

**CONDIÇÕES SANITÁRIAS RELACIONADAS À MORADIA EM UMA COMUNIDADE RURAL
DO VALE DO JIQUIRIÇÁ (BA)**João Nilton Souza Maia^a<https://orcid.org/0000-0002-4591-5138>Daniela Carneiro Sampaio^b<https://orcid.org/0000-0002-0758-0189>Maria da Conceição Costa Rivemales^c<https://orcid.org/0000-0001-7773-4772>Rosa Cândida Cordeiro^d<https://orcid.org/0000-0002-3912-1569>Terciana Vidal Moura^e<https://orcid.org/0000-0003-3772-7724>Lavinya Lima Cordeiro Oliveira^f<https://orcid.org/0000-0003-2478-4869>**Resumo**

O objetivo deste estudo foi descrever as condições sanitárias relacionadas à moradia em uma comunidade rural do Vale do Jiquiriçá (BA). Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e de corte transversal. Os dados empíricos foram oriundos do sistema de informação em saúde e-SUS, referentes ao ano de 2017, sendo analisados de acordo com a epidemiologia descritiva com o auxílio do Microsoft Excel. Os resultados destacaram disparidades sanitárias da população rural estudada, deficiência na forma de esgotamento

^a Enfermeiro. Assistente e Coordenador na Estratégia de Saúde da Família. Amargosa, Bahia, Brasil. E-mail: jnenf@outlook.com

^b Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Estudante de Enfermagem na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. E-mail: daniela_sampaio1305@hotmail.com

^c Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. E-mail: mariarivemales@hotmail.com

^d Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. E-mail: rosa.candida@yahoo.com.br

^e Pedagoga. Doutora em Ciências da Educação. Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Amargosa, Bahia, Brasil. E-mail: tercianavidal@hotmail.com

^f Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Estudante de Enfermagem na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. E-mail: lavinyalima@outlook.com

Endereço para correspondência: Loteamento Benício, rua C, n. 43A, Cajueiro. Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. CEP: 44430-634. E-mail: daniela_sampaio1305@hotmail.com

sanitário, destino do lixo e acesso aos domicílios. São necessários o planejamento e a elaboração da agenda de saúde local, de modo a contribuir para a qualidade de vida e de saúde da população do campo.

Palavras-chave: População rural. Assistência à saúde. Enfermagem rural.

HOUSING-RELATED SANITARY CONDITIONS OF A RURAL COMMUNITY IN THE JIQUIRIÇÁ VALLEY, BRAZIL

Abstract

This descriptive, quantitative and cross-sectional study describes the housing-related sanitary conditions of a rural community in the Jiquiriçá Valley, Bahia, Brazil. Empirical data for the year 2017 was collected from the SUS Health Information System, and analyzed by descriptive epidemiology using Microsoft Excel. Results show health disparities in the rural population studied, highlighting deficiencies in sanitary sewage, waste destination and access to households. Planning and developing a local health agenda is necessary to increase the quality of life and health of the rural population.

Keywords: Rural population. Delivery of health care. Rural nursing.

CONDICIONES SANITARIAS RELACIONADAS A LA VIVIENDA EN UNA COMUNIDAD RURAL DEL VALLE DEL JIQUIRIÇÁ, BAHÍA, BRASIL

Resumen

El objetivo del estudio fue describir las condiciones sanitarias relacionadas a la vivienda en una comunidad rural del Valle del Jiquiriçá, en Bahía (Brasil). Se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo y de cohorte transversal. Los datos empíricos fueron oriundos del sistema de información en salud e-SUS, referentes al año 2017, y fueron analizados de acuerdo con la epidemiología descriptiva utilizando el Microsoft Excel. Los resultados apuntan a disparidades sanitarias de la población rural estudiada, destacando la deficiencia en la forma de agotamiento sanitario, destino de la basura y acceso a los domicilios. Es necesaria la planificación y elaboración de la agenda de salud local para contribuir a la calidad de vida y de salud de la población del campo.

Palabras clave: Población rural. Atención a la salud. Enfermería rural.

INTRODUÇÃO

Os conceitos de rural e urbano designam dois tipos de espaços geográficos diferentes com densidades populacionais, fatores demográficos, econômicos e indicadores sociais distintos¹. As características da sociedade rural brasileira são de vasta diversidade de cultura, religião, raças e etnias, padrões tecnológicos, sociais e econômicos. Assim, a riqueza do Brasil rural vai além de seus recursos naturais, pois se encontra também na diversidade de sua gente, representada pelas populações tradicionais quilombolas, por povos indígenas, das florestas, do cerrado, do semiárido, da caatinga e dos campos².

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) reafirma o princípio de universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de ações de saúde integral, como a garantia constitucional a tais populações³. Para alcançar tal princípio é necessário que ocorra a regionalização e hierarquização, ou seja, “os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida”⁴.

