



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO TOCANTINS - UFT
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL - PRONERA**

ANTONIO FRANCISCO VIEIRA BARBOSA

**A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE:
O CASO DO ASSENTAMENTO TRILHA 410**

MIRACEMA DO TOCANTINS, TO

2025

Antonio Francisco Vieira Barbosa

**A Evolução das Políticas Públicas de Saúde:
O caso do Assentamento Trilha 410**

Artigo apresentado à Universidade Federal do Tocantins (UFT), campus universitário de Miracema/TO, para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a, Dr^a Ingrid Karla da Nóbrega Beserra.
Coorientador: Prof. Mestre. Messias Vieira Barbosa

Miracema do Tocantins, TO

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- B238e Barbosa, Antonio Francisco Vieira.
 A evolução das políticas públicas de saúde: o caso do Assentamento Trilha 410. / Antonio Francisco Vieira Barbosa. – Miracema, TO, 2025.
 22 f.
 Artigo de Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Serviço Social - Pronera, 2025.
 Orientadora : Ingrid Karla da Nóbrega Beserra
 Coorientador: Messias Vieira Barbosa
 1. Políticas públicas em saúde. 2. Movimentos sociais e saúde. 3. Assentamento Trilha 410. 4. Estratégia Saúde da Família (ESF). I. Título
- CDD 360**
-

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ANTONIO FRANCISCO VIEIRA BARBOSA

A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE:
O CASO DO ASSENTAMENTO TRILHA 410

Artigo apresentado à UFT - Universidade Federal do Tocantins - Campus Universitário de Miracema/TO, Curso de Bacharelado em Serviço Social - PRONERA, foi avaliado para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social e aprovado em sua forma final pela Orientadora e pela Banca Examinadora.

Data de Aprovação: 17 de fevereiro de 2025.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Ingrid Karla da Nóbrega Bezerra, orientadora, UFT

Prof.^a Dr.^a Maria José Antunes da Silva, primeira avaliadora, UFT

Prof.^a Dr.^a Josenice Ferreira dos Santos Araujo, segunda avaliadora, UFT

RESUMO

Este estudo analisa a trajetória da saúde no Assentamento Trilha 410, localizado na zona rural de Buriticupu, Maranhão, abordando os desafios e avanços no acesso às políticas públicas de saúde entre 1982 e a atualidade. A pesquisa enfatiza a criação da Unidade de Saúde Adalto Raimundo de Lima em 2008, bem como os impactos da precariedade do saneamento básico e da escassez de serviços médicos na saúde da população. A partir da análise documental e revisão bibliográfica, o estudo evidencia a luta dos moradores pela efetivação do direito à saúde, a relevância dos saberes tradicionais no Assentamento Trilha 410 e o papel das políticas públicas na mitigação das desigualdades estruturais no campo. Os resultados indicam que o acesso à saúde no assentamento é um processo dinâmico, marcado pela interação entre demandas comunitárias e políticas institucionais, refletindo a importância da organização social na garantia de direitos fundamentais.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Movimentos Sociais e Saúde.

ABSTRACT

This study analyzes the trajectory of health in the Assentamento Trilha 410, located in the rural area of Buriticupu, Maranhão, looking at the challenges and advances in access to public health policies between 1982 and the present day. The research emphasizes the creation of the Adalto Raimundo de Lima Health Unit in 2008, as well as the impacts of precarious basic sanitation and the scarcity of medical services on the population's health. Based on documentary analysis and a bibliographic review, the study highlights the residents' struggle for the right to health, the importance of traditional knowledge in the Assentamento Trilha 410 and the role of public policies in mitigating structural inequalities in the countryside. The results indicate that access to health in the settlement is a dynamic process, marked by the interaction between community demands and institutional policies, reflecting the importance of social organization in guaranteeing fundamental rights.

