
CONDIÇÕES DE SAÚDE DE REASSENTADOS RURAIS NA PERSPECTIVA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

HEALTH CONDITIONS OF RURAL RESETTLED PEOPLE FROM THE PERSPECTIVE OF THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH

Lisiane da Rosa

Universidade Comunitária da Região de Chapecó, SC, Brasil
lisianerosa@unochapeco.edu.br

Maria Assunta Busato

Universidade Comunitária da Região de Chapecó, SC, Brasil
assunta@unochapeco.edu.br

RESUMO

A saúde não pode ser resumida somente a fatores biológicos, mas sim associada a aspectos culturais, econômicos, sociais, individuais e hereditários. Objetivo: avaliar as condições de saúde e doença dos reassentados no Reassentamento Rural Coletivo localizado no município de Mangueirinha, no estado do Paraná, sob a perspectiva dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória realizada com reassentados, atingidos pela construção da Usina Hidrelétrica Foz do Chapecó. Participaram do estudo 10 famílias reassentadas no município de Mangueirinha no Paraná. Foram analisadas categorias como saúde individual, acesso a serviços de saúde, estilo de vida, relações sociais e na comunidade, condições de vida e trabalho. Ao analisar o processo de saúde e doença das famílias, percebe-se algumas melhorias em suas condições de vida e de saúde.

Palavras-chave: Centrais hidrelétricas. Determinantes sociais da saúde. Saúde pública. População rural. Mudança social.

ABSTRACT

Health cannot be limited only to biological factors, but also associated to cultural, economic, social, individual and hereditary aspects. Objective: to evaluate the health and illness conditions of those resettled in the Collective Rural Resettlement located in the municipality of Mangueirinha, Paraná state, from the perspective of the Social Determinants of Health (SDOH). This is a qualitative, descriptive and exploratory research made with resettled people affected by the construction of the Foz do Chapecó Hydroelectric Power Plant. The study was attended by 10 resettled families in the municipality of Mangueirinha, Paraná. Categories such as individual health, access to health services, lifestyle, social and community relations, living and working conditions were analyzed. When evaluating the health and illness process in these families, some improvements were observed in their living and health conditions.

Keywords: Hydroelectric power plants. Social determinants of health. Public health. Rural population. Social change.

INTRODUÇÃO

Mudanças na economia, no meio ambiente, nos processos de trabalho, na vida das pessoas, indicam que essas variações fazem parte de uma nova forma de conceber e enfrentar as adversidades da vida, pois as pessoas são confrontadas por distintas realidades e precisam de adaptações cotidianas. No meio social essas transformações podem interferir nas condições de saúde e muitas vezes não somente de forma negativa, mas também como meio de enfrentar os problemas adaptando-se a novas condições.

A saúde humana está intrinsecamente ligada aos ambientes físico e social e tem uma série de determinantes que vão além das opções individuais de estilos de vida. Fatores como o estado do ambiente e adaptação a ele, o acesso a recursos para satisfazer as necessidades básicas, a exposição

Recebido em: 18/06/2023

Aceito para publicação em: 07/11/2023.

a riscos e a capacidade para lidar com eles, o nível de escolaridade, a rede de relações sociais com amigos, família e vizinhos, impactam consideravelmente a saúde e o bem-estar.

Observa-se que, apesar de não se questionar, ou questionar insuficientemente o modo de produção econômica que sustenta uma ordem societária destrutiva para a saúde dos indivíduos, utiliza o enfoque social para propor ações de saúde fragmentadas, através das políticas sociais, de caráter reformista, a busca por uma concepção de saúde que não seja meramente biológica permite, ao menos, um espaço de discussão sob perspectivas teóricas mais amplas, que levem em consideração outros fatores na definição de saúde (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

Por conseguinte, as diferenças de saúde entre grupos humanos não podem ser justificadas somente por fatores biológicos. Pelo contrário, as diferenças de saúde parecem resultar de hábitos e comportamentos construídos socialmente e principalmente de fatores que estão fora do controle direto do indivíduo ou do coletivo. A reflexão sobre a saúde, seus determinantes e sua determinação requerem que se esclareça com que concepção de saúde se está trabalhando.

Ao longo da história a humanidade foi elaborando diversos conceitos e entendimentos de saúde (ALMEIDA-FILHO, 2011), desde as compreensões primitivas fundadas em uma explicação mágica, passando pelas argumentações que correlacionam o corpo humano com elementos da natureza, idealizações religiosas, até chegar às concepções mais atuais da ausência de doença, estado de completo bem-estar biopsicossocial e ambiental, no qual a humanidade produziu e acumulou diversos conceitos de saúde (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014) pautados nos Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Os DSS também podem ser definidos como os fatores que influenciam, afetam e/ou determinam a saúde dos cidadãos. O equilíbrio saúde-doença é determinado por uma multiplicidade de fatores de origem social, econômica, cultural, ambiental e biológico-genética (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

Contudo, os conceitos mais atuais podem estar sendo negligenciados em projetos e políticas públicas voltados ao público atingido por grandes empreendimentos a exemplo das construções de hidrelétricas. Portanto, avaliar quais são e como se inter-relacionam os fatores que influenciam a equidade da saúde da população atingida e seus impactos no desempenho e responsabilidades do Sistema Único de Saúde pode levar a uma melhoria na formulação de políticas e serviços recebidos pelos diferentes grupos sociais bem como os atingidos por empreendimentos no Brasil (ABE; MIRAGLIA, 2017).