O estudo de Dias⁵ discorre sobre as condições gerais de moradia no meio urbano e rural, da população baiana com relação à estrutura dos domicílios: parede, cobertura, abastecimento de água, esgotamento sanitário e destino do lixo. No geral, os domicílios particulares rurais, em sua maioria, são revestidos de alvenaria, cobertos por telhas, o abastecimento de água é por outra fonte que não a rede geral, o escoamento sanitário ocorre por meio de fossas rudimentares e o recolhimento do lixo é feito por empresa de limpeza responsável.

A moradia é uma condição básica de sobrevivência, produção e reprodução social. A Emenda Constitucional nº 26/2000 inclui a moradia no rol dos direitos sociais dos cidadãos. E cabe aos Estados e municípios “promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico”⁶.

No campo e na floresta, ainda existem limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde, bem como deficiência em saneamento ambiental, isto porque a maioria dessas moradias foi construída em locais de difícil acesso, conseqüentemente há um aumento nas morbidades, e maior porcentagem de indivíduos com diarreia, vômito, dores no braço e na mão, também a falta de esgoto e de água encanada e potável é bem maior do que na área urbana. Nesse sentido, o presente estudo visa descrever as condições sanitárias de uma comunidade rural do Vale do Jiquiriçá (BA).

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e de corte transversal. O *locus* do estudo foi uma comunidade rural do Vale do Jiquiriçá (BA), situada no município de Amargosa (BA).

O cenário de pesquisa está localizado entre os três distritos do município, sendo o maior em extensão territorial, assim como economicamente. O local está situado totalmente na zona da mata a uma distância de 18 km da sede do município, rodeado de rios como: o Corta-Mão, Ribeirão e Capivara e seus afluentes. Possui terras produtivas onde se cultivam alimentos que abastecem a feira livre da cidade. A região faz fronteira com o município de São Miguel das Matas, Laje e Elísio Medrado. As atividades produtivas são exclusivamente de agricultura, principalmente cultivo de café, cana-de-açúcar, mandioca, fumo e produtos de subsistência⁷.

A coleta de dados ocorreu a partir dos relatórios oriundos do e-SUS, emitidos pelo centro de processamento de dados da Secretaria Municipal de Saúde do município estudado, referentes ao ano de 2017. A análise dos dados foi realizada a partir da epidemiologia descritiva, e os dados foram tabulados no Microsoft Excel e apresentados a partir da frequência absoluta e relativa.

As variáveis analisadas foram condições de moradia: tipo e acesso ao domicílio; material predominante na construção das paredes externas das residências; disponibilidade de energia elétrica; formas de abastecimento de água; formas de consumo de água; formas de esgotamento do banheiro ou sanitário; destino do lixo e criação de animais no domicílio. Os resultados foram apresentados em gráficos com cada variável individual.

Por se tratar de uma pesquisa a partir de dados secundários não foi necessária a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, conforme disposto na Resolução 466/12, artigo XIII e a Resolução 510/16, artigo 1º inciso V.

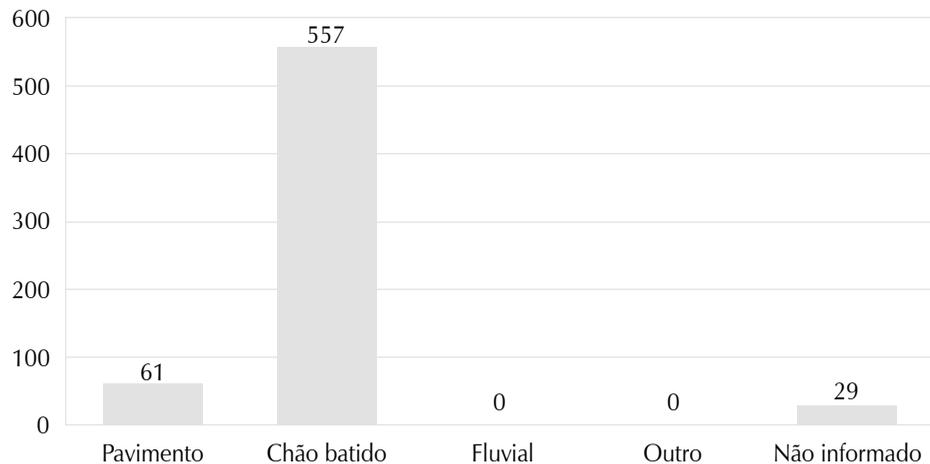
RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab)⁸, no ano de 2015, o município apresentava população geral de 39.591 habitantes, sendo 28.174 em zona urbana e 11.417 em zona rural. A área delimitada do estudo foi um distrito do município, região da zona rural. Essa região tem cobertura da Estratégia de Saúde da Família, com 647 famílias cadastradas e 2.006 habitantes, composta de uma equipe mínima de saúde da família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família⁹.