Keywords: Public Policies. Social Movements. Health.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	06
2.	DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	12
3.	SABERES TRADICIONAIS E RESISTÊNCIA: O OFÍCIO DAS PARTEIRAS NO ASSENTAMENTO TRILHA 410.....	15
4.	SAÚDE NO CAMPO: DESAFIOS E AVANÇOS NO ASSENTAMENTO TRILHA 410	20
	REFERÊNCIAS.....	22

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo analisar a evolução da saúde no Assentamento Trilha 410, localizado na zona rural de Buriticupu, Maranhão, a partir de dois períodos distintos: de 1982 a 2008; e de 2008 até os dias atuais. O Projeto do assentamento Trilha 410, foi aprovado pela Portaria nº 50, de 19 de janeiro de 1977. A pesquisa busca compreender as transformações na infraestrutura de saúde, com destaque para a criação da **Unidade de Saúde Adalto Raimundo de Lima**, bem como os desafios históricos enfrentados pelos moradores, como a escassez de atendimento médico, a falta de saneamento básico e a precariedade das condições de vida.

O assentamento surgiu no contexto do **Projeto de Colonização de Buriticupu**, implementado pelo governo do Maranhão entre 1974 e 1976, com o objetivo de promover a distribuição de terras. No entanto, a realidade das famílias assentadas esteve marcada pela pobreza estrutural, evidenciada pela ausência de moradia digna, emprego, água potável e saneamento adequado. A falta de infraestrutura e serviços básicos comprometeu diretamente a saúde da população, intensificando doenças de veiculação hídrica, problemas nutricionais e dificuldades no acesso a tratamentos médicos.

O saneamento básico, um dos principais **determinantes sociais da saúde**, tem papel crucial na definição das condições sanitárias da comunidade. Segundo o **Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS, 2016)**, apenas **32% dos domicílios rurais no Brasil** possuem acesso à rede de distribuição de água, sendo a situação ainda mais crítica no Norte e Nordeste. No Assentamento Trilha 410, o uso de poços artesianos e açudes sem tratamento adequado expõe a população a riscos de contaminação, agravados pelo uso intensivo de agrotóxicos nas lavouras vizinhas.

Diante da ausência de serviços médicos formais, a população desenvolveu estratégias próprias de cuidado, recorrendo a parteiras, benzedeiros e raizeiros para tratar doenças comuns como febre, infecções respiratórias, conjuntivite e enfermidades tropicais, como a malária e a leishmaniose. A violência, frequentemente associada ao alcoolismo, também era uma preocupação, resultando em óbitos e agravando o quadro de vulnerabilidade social.

Deu-se início à construção do **Hospital Pedro Neiva de Santana** em 1973, com estrutura de unidade mista, inclusive com (Aguiar, 2005) serviço de internamento. A casa de saúde mais tarde seria denominada Hospital Pedro Neiva de Santana. Os primeiros médicos que trabalharam no hospital foram Dr. Genésio Rego, Antônio Rafael, Sergio, Severino Dias Carneiro, os profissionais de saúde efetuavam pesquisas no sentido de identificar os problemas

de saúde, como malária, leishmaniose, tuberculose. A equipe dispunha de odontológico. O hospital tinha 25 leitos com uma capacidade de 1300 altas por anos, eram desenvolvidas ações de promoção e prevenção da saúde. Para a ocasião de trabalhos, havia uma parteira leiga conhecida por Maria Cabral. Sempre presente nas horas necessárias, esta senhora era dotada de muita experiência e dedicação, auxiliava os médicos, foi a primeira parteira do Município de Buriticupu.

No entanto, a descontinuidade das políticas públicas, especialmente durante o governo de Nunes Freire (1979-1982), levou ao abandono da infraestrutura hospitalar e à falta de investimentos no setor. O descaso do poder público se manifestou, por exemplo, na declaração do governador de que a existência de um hospital daquele porte "dentro do mato" seria desnecessária, evidenciando a desconexão das autoridades, com as demandas da população rural. Entre 1976 e 1981, o assentamento Trilha 410, sofreu uma redução populacional, com muitas famílias migrando em busca de melhores condições. As primeiras famílias chegaram em 1974, cerca de 40 famílias, essas famílias moraram em barracos de lonas e em casas de taipas coberta de palhas de babaçu e anajá moraram por 2 anos.

Em 1976, as famílias tiveram que abandonar o Assentamento Trilha 410, devido à falta de água — fator crucial que inviabilizou a permanência no local, resultando na saída de todas as famílias. A retomada do assentamento ocorreu em 1982, quando os governos estadual e federal, em caráter extraordinário, incluíram a construção de 200 casas no Projeto Pioneiro de Colonização de Buriticupu.

