FIOCRUZ | Brasília

ISSN: 2358-1824

Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário
Cuadernos Iberoamericanos de Derecho Sanitario

Artigo

Onde a vida acompanha o rio: o território como determinante social de saúde no rio Furo Gentil nas ilhas de Abaetetuba – Pará

Where life follows the river: the territory as a social determinant of health in the Furo Gentil river on the islands of Abaetetuba – Pará

Donde la vida sigue al río: el territorio como determinante social de la salud en el río Furo Gentil en las islas de Abaetetuba – Pará

Fiama Góes Maués[1]
Escola Superior da Amazônia, Abaetetuba, PA.
https://orcid.org/0009-0003-6527-5291
profa.fiamagoes@gmail.com

Lívia Luise Braga Pinto[2]
Escola Superior da Amazônia, Abaetetuba, PA.
https://orcid.org/0009-0004-2193-4870
livialuise02@gmail.com

Anabela Silva e Santos[3]
Escola Superior da Amazônia, Abaetetuba, PA.
https://orcid.org/0009-0000-0640-9710
anabelassantos15@gmail.com

Ádria Juliana da Cruz Silva[4]
Escola Superior da Amazônia, Abaetetuba, PA.
https://orcid.org/0009-0005-1771-627X
adriajuliana.cruz22@gmail.com

Resumo

Objetivo: analisar as barreiras ao exercício da equidade e da universalidade no atendimento à saúde de populações ribeirinhas em Abaetetuba, Pará, a partir do relato de experiência da atividade interativa 'Vivências ribeirinhas e saúde no território amazônico'. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva-analítica, do tipo relato de experiência, fundamentada na observação participante. **Resultados:** o território se apresenta como determinante social estruturante, em virtude do isolamento geográfico e a influência dos ciclos de maré que impõem severas barreiras logísticas ao acesso a serviços essenciais. Este contexto é agravado pela precariedade da assistência formal, marcada pela periodicidade insuficiente das visitas da Unidade de Saúde da Família Fluvial, o que compromete a continuidade do cuidado. Evidenciou-se o conflito de racionalidades que culmina na desumanização do atendimento médico, devido ao uso de linguagem técnica inacessível e à falta de escuta qualificada, reforçando a invisibilidade social dessas populações. **Conclusão:** o isolamento

[1] Mestra em Antropologia e Sociologia, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil. Professora titular, Escola Superior da Amazônia, Abaetetuba, PA, Brasil.
[2] Graduanda em Medicina, Escola Superior da Amazônia, Abaetetuba, PA, Brasil.
[3] Graduanda em Medicina, Escola Superior da Amazônia, Abaetetuba, PA, Brasil.
[4] Graduanda em Medicina, Escola Superior da Amazônia, Abaetetuba, PA, Brasil.

CC BY

OPEN ACCESS

geográfico e as barreiras comunicacionais impedem a equidade no Sistema Único de Saúde, considerando as vulnerabilidades e a invisibilidade ribeirinha, sendo imperativa a necessidade de uma formação médica humanizada, ética e adaptada às realidades amazônicas, que reconheça as vulnerabilidades territoriais como indissociáveis da prática clínica. O estudo ressalta a potência dos saberes tradicionais e das robustas redes de solidariedade comunitária como mecanismos de resistência e cuidado mútuo diante da ausência estatal.
Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde; População Ribeirinha; Humanização da Assistência.

Abstract

Objective: To analyze the barriers to the exercise of equity and universality in health care for riverside populations in Abaetetuba, Pará, based on the experience report of the interactive activity "Riverside experiences and health in the amazon territory". **Methodology:** This is a qualitative, descriptive research, of the experience report type, based on participant observation. **Results:** the territory presents itself as a structuring social determinant, with geographic isolation and the influence of tidal cycles imposing severe logistical barriers to access to essential services. This context is aggravated by the precariousness of formal assistance, marked by the insufficient frequency of visits to the River Family Health Unit, which compromises the continuity of care. A conflict of rationalities was also evident, culminating in the dehumanization of medical care, due to the use of inaccessible technical language and the lack of qualified listening, reinforcing the social invisibility of these populations. On the other hand, the study highlights the power of traditional knowledge and robust community solidarity networks as mechanisms of resistance and mutual care in the face of state absence; **Conclusion:** geographic isolation and communication barriers impede equity in the Unified Health System, considering the vulnerabilities and invisibility of the riverside, making it imperative to have humanized, ethical medical training adapted to Amazonian realities, which recognizes territorial vulnerabilities as inseparable from clinical practice.
Keywords: Social Determinants of Health; Riverside Population; Humanization of Assistance.

Resumen

Objetivo: Analizar las barreras al ejercicio de la equidad y universalidad en la atención de salud para las poblaciones ribereñas de Abaetetuba, Pará, a partir del relato de experiencia de la actividad interactiva "Experiencias ribereñas y salud en el territorio amazónico". **Metodología:** Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva, del tipo relato de experiencia, basada en la observación participante. **Resultados:** el territorio se presenta como un determinante social estructurante, con el aislamiento geográfico y la influencia de los ciclos de mareas imponiendo severas barreras logísticas para el acceso a servicios esenciales. Este contexto se ve agravado por la precariedad de la asistencia formal, marcada por la insuficiente frecuencia de visitas a la Unidad de Salud Familiar del Río, lo que compromete la continuidad de la atención. También se evidenció un conflicto de racionalidades que culminó con la deshumanización de la atención médica, debido al uso de un lenguaje técnico inaccesible y a la falta de escucha calificada, reforzando la invisibilidad social de estas poblaciones. Por otro lado, el estudio destaca el poder de los conocimientos tradicionales y las sólidas redes de solidaridad comunitaria como mecanismos de resistencia y cuidado mutuo ante la ausencia del Estado; **Conclusión:** el aislamiento geográfico y las barreras de comunicación impiden la equidad en el Sistema Único de Salud, considerando las vulnerabilidades e invisibilidad de la ribera, haciendo imprescindible una formación médica humanizada, ética y adaptada a las realidades amazónicas, que reconozca las vulnerabilidades territoriales como inseparables de la práctica clínica.
Palabras clave: Determinantes Sociales de la Salud; Población Ribereña; Humanización de la Atención.