A população rural, mesmo com as inovações, atravessou e atravessa dificuldades como: acesso à saúde, à educação e aos serviços essenciais de promoção da vida, além da restrição na acessibilidade aos grandes centros urbanos e práticas sanitárias. Portanto, é necessário que haja a identificação das condições sanitárias em que as comunidades rurais estão inseridas.

As condições sanitárias da comunidade rural estudada revelam a necessidade de planejamento e elaboração da agenda de saúde local, de modo a contribuir para a qualidade de vida e de saúde de seus habitantes.

Gráfico 1 – Condições de moradia: tipo e acesso ao domicílio (n = 647). Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil – 2018



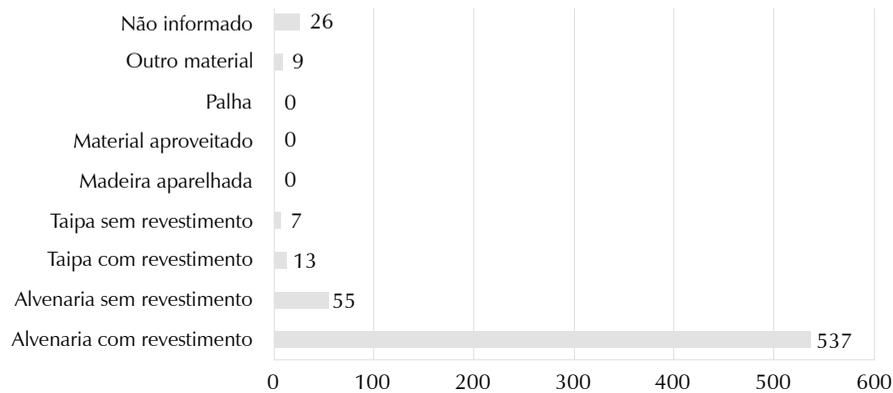
Fonte: e-SUS (2017).

Com relação ao acesso aos domicílios, o **Gráfico 1** indica que, dos 647 domicílios, 557 (86%) apresentam acesso por estrada de chão batido, 61 (9,4%) tem pavimento e 29 (4,5%) não foram informados. Rückert et al.¹⁰ enfatizam que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde são sentidas nas distâncias entre as comunidades e os serviços de saúde, na escassez de transporte público e na insuficiência de profissionais de saúde, o que por sua vez reflete na baixa resolutividade de situações e problemas de saúde.

O acesso dos moradores da zona rural ao atendimento público de saúde muitas vezes é feito a pé em estradas de chão batido, com condições inadequadas de tráfego, acarretando elevados prejuízos à qualidade da assistência à saúde e ao acesso às políticas de saúde para a população rural, deixando-a vulnerável aos riscos de adoecimento.

As políticas públicas de infraestrutura para o meio rural devem ser pensadas e implementadas pelos órgãos competentes das esferas de governo como política fundamental para contemplar toda população, facilitando o acesso aos serviços de saúde, de educação e para facilitar o escoamento da produção agrícola produzida pela população rural¹¹.

Gráfico 2 – Condições de moradia: material predominante na construção das paredes externas (n = 647). Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil – 2018

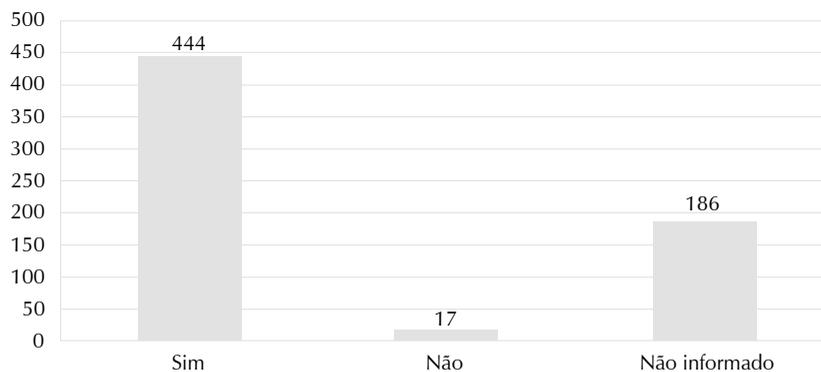


Fonte: e-SUS (2017).

O **Gráfico 2** demonstra as condições de moradia em relação ao material predominante na construção das paredes externas. Das 647 famílias cadastradas, 537 (83%) moradias são de locais de alvenaria com revestimento, 55 (8,5%) de alvenaria sem revestimento, 13 (2%) de taipa com revestimento, 7 (1,1%) de taipa sem revestimento, 9 (1,4%) com outro material e 26 (4%) não foram informados.