Contudo, essas casas não foram destinadas às famílias originalmente assentadas. Elas foram reconstruídas para os moradores dos povoados São Pedro dos Cacetes e Alto Alegre, situados na área da Terra Indígena Cana Brava, no município de Barra do Corda, Estado do Maranhão. A proposta visava resolver um conflito fundiário existente desde 1901 — o denominado *Conflito em Barra do Corda* — envolvendo posseiros, fazendeiros, povos indígenas e políticos locais (ISA – Instituto Socioambiental, fundado em 1945, em Pittsburgh, Pensilvânia, Estados Unidos).

Após a conclusão das casas, as famílias dos povoados convidados para ocupá-las visitaram o Assentamento Trilha 410, mas decidiram não se mudar para o local. Diante disso, o governo estadual resolveu doar as unidades habitacionais para famílias que já viviam como agregadas a parentes no próprio projeto de colonização, coordenado pela Companhia Maranhense de Colonização (COMARCO), criada pela Lei nº 3.230, de 6 de dezembro de 1971. Além dessas, outras famílias oriundas de diversas cidades maranhenses — como Pedreiras,

Bacabal, Timon, Açailândia e Imperatriz — também foram beneficiadas, recebendo 200 casas e 200 lotes de terra para cultivo (Aguiar, 2005).

As casas foram ocupadas em duas etapas: inicialmente 100, e posteriormente as outras 100. No entanto, em menos de dois anos, muitas famílias tiveram que deixar o assentamento devido à persistente escassez de água, que era fornecida apenas por caminhões-pipa. Com o passar do tempo, cerca de 100 famílias se retiraram do local. Ainda assim, o assentamento continuou a receber novos moradores. À época, a população local chegou a cerca de mil habitantes. Hoje, devido à constante movimentação migratória, estima-se que vivam na comunidade aproximadamente 800 pessoas.

Muitas das famílias que deixaram o assentamento migraram para diversas regiões do Estado do Maranhão, como Imperatriz, Açailândia, São Luís e Timon, e também para outros estados, como Amapá, Goiás, Tocantins, Amazonas e Roraima. A falta de água potável e de atendimento médico adequado permaneceu como um dos principais desafios enfrentados pela comunidade.

Em 1996, o Assentamento Trilha 410 recebeu novas famílias vindas do Estado de Sergipe, que trouxeram consigo suas tradições culturais e modos de vida distintos, enriquecendo a diversidade sociocultural da região.

Para enriquecer o nosso vocabulário: festas religiosas, vaquejada, impulsionou a agricultura e pecuária, como o cultivo do feijão do Sul que antes não era cultivado no Assentamento e a criação de gado. As famílias que moram no assentamento Trilha 410, vivem em situação risco por causa da contaminação dos agrotóxicos, além dos problemas de saúde que afeta diretamente as famílias, a contaminação dos alimentos, animais, a água dos açudes e da própria chuva que muitas famílias usam e isso causa problemas de saúde, intensificando doenças de veiculação hídrica, problemas respiratórios, câncer, verminoses diarreia, doenças da pele, 1980, impulsionada por programas¹ habitacionais, mas a ausência de água potável e atendimento médico seguiu sendo um dos principais desafios da comunidade.

¹. Programa de criação de uma agrovila com construção de casas e loteamento de terra feito pelo governo Federal e Estadual, Projeto de Colonização de Buriticupu-MA. Na verdade, foram construídas para as famílias que moravam nos povoados, São Pedro dos Cacetes e Alto Alegre no Município de Barra do Corda Maranhão e se encontravam em conflito por terra com indígenas, essas famílias vieram que se retira da área indígena, e as casas os lotes de terra foram destinadas para o reassentamento de 200 famílias que no final da década de 1970, foram impulsionadas por promessas programas feitas pelo os governos federal e estadual, água potável, assistência técnica e medica, educação, acesso, reforma das casas no prazo de 10 anos, para todas as famílias, os programas de assistência (INAN Instituto Nacional de alimentação e Nutrição criado pela a Lei N° 5.829 de 30 de dezembro de 1972, para distribuir sextas básicas); o Bom preço programa do governo do Estado, que doava alimentos. As casas feitas de madeira

Diante desse contexto, figuras como Dona Maria Delza, que atuou voluntariamente no diagnóstico da malária, e parteiras locais, como Irmã Irene, que auxiliavam gestantes em partos domiciliares, desempenharam um papel fundamental no suporte à saúde da população.