Introdução

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) compreendem as condições nas quais os indivíduos nascem, crescem, vivem e trabalham, sendo estas moldadas pela distribuição de poder, renda e recursos em diversos níveis da sociedade. Em outras palavras, os DSS constituem o conjunto de condições de vida e de estruturas sociais que atravessam as trajetórias dos sujeitos, interferindo de forma direta em seu bem-estar físico e mental[1]. Esses fatores estruturantes são responsáveis por delinear a realidade vivida pelas populações, influenciando decisivamente o nível de acesso, a utilização e a continuidade dos serviços e cuidados em saúde[2].

No contexto brasileiro, a Lei 8.080/90[3], pilar do Sistema Único de Saúde (SUS), preconiza os princípios da universalidade, equidade e integralidade como garantias fundamentais para a assistência à saúde. Todavia, observa-se um paradoxo entre o arcabouço normativo e a realidade de populações tradicionais, em especial comunidades ribeirinhas, onde o local de residência atua como um determinante crítico que restringe o acesso a direitos básicos como saneamento, educação e saúde[1].

As comunidades ribeirinhas no Brasil enfrentam desafios sociais e de saúde que são decorrentes do determinante social territorial, que influencia a condição de vida e a garantia do direito constitucional à saúde. Franco et al. apontam que esse grupo, na sua maioria, possui baixa escolaridade e vivem em territórios de acesso remoto, o que reforça as vulnerabilidades e limitações no acesso aos serviços de saúde[4].

A situação de vulnerabilidade vivenciada pelas populações ribeirinhas é fruto de iniquidades em saúde geradas pela intersecção de múltiplos determinantes. Dentre esses fatores estruturantes, destacam-se os obstáculos geográficos atrelados à dinâmica fluvial, a fragilidade socioeconômica, a carência de infraestrutura de saneamento básico e a própria desinformação da comunidade em relação às políticas públicas vigentes[5].

Nas ilhas de Abaetetuba, no Pará, a população ribeirinha vivencia uma vulnerabilidade acentuada em comparação ao contexto urbano. Localizado na região amazônica paraense, o município de Abaetetuba possui uma estrutura territorial complexa que engloba o chamado "Território das Águas". Trata-se da sua Zona Rural Ribeirinha, formada por 72 ilhas entrecortadas por redes fluviais (rios, furos e igarapés), onde se concentra uma população flutuante com dinâmicas de vida muito singulares[6].

O isolamento geográfico, a dependência estrita do transporte fluvial e a influência dos ciclos naturais, como as marés e o regime de vazante, impõem barreiras estruturantes que desafiam a operacionalização da Atenção Primária. Silva *et al.* indicam que, para as equipes que atendem ribeirinhos, o transporte fluvial é muitas vezes o único meio viável, e essa peculiaridade geográfica impõe grandes dificuldades de locomoção que prejudicam o acesso à saúde[7]. Além dos entraves logísticos, o distanciamento entre a racionalidade biomédica e as vivências tradicionais precipita barreiras comunicacionais e sentimentos de invisibilidade social, ferindo diretamente o princípio da equidade. Dantas explica que a organização dos serviços é muitas vezes centrada no "modelo biomédico" e pouco sensível às diversidades, o que gera "linguagem técnica incompreensível" e afasta as populações tradicionais. O autor defende que esses fatores produzem 'desigualdades invisíveis' e comprometem diretamente a equidade e o direito à saúde[1].

Diante deste cenário, o presente estudo parte da seguinte questão norteadora: de que maneira a desconsideração dos determinantes sociais no atendimento às comunidades ribeirinhas de

DOI https://doi.org/10.17566/ciads.e2026037

Abaetetuba, PA, em especial no rio Furo Gentil, pode contribuir para a produção de exclusão e para a violação dos princípios de universalidade e equidade do SUS?

Para responder a essa problemática, este artigo estabelece como objetivo geral: analisar as barreiras ao exercício da equidade e da universalidade no atendimento à saúde de populações ribeirinhas em Abaetetuba, PA, a partir do relato de experiência da atividade interativa 'Vivências ribeirinhas e saúde no território amazônico'.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa descritivo-analítica, fundamentado na observação participante[8] e no registro sistemático em diários de campo, da atividade interativa 'Vivências ribeirinhas e saúde no território amazônico', vinculada à disciplina de 'Saúde, ambiente e determinantes sociais regionais'. A atividade foi realizada por 20 estudantes, sendo 11 homens e nove mulheres, de faixa etária entre 20 a 30 anos. Desse total, 35% se consideram pardos ou pretos, e todos estão no primeiro semestre do curso de medicina da Escola Superior da Amazônia (ESAMAZ), polo Abaetetuba-Pará, sob supervisão da docente do módulo em questão. De acordo com a matriz curricular do curso, essa disciplina está inserida no primeiro semestre com o objetivo de desenvolver competências éticas e humanização na conduta médica, em especial na relação com povos e comunidades tradicionais.