As condições de moradia saudável estão diretamente associadas aos materiais utilizados na construção e condições sanitárias, abrangendo ainda a qualidade ambiental ao seu redor e as inter-relações. Contudo, a habitação deve possuir condições mínimas de saúde e bem-estar das pessoas¹² As pessoas com menores rendimentos, sem acesso à educação e em condições de moradia precárias por falta de acesso a serviços básicos, estão mais expostas a doenças e infecções¹³.

Gráfico 3 – Condições de moradia: disponibilidade de energia elétrica (n = 647). Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil – 2018



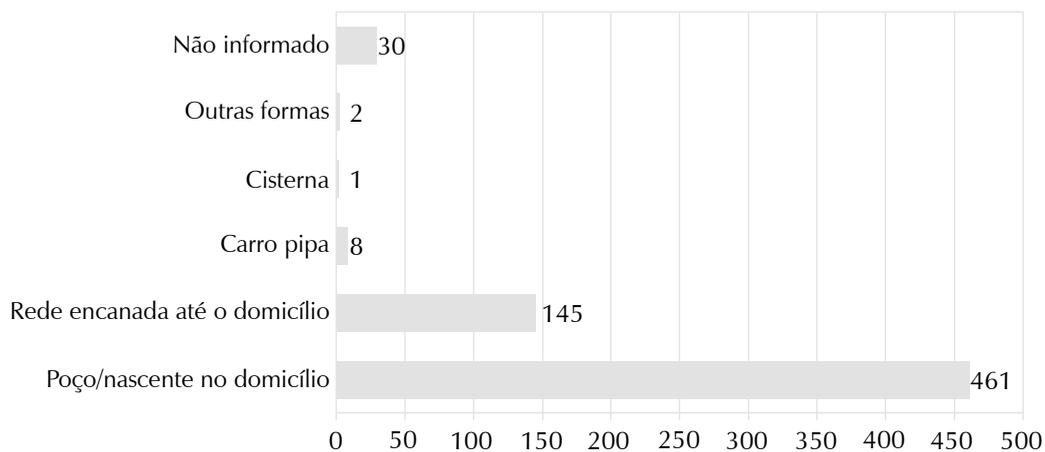
Fonte: e-SUS (2017).

O **Gráfico 3** apresenta a disponibilidade de energia elétrica na comunidade estudada. Das 647 famílias cadastradas, 444 (38,6%) possuem energia elétrica, 17 (2,6%) não possuem energia elétrica e 186 (28,7%) não informaram. Os dados revelam que a comunidade estudada ainda necessita ser assistida com eletrificação rural.

O Censo Demográfico de 2010¹⁴ revelou que ainda havia 1,3% de domicílios sem energia elétrica, com maior incidência nas áreas rurais do país (7,4%) e predominância na região Norte, onde 24,1% dos domicílios rurais não possuíam energia elétrica, seguida das áreas rurais das regiões Nordeste (7,4%) e Centro-Oeste (6,8%). Assim, pode-se inferir a carência de acesso à energia elétrica em ambientes rurais, impedindo a promoção do desenvolvimento social do país, dificultando a inclusão social e a reparação de injustiças sociais¹⁵.

A eletrificação rural é fundamental para redução da pobreza, indispensável para o desenvolvimento econômico rural e é o primeiro passo para a modernização. Contudo, o estudo aponta que ainda existem famílias sem acesso à energia elétrica, sendo um recurso vital para o bem-estar social e qualidade de vida e para o desenvolvimento da sociedade pois facilita o acesso à saúde, à educação, à comunicação e ao bem-estar¹⁵.

Gráfico 4 – Condições de moradia: abastecimento de água (n = 647). Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil – 2018



Fonte: e-SUS (2017).