De acordo com o Relatório da Comissão Mundial das Barragens, atingidos são as pessoas que são deslocadas fisicamente e aquelas que vivem na área do reservatório, bem como as que são afetadas pela instalação de outras obras de infraestrutura do projeto (CMBD, 2000). Sendo assim a instalação de hidrelétricas compreende um contexto social amplo, com vários itens a serem identificados e atendidos. Para Vainer (2008) os atingidos são todas as populações que direta ou indiretamente vivenciam um processo de mudança social que interfere em várias dimensões e escalas, espaciais, temporais, territoriais, sociais, econômicas, político, cultural e ambiental, portanto, em muitas dimensões. No momento em que as circunstâncias caracterizam uma determinada população como atingidos por barragens, conseqüentemente, o conceito de reassentados será envolvido no contexto (PASE *et al.*, 2016).

Para Moret *et al.* (2021), as empresas definem claramente quais serão os aceitos como atingidos, aqueles que residem próximo à margem do rio ou barragem e aqueles que moram em áreas próximas ao canteiro de obras. Essa definição é conflituosa para os diversos movimentos organizados por aqueles que sofrem os impactos, como o Movimento de Atingidos por Barragens (MAB). Alegam que os impactos são sentidos por todos aqueles que sofrem os efeitos e, portanto, exclui muitos dos que são atingidos que estão em territórios que têm diversas influências, próximas ou não, do rio barrado.

Os Reassentamentos Rurais Coletivos (RRC) reúnem famílias de pequenos agricultores ante o deslocamento compulsório decorrente da instalação de hidrelétricas. Na ótica do projeto democrático-participativo, a participação das famílias nos processos decisórios deveria assumir um papel central, servindo como instrumento da construção de uma maior igualdade e cidadania, em que se articulariam demandas específicas de cada grupo social e da sociedade em seu conjunto (PASE *et al.*, 2016). O que procede é que esses espaços de discussão de forma democrática e participativa não são consolidados, onde o empreendimento é visto e sentido como detentor do poder decisório e condução do processo.

No caso das hidrelétricas, este projeto é representado, principalmente, pelo MAB (Movimento dos Atingidos por Barragens), no sentido de contestação ao projeto do empreendimento. Assim, o fundamental seria a consolidação do poder de participação das famílias atingidas pelos

empreendimentos nos processos decisórios, porém essa prática não acontece como deveria. O que se percebe é que as famílias são direcionadas para áreas já previstas, sem a consulta ou decisão conjunta quanto ao local e demais organizações do espaço. O MAB continua sendo a forma de diálogo dos atingidos com o consórcio, sendo que quando acontecem tratativas individuais, sem o conhecimento do movimento, muitas vezes os agricultores saem prejudicados por desconhecerem a legislação e seus direitos. Na prática estudos e relatórios sobre os licenciamentos e aspectos de saúde não apresentam essas discussões de forma clara e aprofundada, com carências de informações relevantes (LUZ; MOUTINHO, 2020).

Sendo assim, o objeto deste estudo é o Reassentamento Rural Coletivo localizado no município de Mangueirinha no Estado do Paraná, um projeto organizado pela empresa Foz do Chapecó. O consórcio apresentou, definitivamente, a área aos atingidos em fevereiro de 2008, depois do prazo estipulado pela licença de instalação, conforme a entrevista do próprio diretor do consórcio. Esse local foi destinado para famílias oriundas da região atingida pela construção da Usina Hidrelétrica Foz do Chapecó, na bacia do rio Uruguai, onde desde 2009 as primeiras famílias passaram a ocupar o espaço adquirido na área rural do município. A bacia do rio Uruguai compreende uma região com mais de 30 projetos hidrelétricos já instalados ou em vias de instalação e 29 reassentamentos decorrentes desses projetos (PASE *et al.*, 2016), dentre eles o Reassentamento Rural Coletivo de Mangueirinha.

Dessa forma o objetivo deste estudo foi avaliar as condições de saúde dos reassentados no Reassentamento Rural Coletivo localizado no município de Mangueirinha, no estado do Paraná, sob a perspectiva dos Determinantes Sociais de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória realizada com reassentados oriundos da construção da Usina Hidrelétrica Foz do Chapecó. Essa usina tem uma potência instalada de 855 megawatts. Sua capacidade equivale a 25% do consumo de energia do estado de Santa Catarina ou 18% do consumo do Rio Grande do Sul. Ela está instalada no Rio Uruguai, entre os municípios de Águas de Chapecó (Latitude: 27° 04' 13" Sul, Longitude 52° 59' 12" Oeste), em Santa Catarina, e Alpestre (Latitude: 27° 14' 42" Sul, Longitude: 53° 1' 41" Oeste), no Rio Grande do Sul.

O reassentamento onde o estudo foi desenvolvido, está localizado no município de Mangueirinha (Latitude: 25° 56' 42" Sul, Longitude: 52° 11' 16" Oeste), no estado do Estado do Paraná, onde residem 29 famílias reassentadas pelo empreendimento. Para este estudo foram entrevistadas dez famílias, por meio de um roteiro semiestruturado adaptado de Erthal (2014), construído com base no modelo dos DSS de Dahlgren e Whitehead (1991), ou seja, idade, sexo, fatores hereditários, estilo de vida, redes sociais e comunitárias, condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. Sendo assim, cada nível de determinantes foi contemplado por um conjunto de perguntas abertas. Optou-se pela entrevista por considerar-se que questões relacionadas ao tema saúde são subjetivas, e as informações geradas com a entrevista tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade vivenciada, constituindo uma representação da realidade (MINAYO, 2015).