Para a sistematização e análise dos dados coletados nos diários de campo, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática. A partir da imersão no material empírico, emergiram três categorias de análise que estruturam a discussão deste relato: i) o território como determinante social, abordando as implicações geográficas e logísticas da vida ribeirinha; ii) o encontro clínico e as barreiras comunicacionais, que analisa o choque entre o modelo biomédico e os saberes tradicionais, bem como as dificuldades de comunicação entre profissionais e usuários; e, iii) a formação médica no cenário amazônico, com a discussão da importância da sensibilidade cultural e da empatia na prática clínica desses futuros profissionais.

A travessia fluvial e a percepção do isolamento geográfico

A experiência ocorreu no dia 4 de dezembro do ano de 2025. O percurso iniciou-se no Porto Hidroviário de Abaetetuba com destino às ilhas. O transporte foi realizado via embarcação regional (Figura 1), enfrentando desafios logísticos imediatos, como a inadequação do trapiche para embarque, uma vez que esse não tem acesso fácil para adentrar as embarcações.

É importante pontuar que as embarcações para a travessia ficam disponíveis em dias de semana, finais de semana e feriados, de acordo com a demanda requerida, e o tempo de trajeto para as ilhas de Abaetetuba depende da localidade de destino e da maré, por isso não há uma duração exata. Além disso, com a reforma do terminal ribeirinho, que ocorreu no ano de 2025, há mais embarcações e a segurança aumentou, uma vez que elas possuem equipamentos de proteção em sua maioria, contudo problemas como os citados acima ainda são enfrentados.

Figura 1. Embarcação regional utilizada na travessia fluvial de Abaetetuba para o Furo Gentil



Fonte: Diário de campo das autoras.

Durante o trajeto pelos rios, os discentes foram guiados por uma pessoa pertencente a comunidade ribeirinha do Furo Gentil, a qual explanou sobre a geografia local, em especial a Ilha da Pacocá, e compartilhou as lendas que fazem parte do imaginário do povo ribeirinho, como a lenda de Demócrates, as quais simbolizam a relação subjetiva da comunidade com o rio. Diante disso, foi possível observar a valorização dos saberes tradicionais e da oralidade, expressos por meio de lendas e narrativas locais que conectam fenômenos naturais às experiências históricas e simbólicas da comunidade. É importante destacar que essas histórias não surgem apenas como elementos culturais, mas como formas de explicar e elaborar as dificuldades reais enfrentadas.

No decorrer do percurso, aconteceu um incidente crítico, o encalhe da embarcação em um banco de areia devido à maré baixa, o que serviu como dado de observação sobre as barreiras geográficas enfrentadas diariamente pelos ribeirinhos para acessar serviços de saúde. A dependência do transporte fluvial e das condições naturais, como maré, vazante e bancos de areia, se evidencia como fator estruturante do cotidiano, influenciando diretamente a mobilidade, o acesso a serviços e a própria sobrevivência da população.

A chegada ao território e a imersão na identidade ribeirinha

Ao desembarcar no Sítio Gentil, localizado no rio Furo Gentil, os estudantes foram recepcionados pelos moradores com um café da manhã regional. Este momento de acolhimento permitiu o reconhecimento do território e da economia local, marcada pela transição da histórica produção de cachaça para o cultivo de cacau e cupuaçu. A imersão incluiu a experiência direta com o cacau e o reconhecimento das árvores nativas (Figura 2), evidenciando o uso sustentável dos recursos naturais e a forte identidade produtiva da comunidade.

Figura 2. Experiência de imersão dos estudantes com o cacau e reconhecimento das árvores nativas no rio Furo Gentis



Fonte: Diário de campo das autoras.

A roda de conversa sobre saúde e invisibilidade

O núcleo da atividade consistiu em um encontro de saberes entre acadêmicos e moradores (Figura 3). Após o almoço, que também foi proporcionado pela comunidade, com comidas típicas como peixe e açaí, aconteceu uma roda de conversa com oito moradores do rio Furo Gentil, sendo seis mulheres e dois homens, em maior parte idosos, sendo que estavam presentes uma professora da comunidade e uma agente comunitária de saúde.

Através da escuta ativa, os discentes ouviram relatos sobre a precariedade assistencial, como a visita da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBS Fluvial), que acontece apenas a cada três meses. Os moradores expressaram sentimentos de invisibilidade social e relataram experiências de desumanização no atendimento médico formal, a partir do uso de termos técnicos incompreensíveis e da falta de empatia dos profissionais de saúde. Em contrapartida, evidenciou-se a resistência da medicina popular, o uso de chás e óleos, e a rede de solidariedade comunitária no transporte de enfermos em rabetas e outros tipos de embarcações disponíveis, para chegar até o município de Abaetetuba e tentar um melhor atendimento médico.

Figura 3. Roda de conversa sobre saúde com os moradores do rio Furo Gentil



Fonte: Diário de campo das autoras.

Resultados e discussão

O território fluvial como determinante social

O município de Abaetetuba está localizado na região Baixo Tocantins, no estado do Pará, e conta com 72 ilhas pertencentes ao território, sendo habitadas por aproximadamente 2.000 famílias e contando com 172.344 habitantes ao total[6].