O primeiro posto de saúde do assentamento foi estabelecido de forma improvisada na casa da administração local, funcionando de maneira precária até o ano de 1997. Naquele ano, um mutirão de médicos vindos do Estado de São Paulo prestou atendimentos temporários à comunidade. No entanto, somente com a inauguração da Unidade de Saúde Adalto Raimundo de Lima, em 2008, a população passou a contar com uma assistência médica mais estruturada e contínua.

A saúde no campo deve ser compreendida dentro de um contexto mais amplo de **luta por direitos sociais**, onde o acesso aos serviços médicos se tornou uma reivindicação essencial para o desenvolvimento das comunidades rurais. A mobilização dos moradores do Assentamento Trilha 410, demonstra que, mesmo diante da negligência do Estado, a organização coletiva foi determinante para a conquista de melhorias no sistema de saúde.

A pesquisa adota uma abordagem **qualitativa**, com ênfase na **análise documental**, para reconstruir a trajetória histórica da saúde no assentamento. São analisados relatórios institucionais, atas de reuniões comunitárias, registros administrativos do sistema de saúde local e dados históricos sobre o processo de colonização. Além disso, a pesquisa realiza uma **revisão bibliográfica sistemática** sobre determinantes sociais da saúde em áreas rurais, com foco em saneamento, acesso à água potável, práticas de saúde tradicional e políticas públicas para comunidades assentadas.

Dados secundários de sistemas públicos, como o **SNIS** e o **DATASUS**², são utilizados para identificar padrões e lacunas no acesso à saúde e ao saneamento básico na região. A combinação dessas informações possibilita uma análise abrangente sobre os desafios enfrentados pela comunidade e as estratégias adotadas para superá-los.

A pesquisa, fundamentada em uma perspectiva **histórica e crítica**, busca identificar continuidades e mudanças nos padrões de acesso à saúde, destacando as iniciativas comunitárias para garantir assistência médica e condições sanitárias adequadas. Dessa forma, pretende-se não

vinda do Estado do Paraná, a ideia era preservar flora e a fauna, as casas com a metragem 40 metros quadrados distribuídas em 8 ruas, todas padronizadas

² O Sistema Nacional de Informação sobre Saneamento Básico (SNIS) foi um sistema que coletava dados sobre a prestação de serviço de saneamento básico. Em 2023 o SNIS encerrou suas atividades e foi substituído pelo SINISA (Sistema Nacional de informações em saneamento Básico). DATASUS, é um Programa do ministério da Saúde com a missão de materializar a estratégia de Saúde Digital para o Brasil (ESD), fomentando o apoio à informatização nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde e a troca de informação entre os estabelecimentos de Saúde.

apenas narrar a trajetória do Assentamento Trilha 410, mas interpretar os processos sociais e políticos que moldaram sua realidade atual.

2 DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

As políticas públicas em saúde são definidas como um conjunto de ações planejadas, coordenadas e executadas pelo Estado para promover o bem-estar coletivo, garantindo o direito à saúde e combatendo desigualdades sociais. Elas envolvem a formulação de estratégias intersetoriais que abrangem desde a atenção básica até a alta complexidade, considerando as especificidades territoriais e culturais das populações atendidas.

De acordo com Pereira (2009), a política pública deve garantir a ação e a participação popular; afirmar direitos e serviços sociais; satisfazer as necessidades ao invés de promover a necessidades e salvaguardar o princípio de igualdade. No Brasil, esse conceito se materializa principalmente no Sistema Único de Saúde (SUS), que integra diferentes níveis de atenção em saúde e prioriza o princípio da equidade, essencial para a redução das disparidades em regiões rurais e periféricas.

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Assentamento Trilha 410, foi implantada em julho de 2008, representou uma importante mudança no acesso aos serviços de saúde da comunidade, resultando em melhorias significativas. Segundo **Duarte e Almeida (2014)**, a ESF promoveu um avanço considerável no modelo de saúde, destacando-se pela oferta de um atendimento humanizado, que fortaleceu a relação entre os profissionais de saúde e os usuários. A criação de vínculos, elemento crucial para a eficácia das ações, tem sido apontada como um fator decisivo para o sucesso da estratégia. Esse modelo de saúde é pautado na atenção primária e na promoção de um cuidado mais próximo da realidade das comunidades.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das principais componentes da atenção básica no Brasil, sendo estruturada para desenvolver um conjunto de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, tanto em nível individual quanto coletivo. Essa estratégia adota uma abordagem integral e contínua, direcionada às necessidades de saúde da população vinculada a uma área específica. As equipes da ESF são formadas por profissionais de diferentes áreas, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que atuam de forma integrada, ampliando o acesso e fortalecendo o vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade.