Para dar início a seleção das famílias foi utilizada a técnica metodológica “bola de neve”. Essa técnica, conhecida como *snowball sampling* foi proposta por Goodman (1961) e Albuquerque (2009) e consiste em uma amostragem em cadeia e não probabilística, onde os sujeitos de estudo existentes recrutam sujeitos futuros. Assim, primeira família entrevistada, a “semente”, foi indicada por integrantes do Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB). A família “semente” por conhecer as demais, por serem amigos e/ou vizinhos anteriormente ou após a construção da barragem, indicaram as próximas “sementes”. O seguimento da pesquisa respeitou as indicações das “sementes” e “filhos das sementes”, que envolveram o número de famílias na mesma situação.

Todas as famílias atingidas pela UHE Foz do Chapecó, reassentadas em Mangueirinha (PR) e que ainda estavam residindo naquele município, foram convidadas a participar da pesquisa. Como critérios de inclusão, os participantes deveriam ser oriundos dos municípios atingidos pela UHE Foz do Chapecó na condição de proprietário, posseiros e/ou grileiros das terras atingidas (desapropriadas ou não) pelos empreendimentos; estar na condição de reassentado rural no referido local da pesquisa; aceitar participar da pesquisa; ser maiores de 18 anos. As entrevistas foram pré-agendadas por meio de visita ao Reassentamento Rural Coletivo. Participaram do estudo 10 famílias, sendo que as entrevistas foram direcionadas aos familiares maiores de 18 anos presentes no momento da coleta dos dados. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, e ocorreram nos meses de novembro e dezembro de 2021. Os participantes foram identificados por codificação: F indica a família; A, o membro da família – (F01), (F02), (F03) e assim, sucessivamente.

O estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos e aprovado sob número 50587121.3.0000.0116.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A discussão apresenta as relações entre a saúde de reassentados rurais coletivos e os determinantes sociais de saúde considerando-se, para este estudo, o nível de saúde individual, acesso a serviços de saúde, estilo de vida, relações sociais e na comunidade e condições de vida e trabalho, sob a ótica estruturante dos DSS, tendo como base os níveis do arco Dahlgren e Whitehead (1991). O que se percebe é que as iniquidades em saúde são um problema em todos os países e refletem não só as disparidades de renda e riqueza, como também as diferenças nas oportunidades dadas aos indivíduos com base em fatores como etnia, raça, classe, gênero, nível educacional, deficiências, orientação sexual e localização geográfica. Essas diferenças produzem consequências e representam uma forma de repercussão na saúde humana, associada às questões sociais que denominamos “determinantes sociais da saúde” (OMS, 2011).

Das famílias entrevistadas, a maioria das respostas partiram das mulheres, e mesmo na presença do cônjuge, o diálogo sempre permaneceu voltado à proprietária do espaço. A idade dos entrevistados variou entre 40 e 70 anos, com tempo de moradia de aproximadamente dez anos no reassentamento. Durante os momentos de estada com as famílias, observou-se as configurações físicas, econômicas, sociais e culturais desenvolvidas naquele território, bem como as relações estabelecidas entre as pessoas.

Quando questionados sobre aspectos relacionados a sua saúde, a totalidade dos entrevistados percebe melhora nas condições de saúde após residirem no reassentamento, bem como facilidade de acesso aos serviços, e sempre buscam por medidas preventivas nas Unidades de Saúde referenciadas para aquela população. Mencionam que o atendimento é de boa qualidade e de fácil acesso, e que atendimentos de menor complexidade são resolvidos no momento da consulta e outros de maior complexidade são encaminhados para serviços de referência do município.

Vale destacar que os entrevistados compreendem por saúde somente o que diz respeito a condições físicas do sujeito. Poucos fazem uma ligação a aspectos de ordem mental e psicológica, percebendo a saúde resumida à estrutura orgânica do ser humano. As principais evidências entre os pesquisados são queixas referentes à hipertensão arterial sistêmica, e não associam com a mudança de ambiente uma vez que relatam já estarem acometidos por esta comorbidade anteriormente à mudança para o reassentamento.

Para Nordenfelt (2000), a saúde das pessoas é compatível com a presença de doenças, e sofre influência dos determinantes sociais da saúde. O autor reforça esta perspectiva ao defender que a doença está associada a um determinado órgão ou parte do corpo, contrariando a noção de um conceito dicotômico de saúde. Já Scliar (2007) faz referência à influência que os fatores econômicos, culturais, políticos e sociais têm sobre o conceito de saúde. Esta influência implica que o conceito de saúde não tenha o mesmo significado para todos os indivíduos, sendo que dependerá da época a que se refere, do lugar, da classe social, de valores individuais, das crenças religiosas, do conhecimento científico.

É inegável a complexidade da saúde, independente da perspectiva pela qual é abordada. As agendas internacionais têm tentado nas últimas décadas, posicionar-se entre uma perspectiva baseada maioritariamente na tecnologia médica, e uma posição que tenta compreender a saúde como fenômeno social, o que implica formas mais complexas de ação (WHO, 2010).