Os povos ribeirinhos estabelecem relação de profunda interação com os rios, o que representa a principal forma de deslocamento. O rio é utilizado para o deslocamento diário, acesso a serviços de saúde, educação, comércio e realização de atividades cotidianas como pesca e extrativismo. Nessa circunstância, a embarcação se reafirma como elemento central para a manutenção do modo de vida ribeirinho.

Ainda assim, foi observado que os períodos de vazante impactam significativamente nesse fluxo. Com a redução do nível da maré, os bancos de areia ao longo do rio são um dos empecilhos enfrentados por essa população, o que torna a navegação mais difícil e arriscada. A presença desses bancos provoca desvios de rotas, o que resulta no aumento do tempo de deslocamento e maior consumo de combustível. Além disso, o encalhe da embarcação se mostra frequente nesse período,

interrompendo trajetos, causando atrasos no acesso a serviços essenciais e, em alguns casos, inviabilizando completamente a locomoção até determinadas localidades.

Desse modo, evidencia-se que as condições naturais do rio, especialmente em vazante, impõem limitações reais à mobilidade dessa população, intensificando o isolamento territorial e afetando diretamente suas atividades cotidianas e acesso a direitos básicos, como a saúde. Esses fatores mostram que a vulnerabilidade estrutural dessas comunidades frente à dependência e instabilidade do rio reforça a sua importância como determinante de sua organização socioeconômica[9]. A vulnerabilidade social diz respeito aos meios que indivíduos ou coletividades possuem para enfrentar problemas de saúde e se restabelecerem. Esse cenário é moldado pelas características próprias e recursos disponíveis a esses grupos; quando tais elementos são limitados para o aproveitamento das oportunidades oferecidas pela sociedade, eles acabam por ditar o nível de prejuízo na qualidade de vida dessas pessoas[10].

A assistência à saúde na comunidade ribeirinha do rio Furo Gentil é marcada pela falta de continuidade do cuidado, especialmente em virtude da atuação esporádica da Unidade Básica de SaúdeFluvial (UBS Fluvial), que atende as localidades apenas a cada três meses, permanecendo por apenas um dia. Essa periodicidade limitada compromete a continuidade do cuidado, dificultando o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, a realização de ações preventivas e o acompanhamento adequado de gestantes, crianças e idosos. A carência de atendimentos habituais também impacta a adesão a tratamentos, a atualização do calendário vacinal e o fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde e comunidade, elemento fundamental para a efetividade da Atenção Primária[11].

De forma recorrente, é importante observar as dificuldades no acesso aos serviços de saúde, sobretudo devido à baixa frequência de visitas da UBS Fluvial, à precariedade da continuidade do cuidado e as barreiras de comunicação entre profissionais e pacientes. Seguindo essa lógica, percebe-se um atendimento pouco humanizado e marcado pelo uso de linguagem técnica, consultas rápidas e falta de escuta, o que reforça sentimentos de exclusão social e invisibilidade. A UBS Fluvial deveria realizar atendimentos médicos, odontológicos, de enfermagem, vacinação, testes rápidos, curativos, coleta de Preventivo do Colo do Útero (PCCU), distribuição de medicamentos e preservativos, além de atendimentos de emergência, contudo os moradores relatam que alguns desses atendimentos não chegam às comunidades.

Ao destacar a receptividade, a solidariedade e a forte união comunitária, marcadas pela ajuda mútua diante da ausência ou da insuficiência do município, percebe-se que essa coesão social se manifesta tanto no compartilhamento de recursos quanto no apoio em situações de emergência. Apesar das nuances de vazios assistenciais, longas distâncias e altos custos de deslocamento, as populações ribeirinhas e tradicionais recorrem aos recursos disponíveis nas próprias comunidades como principal estratégia de resolução de problemas de saúde[12].

Neste contexto, o amparo local não se configura como um ato isolado, mas como um processo comunitário e relacional que produz o reconhecimento mútuo do indivíduo como pertencente àquele território[13]. Mais do que uma mera tática de sobrevivência, tais laços revelam uma profunda consciência coletiva, fundamentada na percepção de que esses sujeitos não andam sozinhos, mas em "constelação", preservando sua integridade e ligação cósmica[14]. Quando há uma situação de emergência, a comunidade recorre aos mais velhos e às pessoas que possuem a sabedoria ancestral

de cura, como puxadores, curadores e parteiras, além disso, também procuram utilizar chás e garrafadas.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)[15] estabelece que a Atenção Primária à Saúde deve ser fundamentada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, coordenação da atenção e integralidade, com o objetivo de garantir acompanhamento longitudinal e ações permanentes de promoção, prevenção e recuperação da saúde. No contexto ribeirinho, podemos observar um desacordo entre as diretrizes preconizadas pela PNAB e a realidade vivenciada pela população, uma vez que a baixa frequência da USF Fluvial limita a efetividade do cuidado contínuo e territorializado[15].

Além disso, considerando as especificidades geográficas e as dificuldades de deslocamento intensificadas por períodos de vazante e encalhe das embarcações, a oferta de atendimento se mostra insuficiente para atender às demandas cotidianas da comunidade. Tal cenário evidencia a necessidade de estratégias organizacionais mais adequadas à dinâmica fluvial, com ampliação da periodicidade das ações de saúde, fortalecimento da presença das equipes e adoção de medidas que assegurem maior regularidade assistencial, em consonância com os princípios e diretrizes da PNAB.