O objetivo central é proporcionar um bem-estar completo, abrangendo dimensões física, mental e social, alinhando-se à definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), que a conceitua como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a

ausência de doenças". A ESF, ao incorporar esses princípios, desempenha um papel essencial na redução de desigualdades em saúde e no fortalecimento da equidade no atendimento às populações mais vulneráveis.

A compreensão da saúde³ e da doença como processos políticos e históricos é fundamental para entender as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. No contexto do **Assentamento Trilha 410**, a Saúde da Família não se limita apenas ao tratamento de doenças, mas busca também alterar as condições sociais, econômicas e ambientais que influenciam a saúde da população. Essa visão amplia a perspectiva do cuidado, indo além da abordagem biomédica tradicional. O processo de saúde/doença é intrinsecamente ligado às condições de vida e trabalho das pessoas, refletindo as disparidades entre as classes sociais no acesso aos serviços de saúde.

A ESF (Estratégia de Saúde de Família), um modelo de atendimento do Sistema único de Saúde (SUS). A ESF é uma estratégia prioritária de Atenção Básica. Objetivos da ESF promover a Saúde, prevenir doenças, reabilitar pacientes, cuidar da população de um território específico, ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividade. Faz parte da equipe da ESF: Médico, Enfermeiro, Técnico ou auxiliar de enfermagem, Agente comunitário de Saúde, Agente de combate às endemias (ACE). Ações da ESF: Curativo, Inalação, Pré-natal, Acompanhamento de hipertensão, diabete, dores crônicas, diarreia e atendimento de urgência

Atenção Básica é a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao sistema Único de Saúde (SUS) e as redes de atenção à saúde. UBS, são as principais estruturas físicas da Atenção Básica, são instaladas próximo a vida dos usuários, desempenhando um papel central na garantia de acesso a uma saúde de qualidade, promover a integração de ações e serviços de saúde, contínua, integral, responsável, humanizado, com vista à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2010) compreendendo-a como um direito básico, conforme estabelecido pelas diretrizes do (SUS). De acordo com **Carvalho e Santos (2006)**, as diretrizes do SUS – universalidade, integralidade e equidade – foram

³Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades”. Esse conceito, apresentado em 1946, é abrangente e reflete uma visão multidimensional, indo além do enfoque biomédico tradicional. Ele reconhece que fatores sociais, econômicos, ambientais e culturais têm um impacto direto sobre as condições de vida e, conseqüentemente, sobre a saúde das populações. A OMS enfatiza que a saúde é um direito humano fundamental e deve ser promovida de forma equitativa, com acesso universal a serviços de saúde de qualidade, garantindo bem-estar para indivíduos e comunidades. Essa perspectiva reforça a necessidade de políticas públicas integradas e intersetoriais, capazes de abordar as múltiplas determinantes sociais da saúde e de promover a melhoria da qualidade de vida em todas as suas dimensões.

fundamentais para a construção de uma política pública que visasse a democratização do acesso aos serviços de saúde.

Historicamente, a sociedade tem se estruturado a partir de classes sociais, com o acesso aos serviços de saúde variando conforme a posição social de cada grupo. Esse processo tem sido marcado pela centralização do controle da saúde nas mãos das elites, o que tem levado à exclusão de parcelas significativas da população, principalmente em áreas rurais e periféricas. **Sicoli e Nascimento (2003)** discutem essa desigualdade, destacando que os conceitos de promoção da saúde começaram a ser debatidos na **Conferência de Ottawa, em 1986**, mas já na década de 1960 o mundo discutia a determinação econômica e social da saúde. A busca por uma abordagem mais abrangente visava superar a centralização da saúde no controle das enfermidades, propondo uma ação mais integrada, que envolvesse políticas públicas em diversas áreas como saneamento, educação, moradia, alimentação, trabalho e transporte.