Constatando que o processo de saúde e adoecimento de uma população depende de múltiplos fatores, dentre eles as condições sociais, econômicas, culturais, de trabalho e ambientais, as abordagens interdisciplinares são cada vez mais necessárias para orientar gestores locais, quanto ao planejamento de tomada de decisão frente às realidades de famílias atingidas por empreendimentos hidrelétricos (BUSATO; GRISOTTI, 2022).

Importante destacar que a realocação de populações atingidas para novos territórios gera gastos financeiros e estruturais para os municípios que recebem essas famílias. Dessa forma, o aumento de atendimentos e de medicamentos dispensados pela rede pública devem ser considerados, pois gera também um desafio de gestão para os municípios atingidos no processo da construção de barragens para gerar energia elétrica. Estes impactos devem ser considerados pelos gestores em saúde, uma vez que milhares de famílias são realocadas com a implantação de barragens no Brasil (ROSA et al., 2018).

Saúde individual e estilos de vida dos indivíduos

O estilo de vida dos indivíduos, que está bastante articulado com o modo como cada pessoa vive, com os carecimentos e as necessidades de saúde que esses sujeitos apresentam, com as condições e os interesses que cada pessoa tem, ou não, de compreender e assimilar informações para cuidar melhor da saúde, é um aspecto importante que constitui o processo de saúde da população.

O processo saúde-doença não deve restringir-se apenas à biomedicina, ou no modelo biomédico, cujo enfoque é a biologia humana e a fisiopatologia, que vê a doença como uma ação biológico. Há que se considerar as discussões mais recentes da antropologia, que questionam o modelo biomédico e concebem a saúde e a doença como contextos psicobiológicos e socioculturais, em que a doença é resultado do contexto cultural e da experiência subjetiva dos sujeitos (ERTHAL, 2014).

As percepções individuais quanto à saúde podem fornecer um material importante para descrever condições de vida, dando voz aos sujeitos. A idade avançada e a baixa escolaridade da maioria dos participantes deste estudo pode ser um fator importante para as percepções individuais de saúde. O avanço da idade, para os agricultores, está muito associado a sintomas fisiológicos sentidos pelas doenças crônicas e dores relacionadas ao trabalho (CENTENARO et al., 2021). Quando abordados para que relatasse sobre sua saúde individual, os entrevistados trouxeram suas experiências e vivências de como percebem sua saúde e adoecimento, presente nas falas a seguir:

Minha esposa usa remédio para pressão alta. Ela teve um derrame também e ficou surda de um ouvido. Eu tenho somente colesterol, e quando precisamos vamos direto para o posto de saúde ou então para o hospital se for mais grave. É muito bom o atendimento, eu não tenho do que me queixar (F03).

Faço exames preventivos de saúde da mulher, mas não tomamos nenhum tipo de medicação. Não estamos saindo muito e nem participando de grupos pois em função da pandemia tudo está parado (F05).

A definição de saúde, segundo Canguilhem (2012), busca entender como a vida vem sendo vivida, fazendo uma articulação das adversidades do cotidiano com as regras da sociedade. Parece-nos ser a que mais se aproxima de nossa concepção do que é um conceito. Considera a doença um impedimento no modo de andar a vida em sociedade, isto é, um obstáculo prático no modo como histórica e socialmente as relações sociais estão ocorrendo no tempo e espaço delimitados. E a saúde sendo sentida, naquele viver permitido, isto é, viver concretamente aquilo que está sendo exercido àquela normatividade social (SILVA; SCHARAIBER; MOTTA, 2019). Para as famílias, a saúde na sua individualidade é sentida conforme falas que seguem:

Eu uso [medicamento] para hipertensão, depressão e ansiedade. Meu marido usa para hipertensão e diabetes, ele descobriu há pouco tempo. Mas ele não tem sintomas de nada. Duas irmãs minhas se tratam de depressão e pressão alta (F06).

Minha mãe e meu filho tomam remédio. A minha mãe toma medicação para saúde mental e meu filho para Hiperatividade e déficit de atenção. Meu marido tem pressão alta (F02).

Eu uso remédio sempre para bronquite, tenho sempre problemas respiratórios. Meu marido não usa nada. Meu marido aqui não se gripa, e eu sempre com pneumonia. Venta muito aqui, e é muito frio (F07).

Para Ayres (2007), os conceitos de saúde e doença se referem a interesses práticos e instrumentais, respectivamente, na elaboração racional de experiências vividas de processos de saúde-doença-cuidado, e pertencem a racionalidades distintas. Assim vê-se saúde como uma busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividade à realização de seus projetos de felicidade.

O estudo de Ayres (2007), que está fundamentado na hermenêutica de Heidegger e Gadamer, nos parece muito próximo da definição de saúde de Canguilhem. Ao compreender a saúde não como oposto lógico da doença, pois não pertenceriam a uma mesma racionalidade, traça-se um paralelo com Canguilhem, de que a saúde e a doença não são opostas uma da outra, mas diferentes normas de como andar a vida. Considerando-se que para o último a saúde corresponde a uma forma de viver que não está impedida, podemos relacionar com Ayres (2007), que busca uma interação com o cuidado, a ideia de que a saúde é uma forma de viver a vida na qual existem os meios de evitar, manejar ou superar outra forma de viver a vida impedida, o adoecimento. Essas concepções de saúde não foram mencionadas ou percebidas nos diálogos mantidos com os reassentados.