Encontro clínico em disputa

A barreira comunicacional é um dos principais empecilhos para a compreensão entre médico e paciente, uma vez que as vivências científicas médicas se distanciam das vivências de populações tradicionais. A hegemonia biomédica estabelece uma racionalidade técnico-científica que muitas vezes ignora as dimensões espirituais, territoriais e culturais dos pacientes, o que gera uma desvalorização sistemática dos conhecimentos tradicionais de cura[16]. O distanciamento entre a ciência e a realidade local é reforçado pelo uso de uma linguagem técnica e acadêmica que dificulta a comunicação e acaba por excluir as populações tradicionais da participação ativa nos cuidados e decisões de saúde[16].

A experiência no rio Furo Gentil, com os moradores da comunidade, oportunizou aos discentes a escuta de relatos que ilustram essa barreira comunicacional. Durante a roda de conversa, uma das moradoras relatou que sua “parenta” ao ficar doente buscou consulta médica, entretanto, durante a consulta, o médico utilizou termos técnicos de difícil compreensão para a paciente, o que fez com o atendimento não fosse eficaz para o cuidado que ela necessitava. Com isso, nota-se a necessidade de uma formação médica alinhada com os determinantes da região em que esse profissional atuará, além disso, a confirmação constante do entendimento do paciente durante a consulta se faz muito necessária em todas as situações.

Ademais, a produção de receitas ilegíveis é outro fator que prejudica a comunicação, o entendimento e a confiança entre médico e paciente. Segundo relatos de uma das moradoras, seu marido foi ao médico e após a consulta se desfez da receita, alegando que não confiaria em um médico que não o analisou adequadamente e ainda que o entregou uma receita impossível de ler. Esse distanciamento comunicacional é reforçado pela falta de escuta qualificada nos serviços de saúde, onde a negligência em relação aos significados atribuídos pela comunidade à cura e o uso de linguagens descontextualizadas são percebidos como uma forma de violência institucional, levando à rejeição direta de orientações e prescrições médicas que não estabeleçam um vínculo real de compreensão e respeito mútuo.

A figura do médico é vista, em grande maioria, como superior, essa visão tem como consequência a visão de inferiorização do paciente, fator que não é verídico, já que o paciente deve ser o protagonista da sua própria saúde. Diante dessa estrutura vertical, é imprescindível que os indivíduos e comunidades sejam reconhecidos como os reais protagonistas de sua saúde, exercendo sua agência e capacidade crítica na condução de seus processos de cuidado e na definição de seus próprios destinos[17].

A promoção de saúde realizada na região pelos próprios ribeirinhos foi um assunto de suma importância ao decorrer da roda de conversa realizada com a comunidade do rio Furo Gentil, pois os moradores trouxeram para a discussão as figuras da parteira e do puxador, que são dois profissionais da saúde que atuam na região. A parteira é descrita como uma senhora de muito conhecimento, ela prepara remédios caseiros e já realizou o parto de muitas mulheres na comunidade. Atualmente, a maioria das mulheres ribeirinhas vai ao hospital realizar o parto, porém a parteira continua sendo respeitada e vista como uma pessoa a quem o doente pode recorrer. Já o puxador é visto como um massagista, uma vez que ajuda pessoas com torcicolo, dores nas costas e com o "mau jeito".

Apesar da importância desses profissionais, uma das moradoras cita que quando os recursos são insuficientes, os próprios aconselham os pacientes a procurarem as UBS no centro urbano do município de Abaetetuba, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e os hospitais da cidade ou região. A partir disso, é possível observar a solidariedade das pessoas da comunidade, que quando há um integrante doente empresta meios de transporte, como rabeta ou lancha, para que os indivíduos possam se locomover até o município de Abaetetuba, além de levarem chás, pomadas e xaropes naturais, buscando auxiliar no tratamento.

Formação médica no cenário amazônico

A formação médica inserida no cenário amazônico transcende a mera transmissão de conteúdos biológicos, uma vez que exige que o processo de ensino-aprendizagem seja legitimado pela imersão nas vivências locais para desenvolver um olhar multidisciplinar e sensível. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)[18] do curso de graduação em Medicina estabelecem que o egresso deve possuir uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, atuando com responsabilidade social e compromisso com a dignidade humana[18].

No contexto da Amazônia, esta premissa normativa traduz-se numa necessidade pragmática. Como destacam Silveira e Pinheiro[19], as experiências de imersão e internato rural na região proporcionam aos estudantes oportunidades singulares de ruptura com concepções elitizadas da medicina, através do contato direto com as ações educativas e o cotidiano da comunidade local. Compreender o cuidado a partir do território revelou-se, mediante a observação de campo, como o alicerce para o desenvolvimento de um pensamento crítico e pluralista.

Ao reconhecer que o processo saúde-doença é atravessado por dimensões culturais, sociais e ambientais singulares de cada população, evidencia-se a urgência de uma ruptura com a visão fragmentada da biomedicina dita tradicional, historicamente limitada ao diagnóstico clínico. No entanto, a desconstrução deste modelo biomédico não se sustenta apenas na teoria; ela exige, de forma indispensável, a imersão e a aplicação de práticas comunitárias.