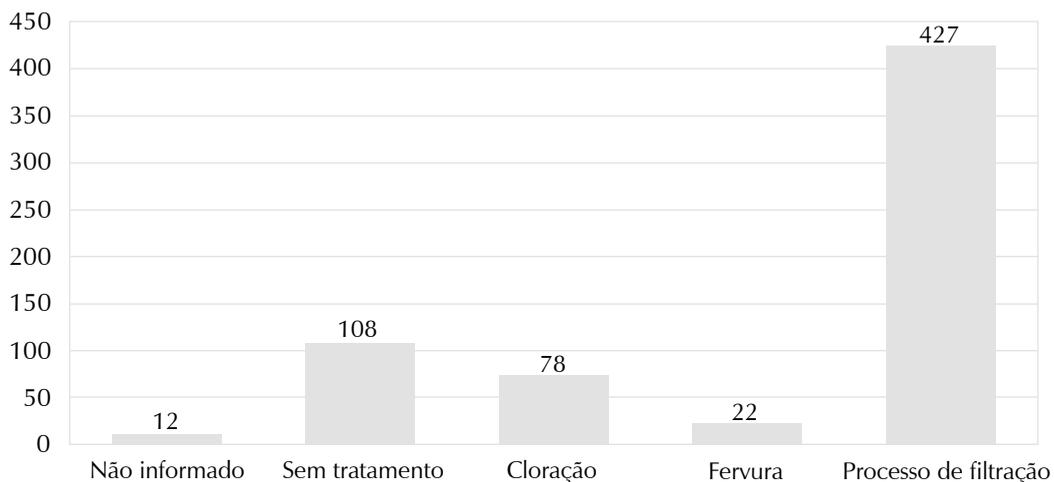
Com relação ao abastecimento de água, segundo o **Gráfico 4**, das 647 famílias cadastradas, 461 (71,3%) têm abastecimento de água por meio de poço/nascente no domicílio, 145 (22,4%) possuem rede encanada, oito (1,2%) por carro pipa, uma (0,2%) por cisterna, duas (0,3%) por outras formas e trinta (4,6%) não informaram. Esses dados podem levar

as autoridades sanitárias a uma reflexão sobre a qualidade da água consumida nessa comunidade rural.

No Brasil, por volta de 90% dos esgotos domésticos da zona urbana são lançados nos rios sem nenhum tipo de tratamento, impactando de forma negativa o meio rural, visto que os rios fluem por centenas de quilômetros com a qualidade da água insalubre e inapropriada para uso. Contudo, a garantia de acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade estabelecido pela legislação vigente é atribuição do SUS, operacionalizada pela Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano¹⁶.

A qualidade da água tornou-se um assunto de grande valia para a saúde pública entre os séculos XIX e XX¹⁷, devendo estar de acordo com os parâmetros e padrão de qualidade definidos pela Portaria n° 2.914/2011 do Ministério da Saúde, que dispõe os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade de água para consumo humano e seu padrão de potabilidade¹⁸.

Gráfico 5 – Condições de moradia: formas de consumo de água (n = 647). Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil – 2018



Fonte: e-SUS (2017).

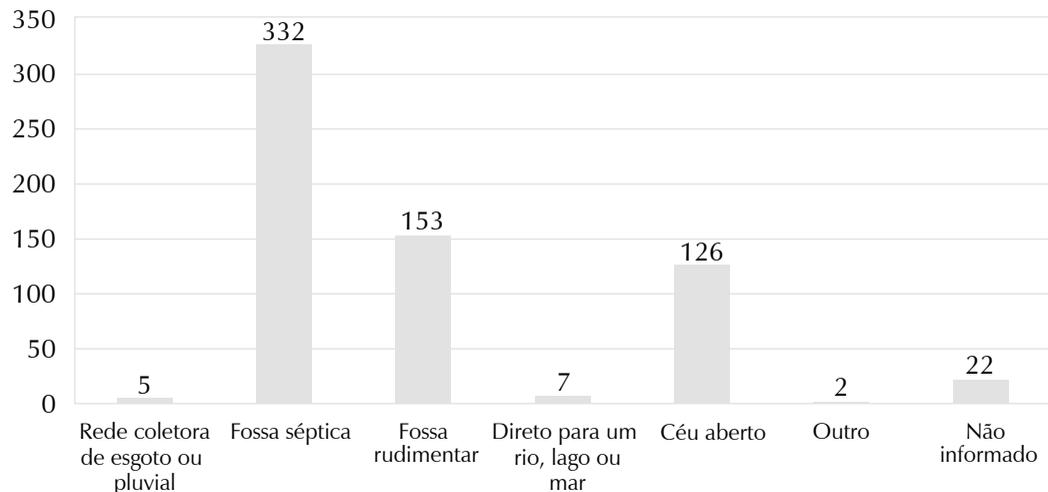
Com relação à água consumida, o **Gráfico 5** indica que, das 647 famílias, 427 (66%) consomem água pelo processo de filtração, 22 (3,4%) por fervura, 78 (12%) por cloração, 108 (16,7%) sem tratamento e 12 (1,9%) não informaram.

Na zona rural, o fornecimento de água se dá por fontes e poços rasos, tornando o ambiente passível de contaminação. Diante disso, existe um risco elevado de surtos de doenças

transmitidas pela água, principalmente a contaminação bacteriana, que é recorrente em poços velhos, mal vedados e próximos a áreas de fossas e terrenos ocupados por animais¹⁹.