Evidencia-se que inexistem uma abordagem exata para as concepções de saúde, havendo variações interligadas com conceitos históricos, sociais, econômicos e culturais. Esse conceito ainda é heterogêneo para a maioria dos reassentados, sendo que para alguns, é simplesmente a ausência de doença, para outros possui aspectos relevantes voltados para a saúde mental. Não houve envolvimento da prática de saúde individual relacionando às questões espirituais, familiares, ter alimento, lazer e trabalho, como explicitado na concepção de saúde constantes nos eixos dos DSS.

Para a OMS a definição de saúde não é consensual e, mesmo discutindo-se sobre tal conceito nos últimos anos, ainda não se chegou ao seu pleno esclarecimento. Embora demonstre uma alternativa à definição biomédica de ausência de doença, ainda necessita ampliar a construção dos demais significados em seu caráter histórico-social quanto ao físico, psíquico e social como parte da vida diante das diversas situações de classe na sociedade (SOUZA et al., 2020). A definição de saúde da OMS é criticada praticamente desde sua criação, mas ainda é hegemônica, tanto no senso comum, quanto na saúde da coletividade.

Redes sociais e comunitárias

O convívio social, seja ele em família ou em outros grupos sociais, é percebido como fator determinante de saúde nos indivíduos. A saúde, como já afirmado, tem relação estreita com o convívio social do indivíduo, em grupos, família e comunidade. Sendo assim, os determinantes sociais são fatores que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Rotinas extensas e exacerbadas de trabalho, interferem nas relações sociais, de modo a substituir encontros presenciais por conversas virtuais, como observado nas falas a seguir:

Perdemos o valor de nos encontrar, hoje não tem tempo. É só ganância, ninguém para de trabalhar. De noite todos mortos de cansados, ninguém sai de casa. A sorte que com a internet nos falamos e revemos as pessoas nas redes sociais (F03).

Nesse momento estamos sem internet, mas eu sinto falta porque não consigo falar com minhas filhas e ver meus netos. Os grupos na comunidade estão todos parados, agora só a igreja voltou um pouco, mas o resto ainda está tudo parado (F06).

Nessa perspectiva, a existência das mídias sociais surge como fator relevante durante o isolamento social, pois pode aproximar as pessoas através das plataformas digitais de comunicação, como chamadas por vídeo, apesar de que nem todos tem acesso a esta tecnologia por questões econômicas e sociais, como também pode espalhar grande volume de informações que não são autênticas, causando impacto negativo na saúde mental da população (DUARTE et al., 2021). Dois entrevistados relatam:

Sim temos internet e quando falta quase ficamos loucos. Agora com a pandemia não tem nada, nem grupos de mães, nem igreja, nem futebol, nada. Na comunidade antes tinha grupo de mães, esporte, associação das máquinas, reuniões, e agora não fazem mais nada. Faz dois anos que a igreja está fechada. Agora que estamos nos visitando um pouco (F02).

Sempre íamos nas coisas da comunidade, mas agora com a pandemia não tem nada acontecendo. De noite a gente usa muito o celular, meus filhos utilizam direto (F07).

A pandemia do COVID-19 firmou o isolamento social como sendo a melhor opção de se evitar o contágio, porém em territórios isolados, como é o caso dos reassentados de Mangueirinha, a ausência de atividades como os encontros familiares e de grupos sociais, está associada a danos biopsicossociais, como o aumento da ansiedade, estresse, diminuição da qualidade do sono, dentre outros (FICAGNA et al., 2020).

A família, amigos e vizinhos constroem as relações afetivas entre si, bem como os aspectos culturais, educacionais e entre gerações, além de ser fundamental no processo de saúde, adoecimento e cuidado, e que a falta desse apoio familiar e relações com os demais, torna-se, em muitos casos, uma das principais causas tanto de busca pelo serviço de saúde como de várias necessidades de saúde identificadas.

Condições de vida e de trabalho

Nesta etapa do estudo busca-se elucidar as discussões para a educação, ambiente de trabalho, produção agrícola, habitação, serviços sociais de saúde, água e esgoto. As famílias reassentadas, percebem e expressam, seja através de palavras ou expressões, satisfação com a mudança para o reassentamento no município de Mangueirinha. Todos os entrevistados possuem a casa própria em alvenaria ou mista, com acomodações espaçosas e dignas para viverem com suas famílias. Quando

questionados sobre as condições de vida e as formas de trabalho, conseguem analisar e perceber que suas vidas estão melhores estruturadas financeiramente e as condições de moradia, trabalho, acesso a terras produtivas também melhoraram, ainda que destaquem as dificuldades do dia-a-dia, como referem os membros de uma família:

Temos que trabalhar, eu tenho dor nas pernas mas acho que não é do serviço. Quem passa o veneno para nós é o pessoal da associação, eles usam Equipamentos de proteção individual. Eu quando passo aqui perto de casa não utilizo nada de proteção, me sinto mal com aquela roupa. A gente é relaxado e não usa, mas somos orientados a usar. Para consumo também nós produzimos leite, salada, mandioca, batata, carne, ovos, frutas (F03).