Nesta perspectiva, o exercício da empatia revela-se como uma competência clínica indispensável para transpor as barreiras estruturais da região. É imperativo que o profissional aprenda a pôr-se no lugar do paciente para compreender as limitações que o afetam diretamente, a

exemplo do analfabetismo funcional e do isolamento geográfico. Conforme apontam Mardock e Brasileiro[20], nos seus estudos sobre a formação médica no interior amazônico, a prática humanizada requer dos estudantes a habilidade de transitar entre o saber técnico e a compreensão das vulnerabilidades de cada sujeito.

A transposição desse saber, contudo, exige fundamentalmente a adequação comunicacional, pois o uso imoderado de jargões médicos e termos clínicos complicados atua como uma barreira que intimida o usuário, limitando sua capacidade de expressar dúvidas e excluindo-o da tomada de decisão[21]. Quando a linguagem técnica incompreensível se sobrepõe à escuta, ela dificulta a aproximação entre a comunidade e os serviços, manifestando-se como uma desigualdade invisível que prejudica o acesso inicial e a continuidade do cuidado. Consequentemente, essa falha na comunicação afeta de forma direta a adesão, elevando os índices de abandono de tratamentos e ampliando os riscos à saúde de populações já vulnerabilizadas[1].

A utilização de um vocabulário técnico incompreensível, associada à falta de acolhimento e ao despreparo dos profissionais para lidar com as diversidades socioculturais, ergue barreiras que dificultam a aproximação do paciente com os serviços de saúde. Esses fatores invisíveis impactam negativamente a experiência do cuidado, prejudicando tanto o acesso inicial quanto a continuidade da assistência, o que frequentemente resulta no abandono do tratamento e na ampliação dos riscos à saúde dos usuários[1].

A logística das águas e as longas distâncias fluviais impõem desafios reais e torna-se um grande obstáculo ignorar que a distância entre a residência do usuário e a unidade de saúde pode significar horas de navegação e comprometer a eficácia do projeto terapêutico. O contato com esta realidade exige, como observam Silveira e Pinheiro[19], uma atenção redobrada à escuta e à linguagem, promovendo uma atitude mais humilde. A empatia materializa-se, assim, na adequação da comunicação e na elaboração de condutas exequíveis, garantindo que o jargão técnico atue não como um obstáculo, mas como uma ponte para a construção de um vínculo de confiança.

A partir dessa lógica, percebe-se a necessidade que o profissional pratique o cuidado centrado em cada indivíduo, respeitando suas necessidades e sua compreensão sobre o adoecer. Compreende-se que a característica central do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é a individualização do atendimento visando à igualdade na assistência. Em contrapartida, a competência cultural atua como uma ferramenta focada em garantir a equidade no cuidado[21]. Além disso, a comunicação, portanto, deve ser dialógica e adaptada, garantindo que o saber médico não se torne uma barreira, mas uma ponte entre o médico e o paciente.

Paralelamente a esta adaptação profissional, os resultados da vivência nas ilhas revelaram uma transformação significativa na própria comunidade assistida, caracterizada pela emergência de uma forte consciência de direitos. O modelo de assistência fundamentado numa passividade histórico-cultural tem dado lugar a uma postura crítica e ativa por parte dos usuários do SUS, da UBS Fluvial. A população local reconhecia o seu direito inalienável a um atendimento digno e de respeito, não aceitando mais condutas que reproduzam maus-tratos, negligência ou distanciamento amparados numa suposta superioridade técnica, acadêmica do médico ou de classe.

Esta mudança reflete a materialização de políticas de humanização que exigem a horizontalidade das relações no ambiente de cuidado, um aspeto central tanto nas normativas das DCN[18] quanto nas discussões sobre a interiorização da saúde na Amazônia[20]. Para a formação médica, este cenário consolida-se como uma escola de ética viva, ensinando na prática que o respeito

mútuo é a base da eficácia clínica e que a responsabilidade do profissional se estende ao compromisso político de atuar como facilitador do cuidado centrado na pessoa. Dessa forma, a formação médica na Amazônia desdobra-se em um aprendizado sobre cidadania, na qual a ética profissional se fundamenta no princípio de que a responsabilidade do médico não se encerra no ato técnico, mas no acolhimento digno e humano para a população.

Considerações Finais

Ao analisar as barreiras ao exercício da equidade e universalidade na atenção à saúde ribeirinha em Abaetetuba, no estado do Pará, em especial no rio Furo Gentil, este relato de experiência, conclui que o território fluvial atua como um determinante social estruturante na região. O isolamento geográfico e a dependência dos ciclos das marés impõem limitações físicas severas que desafiam a efetivação das políticas públicas e comprometem a regularidade da Atenção Primária.

A experiência sistematizada nos diários de campo revelou-se fundamental para a formação médica, ao deslocar o olhar do estudante do ambiente ambulatorial para a realidade do território. Ademais, proporcionou um momento de escuta para a comunidade, que pôde manifestar sua insatisfação com o sistema de saúde atual e os profissionais, o que é importante para a construção conjunta de uma nova forma de garantia do direito fundamental à saúde para as comunidades ribeirinhas localizadas no município de Abaetetuba.

No que tange às percepções de desumanização relatadas pela comunidade, os resultados evidenciaram que essas decorrem especificamente da conduta do profissional médico, materializada na falta de escuta qualificada, na produção de receitas ilegíveis e no uso de uma linguagem técnica incompreensível durante as rápidas consultas. Tais ações erguem barreiras comunicacionais que intimidam o usuário, geram desconfiança e produzem a invisibilidade do saber tradicional. Em contrapartida, diante dessa ausência e ineficácia estatal, o estudo confirmou a potência das redes de solidariedade e da medicina popular como os mecanismos primários de cuidado e sobrevivência local.