O acesso à água potável pode reduzir consideravelmente as enfermidades nas áreas rurais. A inexistência de uma vigilância para avaliar a qualidade da água nas fontes particulares pode ser um fator agravante, levando em consideração a contaminação da água no meio rural por produtos agrotóxicos usados nas lavouras e disseminados em rios, riachos e nascentes¹⁹. Existem ainda disparidades significativas no acesso à água potável entre as áreas urbanas e rurais, não só em termos do tamanho do déficit de cobertura, mas também em termos de acessibilidade das fontes disponíveis²⁰.

Gráfico 6 – Condições de moradia: formas de esgotamento do banheiro ou sanitário (n = 647). Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil – 2018



Fonte: e-SUS (2017).

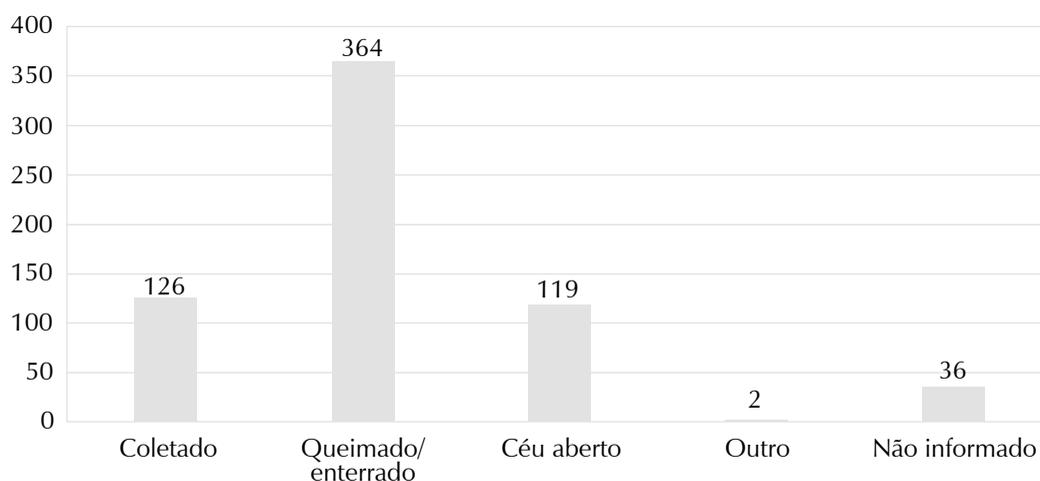
Sobre as formas de esgotamento do banheiro ou sanitário, o **Gráfico 6** demonstra que 332 (51,3%) dos domicílios têm esgotamento sanitário em fossa séptica, 153 (23,6%) em fossa rudimentar, 5 (0,77%) têm rede coletora de esgoto pluvial, 7 (1%) direto para um rio, 2 (0,3%) outro tipo, 126 (19,5%) a céu aberto e 22 (3,4%) não informaram. Os dados expõem uma situação sanitária delicada, pois apresentam uma comunidade bastante vulnerável a infestações parasitárias, resultante da predominância dos domicílios que não têm acesso à rede coletora de esgoto.

Vale ressaltar que as “Diretrizes Nacionais do Saneamento Básico, contidas na Lei nº 11.445/2007 que define a Política Nacional de Saneamento Básico são de cumprimento obrigatório dos agentes públicos e privados com atuação no setor”^{21:113}.

A relação entre saneamento e salubridade ambiental é intrínseca. O saneamento é o conjunto de ações socioeconômicas que tem por objetivo colaborar para a proteção ao meio ambiente, atuando no controle de todos os fatores do meio físico do homem, que exercem ou podem exercer efeitos nocivos sobre o seu bem-estar físico, mental e social²².

A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta que a precariedade do saneamento básico pode ocasionar uma severa ameaça à saúde humana. A carência de saneamento provoca inúmeros impactos negativos sobre a condição de saúde da população. Além de prejudicar a saúde individual, eleva os custos públicos e privados em saúde com o tratamento de doenças²³.

Gráfico 7 – Condições de moradia: destino do lixo (n = 647). Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil – 2018



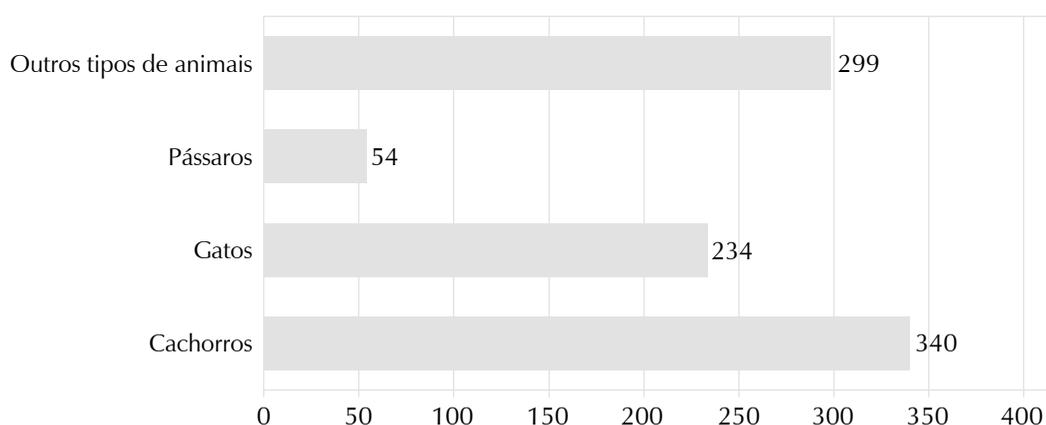
Fonte: e-SUS (2017).