A produção agrícola comercial se dá com a utilização de agrotóxicos, sendo que a totalidade das famílias aponta a necessidade do insumo para viabilizar o cultivo das plantações. Mencionam que a associação dos reassentados possui as máquinas para os que não adquiriram os equipamentos próprios para a lavoura. Todas as famílias entrevistadas cultivam legumes, frutas e verduras para consumo próprio nos arredores do domicílio, sendo que para estes não são utilizados agrotóxicos, somente adubação orgânica. Assim referem os entrevistados:

A qualidade de vida mudou, melhorou muito. Mas na lavoura utilizamos agrotóxicos porque senão não colhemos nada, tem que utilizar, sempre com máquina. (F05).

Trabalhamos o dia todo na roça, serviço nunca acaba. Lavoura e plantinhas ao redor da casa sempre estamos lidando. Para venda é soja, e milho plantamos para os animais e para o nosso gasto. (F10).

Outra fonte de renda muito importante para os reassentados é a produção de gado leiteiro, em que grande parte da produção agrícola se destina também ao consumo dos animais. Para a produção do leite, todos possuem equipamentos de ordenha e galpões destinados ao confinamento dos animais nos momentos da ordenha. Após utilizam refrigeradores para o acondicionamento, sendo que esses equipamentos são adquiridos de forma própria por cada família que deseja produzir o leite.

Tiramos o leite com ordenhadeira. É simples mas tem que ser cuidadoso. Além do leite, plantamos para nosso consumo feijão, horta tem de tudo, carne nós produzimos aqui (F01).

Nossa renda maior é leite, e plantamos algumas coisas menores de horta. É bastante dedicação porque não temos como sair, o leite é de segunda a segunda. Não temos alguém para ficar aqui, não tem mais ninguém. Os solteiros casaram e tem família e aí ninguém pode. Ninguém tira férias, nunca tiramos férias, pois não tem como (F09).

O lazer está muito relacionado ao autocuidado que o indivíduo tem consigo mesmo, no momento de também perceber que se priorizar em alguns momentos faz parte de um processo saudável de se viver com mais qualidade e longevidade. A maioria dos moradores do reassentamento coloca o trabalho em primeiro lugar, sendo que momentos de descanso, cultura ou lazer não são citados. Um fator a ser destacado aqui, é que todas as famílias mencionam que o trabalho com gado leiteiro é diário, e impossibilita que saiam por alguns dias de casa para viagens de férias, passeios mais prolongados, pois não encontram pessoas de confiança para realizarem o trabalho na sua ausência.

Vale destacar que momentos de lazer e destinados ao descanso, são vistos como uma necessidade importante quando se discute sobre saúde. Espaços e momentos de lazer são considerados imprescindíveis no contexto da saúde e que estão contempladas nos eixos dos DSS, tanto nas relações estabelecidas pelas redes sociais e comunitárias como nas condições socioeconômicas e culturais. De certa forma, segundo Arcanjo, Herrera e Silva (2022), as famílias criam estratégias na tentativa de construir um laço de pertencimento, buscando reproduzir os seus modos de vida, mesmo que distantes do rio.

As definições acerca dos Determinantes Sociais de Saúde apontam que as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos da população, estão relacionadas com sua situação de saúde. Nesse sentido, Carvalho e Buss (2008 p.148) afirmam que “estar doente ou sadio é determinado pela classe social do indivíduo e a respectiva condição de vida, em razão dos fatores de risco a que esse determinado grupo ou população está exposto”. Assim, o processo saúde-doença é o resultado das condições de vida dos sujeitos, ou seja, dos seus hábitos e estilo de vida, condições socioeconômicas, da cultura, bem como do meio ambiente em que esses sujeitos vivem e se relacionam (ERTHAL, 2014).

Dentre os DSS destaca-se a discussão sobre o acesso à água, bem como projetos de captação de esgoto das residências. No reassentamento rural, todos os moradores possuem fossas sépticas em suas casas, água em abundância e de boa qualidade.

A água é de poço artesiano, muito boa. No reassentamento tem três poços e nunca falta água. Mas muita água, abundância. Aqui tem vertentes nesses matos, natural e boa de beber, muita quantidade, cristalina (F01).

Sim, possuímos poço artesiano, muita água boa, de qualidade e muita quantidade. Muito lençol de água. Dentro do mato tem muita água (F03).

Água boa e de qualidade, nunca falta (F05).

As questões educacionais são percebidas de forma positiva pelos reassentados. Utilizam a escola do município para seus filhos, onde o transporte escolar fornecido vem até a área rural e faz o deslocamento das crianças e jovens até os espaços de formação.

Meu filho vai na escola lá em Mangueirinha, todo dia faz 40km de Kombi. Eles pegam aqui na porta, ele vai na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - Apae (F02).

Quanto a própria escolaridade dos entrevistados, a maioria não completou ensino fundamental, tendo inclusive, analfabetos, o que demonstra um baixo nível de formação escolar desses reassentados. A baixa escolaridade dos moradores pode ser um fator definidor no momento da reflexão sobre aspectos relevantes da própria saúde, ou em momentos em que priorizam somente o trabalho como forma de melhoria na própria qualidade de vida.

Estudamos até completar 8ª série, e depois parei (F07)

Só aprendi a ler e escrever um pouco, não escrevo muito bem, me defendo. Meu marido não é alfabetizado (F06).

Quanto ao acesso e utilização dos serviços de saúde, todos os entrevistados mencionam que os atendimentos são de qualidade e que quando necessitam, sempre são acolhidos e atendidos com qualidade na Unidades de Saúde. Caso haja necessidade de encaminhamentos para atendimentos de maior complexidade são direcionados pelo município aos locais de referência, de forma efetiva e com rapidez.