A formação médica na Amazônia exige uma ruptura urgente com modelos elitizados. Para que a prática clínica seja ética e humanizada, é indispensável que a imersão no território atue no desenvolvimento da sensibilidade cultural do estudante, capacitando-o a reconhecer as vulnerabilidades locais e a transformar o jargão técnico em uma ponte para o diálogo.

Academicamente, a pesquisa preenche uma lacuna fundamental ao analisar como os determinantes sociais, frequentemente ignorados pela hegemonia biomédica, moldam a experiência de cuidado, contribuindo para a literatura sobre saúde pública na Amazônia e para a construção de currículos médicos que priorizem a sensibilidade cultural e a ética. Socialmente, o estudo exerce um papel reparador ao ouvir às populações ribeirinhas de Abaetetuba, evidenciando as iniquidades decorrentes do isolamento geográfico e da desarticulação do atendimento formal. Ao documentar a resistência dessas comunidades e a potência de seus saberes tradicionais, o trabalho fomenta um debate imprescindível sobre a necessidade de políticas públicas mais equânimes e de uma prática clínica que reconheça o território não apenas como cenário, mas como determinante indissociável da vida e do cuidado.

Como limitação da presente pesquisa, aponta-se o seu caráter de relato de experiência, fundamentado na observação de um grupo restrito de discentes em um recorte geográfico e temporal delimitado (rio Furo Gentil). Além disso, a investigação focou-se primordialmente na escuta das

queixas da comunidade, não contemplando a perspectiva dos próprios profissionais de saúde da UBS Fluvial acerca das suas condições de trabalho e dificuldades logísticas.

Por fim, sugerem-se dois caminhos principais para investigações futuras: o desenvolvimento de estudos voltados à gestão e logística em saúde fluvial, com o intuito de propor modelos organizacionais que superem os obstáculos do regime das marés e garantam a continuidade do cuidado; e a realização de pesquisas de intervenção que foquem em estratégias para a integração efetiva entre o saber científico e as práticas tradicionais de cura, visando fortalecer o vínculo e a resolutividade da Atenção Primária junto a essas populações.

Referências

1. Dantas IA. Desigualdades Invisíveis: Como Determinantes Sociais Moldam o Acesso aos Serviços de Saúde no Brasil Contemporâneo. Revista Científica Brasileira de Saúde e Medicina [Internet]. 2025 [citado em 07 abr. 2026];1(1). Disponível em: https://revistacientificarbmed.com.br/rbmed/article/view/8 doi:10.51473/rbmed.v1i1.2025.8

2. Santos SS, Maciel FB, Sabino W, Schweickardt JC, Maciel JB. Populações "Das Águas": Ambiente-Saúde a partir da perspectiva da Determinação Social e da Política de Saúde na região do Baixo Amazonas-PA. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2025 [citado em 07 abr. 2026];30(1):e19462022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.19462022 doi:10.1590/1413-81232025301.19462022

3. Brasil. Lei nº 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 e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. [citado 15 fev. 2026]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

4. Franco EC, Santo CE, Arakawa AM, Xavier A, França ML, Oliveira AN, et al. Promoção da saúde da população ribeirinha da região amazônica: relato de experiência. Revista CEFAC. 2015;17(5):1521-1530. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-0216201517518714 doi:10.1590/1982-0216201517518714

5. Sousa YJP, Nogueira LMV, Trindade LNM, Rodrigues ILA, Santos DN, Lima IB. Determinantes sociais da saúde de gestantes ribeirinhas acompanhadas no pré-natal de risco habitual. Cogitare Enfermagem [Internet]. 2025 [citado em 09 abr. 2026];30:e96995pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.96995pt doi:10.1590/ce.v30i0.96995pt

6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Abaetetuba (PA) Cidades e Estados [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [atualizado 2025; citado em 19 fev. 2026]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/abaetetuba.html

7. Silva LB, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Silva IFS, Santos FV. Conhecimento de profissionais da atenção primária em saúde sobre política de saúde para populações ribeirinhas. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [citado em 7 abr. 2026];73(5):e20190080. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/C4wPL5mMgYKW9k6BtL7PXgB/?lang=pt doi:10.1590/0034-7167-2019-0080

8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 15ª ed. São Paulo: Hucitec; 2025.

9. Heufemann NEC, Ferla AA, Schweickardt JC, Fonseca FR. Acesso aos serviços de saúde: território, fluxos e fronteiras das populações ribeirinhas de Boa Vista do Ramos, Amazonas [Internet]. Saúde e Sociedade. 2024 [citado em 10 abr. 2026];33(3):e230392pt. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/jQM4j3zZxgKGScbKjHg8xfL/?lang=pt doi:10.1590/S0104-12902024230392pt

10. Durand MK, Heidemann ITSB. Determinantes Sociais de uma comunidade quilombola e a interface com a Promoção da Saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2019 [citado em 11 abr. 2026];53:e03451. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Gz9P835ZfNnxwWdndy9gPvm/?lang=pt doi:10.1590/S1980-220X2018007703451

11. Brasil. Ministério da Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais. Atenção à saúde das populações do campo, florestas e águas e populações tradicionais [módulo 25]. In: Brasil. Ministério da Saúde. Programa Médicos pelo Brasil. Eixo 5: cuidado a grupos populacionais específicos e situações especiais II [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 12 abr. 2026]. 132 p. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/30010