Com relação ao destino do lixo, no **Gráfico 7** foi evidenciado que em 364 (56,2%) dos domicílios o lixo é queimado/enterrado e em 119 (18,4%) dos domicílios o lixo fica exposto a céu aberto. Apenas 126 (19,5%) das moradias têm acesso à coleta de lixo, 36 (5,6%) não informaram e 2 (0,3%) têm outros tipos.

O lixo é um problema real para o ambiente, e que ainda é tratado de maneira simplista pela sociedade, sendo preciso providenciar soluções alternativas para repensá-lo. No Brasil foi implementada a Lei nº 12.305/2010 que instituiu a Política Nacional de Resíduos Sólidos, ela tem sido utilizada como base para o gerenciamento dos resíduos, visando à redução na geração, reutilização, reciclagem, tratamento e disposição ambientalmente adequada dos rejeitos gerados²⁴.

O acondicionamento dado ao lixo nas zonas rurais está proporcionando ao ambiente uma significativa devastação, por ser jogado em margens de lagos e rios quando orgânico e, em sua maioria, queimado quando reciclável. A sensibilização da população rural em relação ao destino do lixo no meio ambiente é uma ação fundamental, e, para tanto, requer uma atenção especial da Equipe de Saúde da Família, especialmente dos profissionais agentes comunitários de saúde, no processo de educação em saúde²⁵.

Gráfico 8 – Condições de moradia: criação de animais no domicílio (n = 647).
Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil – 2018



Fonte: e-SUS (2017).

Sobre a criação de animais no domicílio, o **Gráfico 8** demonstra que 465 (71,9%) domicílios possuem animais, sendo que 234 (50,32%) têm gatos, 340 (73,1%) cachorros, 54 (11,6%) criam pássaros e 299 (64,3%) dos domicílios possuem outros tipos de animais. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil 44,3% dos 65 milhões de domicílios possuem pelo menos um cachorro e 17,7% ao menos um gato, há no total 52,2 milhões de cães e 22,1 milhões de gatos no país².

Os dados do estudo fornecem informações relevantes para o planejamento e a implementação de políticas de saúde de cuidados e campanhas de saúde voltadas aos animais domésticos, como a vacinação antirrábica para cães e gatos e outros animais silvestres criados em domicílios, pois esses animais não vacinados se tornam vetores de doenças, em especial a raiva: “A raiva é uma encefalite viral, de caráter zoonótico e com letalidade próxima de 100%”^{26:510}. As equipes de saúde, em parceria com agentes comunitários de saúde, têm o papel importante na condução das campanhas e ações de saúde nas comunidades rurais,

traçando estratégias e estabelecendo as melhores formas de acesso às comunidades rurais para atender de forma universal todos os domicílios no campo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo tem grande relevância na área da saúde pública, por evidenciar as condições sanitárias de uma comunidade rural, apontando fragilidades no acesso ao serviço de saúde, socioambiental e econômico da população estudada. Além disso, a pesquisa reforça a necessidade de sensibilização da população rural, de modo individual e coletivo, sobre os cuidados de higiene corporal e domiciliar, cuidados na colheita, armazenamento e manipulação dos alimentos, tratamento da água, destino do lixo e outras questões relacionadas à realidade sanitária em que vive.