Sobre a saúde a gente não reclama, pode ser um pouco demorado, porque aqui é bem organizado. Eu não me queixo (F01).

Nós sempre vamos no posto e sempre somos bem atendidos, não temos do que nos queixar (F07).

Nos três eixos avaliados percebe-se que enquanto houver um modelo de acumulação de riquezas existirá a questão social, e seus desdobramentos para a saúde, sendo que o processo de adoecimento possui uma relação estreita de como a sociedade está organizada, o que proporciona o estabelecimento de teorias explicativas sobre essa relação, que os autores de ciências da saúde denominam Determinantes Sociais da saúde.

A comunidade, as redes de relações, os laços de amizade, relações de solidariedade, confiança desenvolvida entre as famílias, são compreendidos como fundamentais para promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Possuírem condições materiais e psicossociais onde vivem e trabalham, assegurar melhor acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos, serviços de saúde e de educação de qualidade, são determinantes que colocam essas famílias em condições dignas e adequadas de vida.

O trabalho é visto como uma prioridade na totalidade das famílias, deixando que a prática do lazer não seja algo importante ou necessário para se ter boas condições de saúde. O que se constata é que muitas vezes não há um equilíbrio entre a busca por melhores condições econômicas e o descanso, os momentos de férias, a busca por momentos e espaços culturais visando crescimento intelectual e educacional. O modelo de desenvolvimento econômico ao qual estão inseridos, mostra busca constante pela melhor condição de renda, esquecendo que outros fatores determinantes da saúde também sejam contemplados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De uma forma geral observou-se que os determinantes sociais foram vistos como definidores de condições melhores de vida da população reassentada. Pode-se inferir que essa população ressignificou o local modificado no âmbito da reterritorialização, e que lugares são desconstruídos e

reconstruídos na busca de novos significados ou pela manutenção de práticas culturais que foram impactadas pelo processo de desterritorialização.

Porém, o fato de estarem realocados em outro território, não é sentido pelos moradores como um agravante ou impactante em sua própria saúde. Os moradores do reassentamento afirmam que as condições econômicas, de moradia, educacionais e de saúde melhoraram, pois possuem um espaço onde conseguem produzir e sustentar suas famílias de forma digna. O distanciamento do local de origem para esses entrevistados não gerou sentimentos negativos ou de arrependimento quanto à saída da moradia anterior.

A saúde individual e questões hereditárias não são definidoras nesse momento de vida dos reassentados, de aspectos comprometedores de saúde nas famílias, em que se constata que houve uma melhora em perceber sua própria saúde e dos demais familiares. O acesso aos serviços de saúde e educação são eixos importantes e preenchidos na concepção dos moradores, pois sentem-se incluídos e com resolutividade na assistência.

Assim, cada família organizou-se e adaptou-se dentro de suas novas realidades, com novas paisagens, novos vizinhos, novas formas de produção. O reassentamento é percebido como uma boa opção de indenização, as famílias sentem-se acompanhadas e esclarecidas pelo grupo coletivo de moradores e atingidos. Cada família está muito focada em busca de melhores condições financeiras, fazendo de seu trabalho e meio de renda algo a ser salientado e exaltado, como uma conquista diária para melhores condições de vida.

Os Determinantes Sociais da Saúde analisados neste estudo, foram sentidos de forma positiva pelas famílias reassentadas. Há um prazer e um sentimento de realização quanto ao local onde vivem e a maneira como vivem. As percepções do lugar, do modo de vida, do conceito e acesso à saúde estão muito atrelados a sua origem, de como foram criados, escolaridade e conhecimento adquirido e a cultura. O cotidiano de vida a que as pessoas estão inseridas dentro de uma sociedade, define como posicionar-se e compreender os processos de saúde e adoecimento seja ele individual ou de uma coletividade. As vulnerabilidades sentidas anteriormente ao reassentamento não são mais consideradas relevantes nesse momento de vida das famílias, pois houve um avanço em suas vidas, no sentido econômico.

O que deixa questionamentos são os momentos culturais, inexistentes nas falas dos entrevistados, e os períodos de lazer, simplesmente associados a poucas horas de saídas e passeios realizados internamente ao reassentamento, ou a visitas familiares por curto período de dias. Não se percebe uma preocupação em proporcionar momentos ou avanços culturais para essas famílias, por desconhecem não são despertadas para este fator determinante.

Na concepção dos conceitos de saúde de autores citados neste estudo, da OMS e permeados pelos elementos constantes dos Determinantes Sociais de Saúde, percebe-se fragilidades nas condições de saúde da população estudada. Em que pese a percepção de melhora na atual situação de vida das famílias dos reassentados, comparada à que estavam condicionados antes da realocação, ainda são elementares os fatores que contemplam todos os eixos elencados nos Determinantes Sociais da Saúde, tanto do ponto de vista do indivíduo, como da coletividade daquela comunidade reassentada.