12. Schiavi CEN, Meinhart M, Souza LF, Silva ER, Oliveira RW. Saúde mental sobre as águas: concepções de uma equipe de Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF). Saúde em Redes [Internet]. 2024 [citado em 12 abr. 2026];10(2):123-40. Disponível em:

https://doi.org/10.18310/2446-4813.2024v10n2.4573 doi:10.18310/2446-4813.2024v10n2.4573

13. Santos ANS, Sousa Júnior FS, Sousa AJZ, Silva JNV, Xavier EBMC, Silva ME, et al. Saberes que curam – a farmácia quilombola e o uso de plantas medicinais no cuidado infantil. Revista ARACÊ [Internet]. 17 abr. 2025 [citado 21 fev. 2026];7(4):19103-19135. Disponível em: https://doi.org/10.56238/arev7n4-199 doi:10.56238/arev7n4-199

14. Krenak A. A vida não é útil. São Paulo: Companhia das Letras; 2020.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 19 fev. 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

16. Santos AB. Colonização, Quilombos: modos e significações [Internet]. Brasília: INCTI/UnB; 2015 [citado em 15 fev. 2026]. 150 p. Disponível em: http://cga.libertar.org/wp-content/uploads/2017/07/BISPO-Antonio.-Colonizacao_Quilombos.pdf

17. Miranda HR, Corrêa JA, Nogueira LMV, Palmeira IP, Rodrigues ILA. Desvendando saberes e preocupações sobre a saúde entre homens ribeirinhos. Rev enferm UFPE on line [Internet]. set. 2017 [citado em 05 fev. 2026];11(9):3446-53. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/110244 doi:10.5205/1981-8963-v11i9a110244p3446-3453-2017

18. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11 [citado em 21 fev. 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view

19. Silveira RP, Pinheiro R. Internato rural na Amazônia: aspectos históricos, contexto atual e principais desafios. História, Ciências, Saúde – Manguinhos [Internet]. abr-jun 2017 [citado em 21 fev. 2026];24(2):371-390. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702017000200004 doi:10.1590/S0104-59702017000200004

20. Mardock ARM, Brasileiro TSA. A formação médica humanizada interior da Amazônia. Revista AMAzônica [Internet]. 2019 [citado em 10 fev. 2026];22(2):222-247. Disponível em: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6804356

21. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017. 416 p.

Informações editoriais

Histórico

Recebido: 22/02/2026
Revisado: 14/07/2026
Aprovado: 30/07/2026

Processo de Avaliação

Avaliação por pares duplo-cego.

Avaliação por pares aberta

Dois avaliadores ad hoc avaliaram este manuscrito. Os autores concordaram com a interação, se necessário, e com a publicação do parecer. Apenas um avaliador concordou com a interação; apenas um autorizou a publicação do parecer, se indicado pela revista.

Preprint

O manuscrito não é um *preprint*.

Verificação de similaridade

Este artigo foi submetido à verificação de similaridade textual com o software *CopySpider*.

Contribuição dos autores

F.G. Maués: concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados, redação do artigo, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final do artigo.
L.L.B. Pinto: concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados, redação do artigo, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final do artigo.
A.S. Santos: concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados, redação do artigo, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final do artigo.
A.J.C. Silva: concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados, redação do artigo, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final do artigo.

Conflito de interesses

Os autores declararam não haver nenhum conflito de interesse de ordem pessoal, comercial, acadêmica, política e financeira referente a este artigo.

Financiamento

Não se aplica.

Origem da pesquisa

Pesquisa independente, não derivada de tese, dissertação ou projeto institucional.

Aprovação ética da pesquisa

Não se aplica.

Disponibilidade dos dados de pesquisa

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito.

Declaração de uso de ferramentas de Inteligência Artificial (IA)

Os autores declaram que nenhuma ferramenta de inteligência artificial foi utilizada na elaboração deste manuscrito ou na pesquisa nele relatada.

Equipe editorial

Editora-chefe: Sandra Mara Campos Alves
Editoras convidadas (dossiê): Eliana Franco, Krishina Day Ribeiro
Editora assistente: Amanda Nunes Lopes Espiñeira Lemos
Assistentes editoriais: Danilo Silva Santos Rocha, Daphne Sarah Gomes Jacob Mendes, Maria Ester Simões Nogueira
Revisora de texto: Mirna Barcelos

Publisher

Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Programa de Direito Sanitário, Brasília, DF, Brasil.

Direitos Autorais

Os autores mantêm os direitos autorais sobre suas obras e concedem aos Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário (CIADS) o direito de primeira publicação.

Open Access

Este artigo é publicado em Acesso Aberto (*Open Access*), com acesso imediato, gratuito e permanente ao seu conteúdo, sem cobrança de taxas para leitura, download ou compartilhamento.

Licença de Uso

Copyright © 2026 Fiama Góes Maués, Lívia Luise Braga Pinto, Anabela Silva e Santos, Ádria Juliana da Cruz Silva. Este artigo é licenciado sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0), que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a autoria original e a fonte de publicação sejam devidamente citadas.



Como citar (Vancouver)

Maués FG, Pinto LLB, Santos AS, Silva AJC. Onde a vida acompanha o rio: o território como determinante social de saúde no rio Furo Gentil nas ilhas de Abaetetuba − Pará. Cad. Ibero-Am. Direito Sanit. 2026;15:e2026037. doi: 10.17566/ciads.e2026037