Contudo, faz-se necessária a mobilização dos gestores para que a política de saúde aconteça de forma igualitária e universal, com enfoque nas especificidades da população rural. Ademais, é preciso atrair os profissionais de saúde, em especial os que atuam na Atenção Primária à Saúde, de modo a serem agentes de transformação no processo do cuidar das pessoas que habitam comunidades rurais, incentivando práticas em saúde e promovendo ações de educação popular sobre o tema em diversos espaços, baseadas nas metodologias ativas e na participação comunitária de forma horizontal e coletiva.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: João Nilton Souza Maia, Maria da Conceição Costa Rivemales, Rosa Cândida Cordeiro, Terciana Vidal Moura, Daniela Carneiro Sampaio e Lavinya Lima Cordeiro Oliveira.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: João Nilton Souza Maia, Maria da Conceição Costa Rivemales, Rosa Cândida Cordeiro, Terciana Vidal Moura, Daniela Carneiro Sampaio e Lavinya Lima Cordeiro Oliveira.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: João Nilton Souza Maia, Maria da Conceição Costa Rivemales, Rosa Cândida Cordeiro, Terciana Vidal Moura, Daniela Carneiro Sampaio e Lavinya Lima Cordeiro Oliveira.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: João Nilton Souza Maia, Maria da Conceição Costa Rivemales, Rosa Cândida Cordeiro, Terciana Vidal Moura, Daniela Carneiro Sampaio e Lavinya Lima Cordeiro Oliveira.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues JF. O rural e o urbano no Brasil: uma proposta de metodologia de classificação dos municípios. *Análise Social*. 2014;211:430-56.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário estatístico do Brasil: 2012. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
5. Dias PC. Moradia na Bahia: comparações e reflexões. In: Anais do 16. Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2008 set-out 29-03; Caxambu, Brasil. Caxambu (MG): Abep; 2008. p. 1-22.
6. Brasil. Emenda Constitucional n. 26, de 14 de fevereiro de 2000. Altera a redação do art. 6º da Constituição Federal. Brasília (DF); 2000.
7. Resende G. Secretaria Municipal de Educação de Amargosa. *Revista Amargosa Centenária*. Amargosa (BA): Agora Editorial Gráfica; 1991.
8. Brasil. Datasus. Sistema de Informação da Atenção Básica [Internet]. 2015 [citado em 2022 abr 28]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>
9. Brasil. Datasus. Sistema de informação de atenção básica – Cadastramento familiar – Bahia [Internet]. [citado em 2022 maio 5]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFba.def>
10. Rückert B, Cunha DM, Modena CM. Healthcare knowledge and practices of the rural population: an integrative literature review. *Interface*. 2018;22(6),903-14.
11. Madeira, LM, organizadora. Avaliação de políticas públicas. Porto Alegre (RS): Ufrgs; 2014.
12. Magalhães KA, Cotta RMM, Martins TCP, Gomes AP, Siqueira BR. Habitation as a social determinant of health: perceptions and conditions of families registered under the “Bolsa Família” program. *Saúde Soc*. 2013;22(1):57-72.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2016.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2011.

15. Reis Júnior EM. Avaliação do programa “luz para todos” no estado do Amazonas sob o aspecto da qualidade da continuidade do serviço de energia elétrica. Manaus (AM). Dissertação [Mestrado em Engenharia de Recursos da Amazônia] – Universidade Federal do Amazonas; 2015.
16. Oliveira JSC, Medeiros AM, Castor LG, Carmo RF, Bevilacqua PD. Individual water supply solutions: issues for environmental health surveillance. *Cad Saúde Colet.* 2017; 25(2):217-24.
17. Abonizio RM. Saneamento básico no meio rural: um estudo em assentamento rural no interior do Paraná. Campo Mourão (PR). Monografia [Trabalho de Conclusão de Curso] – Universidade Tecnológica Federal do Paraná; 2017.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.914, de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Brasília (DF); 2011.
19. Amaral LA, Nader FA, Rossi JOD, Ferreira FLA, Barros LSS. Drinking water in rural farms as a risk factor to human health. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(4):510-4.
20. Aleixo B, Rezende S, Pena JL, Zapata G, Heller L. Direito humano em perspectiva: desigualdades no acesso à água em uma comunidade rural do Nordeste brasileiro. *Ambient Soc.* 2016;XIX(1):63-82.
21. Marchi CMDF. Brazilian basic sanitation in the context of the transition to a green economy. *Ambiente y Desarrollo.* 2017;21(40):111-23.
22. Marchi CMDF. New perspectives on sanitation management: proposing a model for municipal solid waste landfill. *Rev Bras Gest Urbana.* 2015;7(1):91-105.
23. Siqueira MS, Rosa RS, Bordin R, Nugem RC. Hospitalizations due to diseases associated with poor sanitation in the public health care network of the metropolitan region of Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2010-2014. *Epidemiol Serv Saúde.* 2017;26(4):795-806.
24. Cardoso FCI, Cardoso JC. O problema do lixo e algumas perspectivas para redução de impactos. *Ciênc Cult.* 2016;68(4):25-9.
25. Rocha MB, Santos NP, Navarro SS. Educação Ambiental na gestão de resíduos sólidos: Concepções e práticas de estudantes do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Ambiental. *Ambiente & Educação.* 2012;17(1):97-122.
26. Wada MY, Rocha SM, Maia-Elkhoury ANS. Situação da raiva no Brasil, 2000 a 2009. *Epidemiol Serv Saude.* 2011;20(4):509-18.

Recebido: 28.5.2018. Aprovado: 23.2.2022.