REFERÊNCIAS

ABE, K. C.; MIRAGLIA, S. G. El K. Avaliação de Impacto à Saúde (AIS) no Brasil e América Latina: uma ferramenta essencial a projetos, planos e políticas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 22, n. 65, p.349-358, 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0802>

ALBUQUERQUE, E. M. de. Avaliação da técnica de amostragem "Respondent-driven Sampling" na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas. 2009. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

ALBUQUERQUE, G. S. de C.; SILVA, M. J. de S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde, e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, out.-dez., 2014. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. <https://doi.org/10.7476/9788575413432>

ARCANJO, N. M. M.; HERRERA, J.A.; SILVA, D.C. Reassentamento Rural Coletivo km 27(RRC-27), Vitória do Xingu/PA, por famílias ribeirinhas impactadas pela UHE Belo Monte. **Campo Território:**

revista de geografia agrária, Uberlândia –MG, v.17, n. 48, p. 81-108, 2022.

<https://doi.org/10.14393/RCT174865974>

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100004>

BUSATO, M. A.; GRISOTTI, M. Avaliação de impacto a saúde no processo de implantação de usinas hidrelétricas: contribuições metodológicas. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v25, 2022.

<https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc20200068r1vu2022l3ao>

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 676-689, set. 2017.

<https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170304>

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na doença e na intervenção. In: GIACONELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

CENTENARO, A. P. F. C.; BECK, C. L. C.; SILVA, R. M.; ANDRADE, A.; COSTA, M. C.; SILVA, E. B. Catadores de material reciclável: vida e trabalho a luz dos determinantes sociais de saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 74, n. 6, 2021.

CMB. Comissão Mundial de Barragens. Barragens e Desenvolvimento: Um Novo Modelo para Tomada de Decisões. In: O Relatório da Comissão Mundial de Barragens. Londres: Earthscan Publications Ltd, 2000.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DUARTE, N.; JORGE, M. S. B.; SILVA, D. M. F.; SOUZA, D. B. C.; OLIVEIRA, R. S.; BARROSO, P.; LOURINHO, L. Estratégias de promoção da saúde mental na atenção primária à saúde no contexto da Covid-19: uma revisão integrativa. **Research, Society And Development**, v. 10, n. 11, p. 1-7, 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19527>

ERTHAL, G. **Determinantes sociais do processo saúde-doença sob a ótica de usuários de uma estratégia saúde da família rural**. 2014. 113 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014.

FICAGHA, E. E.; SILVA, E. V.; ROCHA, V. M. P.; BADKE, M. R.; COGO, S. B.; SILVA, E. V.; JACOBI, L. F. Aspectos biopsicossociais relacionados ao isolamento social durante a pandemia de Covid-19: uma revisão integrativa. **Research, Society And Development**, v. 9, n. 8, p. 1-27, 2020.

<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6410>

GOODMAN, L. Snowball Sampling. *Annals of Mathematical Statistics*, v. 32, p. 148-170, 1961.

<https://doi.org/10.1214/aoms/1177705148>

GOOGLE, E. website. <http://earth.google.com/>, 2021.

LUZ, M. S. L.; MOUTINHO, F. F. B. Análise da Inserção da Saúde nos estudos de impacto ambiental dos licenciamentos das barragens de rejeito da Samarco, complexo de Germano, Mariana, Minas Gerais. **Hygeia**, v. 16, p. 94-104, 2020. <https://doi.org/10.14393/Hygeia16051932>

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 2015.

MORET, A. S.; SANTOS, C. M.; ANDRADE, R. A. O.; SIMAO, B. P.; SILVA, J. C.; BARBA, C. H. Expandindo a concepção de atingidos por UHE: Assentamentos Vila Jarau e Vila da Penha – Rondônia. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v.24, p. 1-17, 2021. <https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc20200132r2vu2021l3dao>

NORDENFELT, L. On the place of fuzzy health in medical theory. **The Journal of Medicine and Philosophy**, Chicago, v. 25, n. 5, p. 639-649, 2000. [https://doi.org/10.1076/0360-5310\(200010\)25:5:1-W;FT639](https://doi.org/10.1076/0360-5310(200010)25:5:1-W;FT639)

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão**. Genebra: OMS, 2011. 56 p.

- PASE, H. L. *et al.* O conflito sociopolítico em empreendimentos hidrelétricos. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 45-66, 2016. <https://doi.org/10.1590/1809-4422ASOC135480V1922016>
- ROSA, L.; BUSATO, M. A.; FERRAZ, L.; CAMPONOGARA, S. Repercussões na saúde das famílias que vivenciaram mudanças ambientais provocadas pela construção de usina hidrelétrica. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. 21, p. 2-14, 2018.
- SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V.; SILVA, N. O. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100006>
- SOUZA, J. D.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; WALKER, F.; SCHLEICHER, M. L.; CAMPAGNONI, J. P. Reflexões sobre saúde com imigrantes haitianos pelo itinerário de pesquisa de Paulo Freire. **Rev. Eletr. Enferm.**, v.22, p. 1-7, 2020. <https://doi.org/10.5216/ree.v22.60792>
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>
- SILVA, M. S. J.; SCHARAIBER, S. B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2019.
- VAINER, C. B. **Conceito de “atingido”:** Uma revisão do debate e diretrizes. In: ROTHMAN, Franklin Daniel (ed.). *Vidas Alagadas - Conflitos Socioambientais - Licenciamento e Barragens*, Viçosa, MG: Ed. UFV. 2008, p. 39-63.
- WORLD COMMISSION ON DAMS. **The report of the World Commission on Dams**. Londres: Earthscan Publications Ltd, 2000. 404 p.
- WHO - World Health Organization. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO, 2010.