalhadores; valorização dos agentes comunitários; vigilância de doenças hídricas e zoonóticas; ações de saúde do trabalhador; saneamento adaptado; transporte sanitário; educação popular; e participação comunitária nas decisões da unidade de conservação e do SUS.

6 Conclusão

O artigo analisou as relações entre condições de vida, cuidado e acesso à saúde em comunidades ribeirinhas da Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá. A partir de revisão teórico-documental e análise secundária de estudo de caso, conclui-se que a saúde ribeirinha é determinada por processos interdependentes de reprodução social, nos quais ambiente, trabalho, renda, escolaridade, saneamento, mobilidade fluvial e governança institucional se articulam.

A hipótese inicial foi confirmada em termos analíticos: a presença de múltiplas instituições no território não garante, automaticamente, integralidade do cuidado. Quando as ações ambientais, sociais e sanitárias não são pactuadas de forma intersetorial, persistem vazios de responsabilidade, descontinuidade assistencial e desigualdades sanitárias. A unidade de conservação, para cumprir uma concepção substantiva de sustentabilidade, precisa integrar conservação da natureza e garantia de direitos sociais.

Os principais achados indicam baixa escolaridade, renda familiar restrita, saneamento insuficiente, barreiras geográficas de acesso, elevada frequência de queixas de saúde e acidentes de trabalho. Esses elementos revelam que o cuidado em saúde não pode ser limitado ao atendimento eventual. Ele deve ser estruturado como política territorial permanente, com atenção primária fluvial, transporte sanitário, comunicação comunitária, vigilância ambiental, saneamento adaptado à várzea e respeito aos saberes ribeirinhos.

A principal limitação do artigo é o uso de dados secundários, o que impede afirmar a situação epidemiológica atual da Reserva Mamirauá. Ainda assim, a análise oferece contribuição relevante ao demonstrar que saúde e conservação ambiental são dimensões inseparáveis em territórios habitados por populações tradicionais. Pesquisas futuras devem atualizar indicadores sanitários, avaliar a efetividade de unidades básicas de saúde fluviais, investigar práticas comunitárias de cuidado e examinar a participação das mulheres, agentes comunitários e lideranças locais na produção cotidiana da saúde.

Conclui-se, por fim, que cuidar das populações ribeirinhas amazônicas é também cuidar da própria sustentabilidade da floresta. Não há conservação justa sem saúde, nem saúde integral sem território, dignidade e participação social.

Referências

ABNT. **NBR 6022: informação e documentação: artigo em publicação periódica técnica e/ou científica: apresentação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2018.

ABNT. **NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração**. 2. ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2018.

ABNT. **NBR 10520: informação e documentação: citações em documentos: apresentação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2023.

BECKER, Bertha K. Geopolítica da Amazônia. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 19, n. 53, p. 71-86, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 maio 2026.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 maio 2026.

BRASIL. **Lei n. 9.985, de 18 de julho de 2000**. Regulamenta o art. 225, § 1º, incisos I, II, III e VII da Constituição Federal e institui o Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9985.htm. Acesso em: 15 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Ministério da Saúde, 2017.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CASTELLANOS, Pedro Luis. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, Rita Barradas (org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 31-75.

GARNELO, Luiza; SOUSA, Amandia Braga Lima; SILVA, Carlos Otávio. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1225-1234, 2017.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 493-545.

MEDEIROS, Marcílio Sandro de. **Condições de vida e de saúde no contexto de uma unidade de conservação ambiental de uso sustentável na Amazônia brasileira**. 2018. 258 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

SAMAJA, Juan. **A reprodução social e a saúde**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.