Nesse sentido, o Assentamento Trilha 410, enfrenta desafios contínuos para a efetivação do trabalho da ESF. A transformação do modelo de saúde requer não apenas a implementação de serviços de saúde de qualidade, mas também o fortalecimento da participação da comunidade, a melhoria das condições de vida e o acesso a recursos básicos como água potável, saneamento e educação. A eficácia da ESF no assentamento está diretamente ligada à capacidade de enfrentar essas questões estruturais, de modo que a saúde se torne um direito acessível a todos.

E tendo como base a análise documental que desempenhou um papel central na compreensão de como o Assentamento Trilha 410, acessou e implementou políticas públicas de saúde ao longo do tempo. Foram examinados relatórios institucionais, atas de reuniões comunitárias e registros históricos locais, os quais revelaram tanto os avanços quanto os desafios enfrentados pela população no acesso a serviços de saúde. Esses documentos evidenciam a luta contínua dos moradores pela efetivação de direitos previstos constitucionalmente, como o direito à saúde (Art. 196 da Constituição Federal de 1988), e pela concretização de políticas específicas voltadas para populações rurais, como a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (Portaria n.º 2.866, de 2 de dezembro de 2011).

3 SABERES TRADICIONAIS E RESISTÊNCIA: O OFÍCIO DAS PARTEIRAS NO ASSENTAMENTO TRILHA 410

Com a criação da ESF Equipe de Saúde da Família, é um programa nacional de atenção à saúde da população. Segundo (Duarte Almeida, 2014), a Estratégia de saúde da família representou um avanço na transformação do modelo de saúde atual, pois oferece um atendimento humanizado. Eles acreditam que desde a implantação da ESF houve melhoras na relação entre os profissionais e os usuários com criação de vínculos, fator decisivo para realização de efetivas ações de saúde as parteiras tradicionais do Assentamento Trilha 410 desempenharam um papel crucial na assistência obstétrica da comunidade, sendo a única opção de assistência para as mulheres grávidas.

O primeiro parto a ser realizado no Assentamento foi em 10 de outubro de 1982, pela parteira Eurides, o último parto foi realizado em 2018, por uma parteira da região. O ofício de parteira é um dos mais antigos da humanidade, sendo uma prática universal em comunidades tradicionais ao redor do mundo. Como ressalta **Elaine Muller**, professora da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), o parto foi historicamente assistido quase exclusivamente por mulheres até a institucionalização do processo nas últimas décadas, que, segundo ela, mudou profundamente as características desse ofício, especialmente com a introdução da assistência hospitalar e masculina (Muller, 2020).

No Brasil, esse processo de institucionalização do parto se intensificou nos últimos 50 anos, conforme aponta **Elaine Muller**, ao descrever a mudança no cenário de parto que, ao ser transferido para hospitais, acabou por desvalorizar a prática das parteiras tradicionais. No entanto, como enfatiza **Camila** (2020), o trabalho da parteira vai além do parto em si. Ela é uma figura de referência, oferecendo um cuidado integral que abrange a saúde física, emocional, espiritual e social da gestante. Sua prática mistura saberes tradicionais, empíricos, experiências de vida e uma forte conexão com a fé e a espiritualidade, o que garante uma abordagem holística e sensível para as mulheres da comunidade.

Esse vínculo de confiança, especialmente durante a gestação, é um aspecto destacado por **Camila (2020)**, que aponta a relação íntima e contínua entre a parteira e a gestante, que vai além do momento do parto e envolve o acompanhamento e o cuidado contínuo com a saúde emocional e espiritual da mulher e de sua família. A parteira se torna, muitas vezes, uma figura central no núcleo familiar, sendo chamada de "comadre" ou "madrinha", e desempenha um papel significativo em momentos importantes da vida da família, como os partos, cuidados com os filhos e até questões espirituais.

No contexto do Assentamento Trilha 410, a situação das grávidas era extremamente desafiadora. A falta de acesso aos serviços de saúde, a distância dos centros urbanos e as dificuldades financeiras tornavam o cuidado pré-natal praticamente inexistente. Em 1983, a escassez de chuvas prejudicou a produção de alimentos, exacerbando os problemas de nutrição entre as grávidas e gerando uma alta incidência de bebês desnutridos⁴. Nesse contexto, as parteiras desempenharam um papel fundamental, prestando um serviço essencial à comunidade, apesar das limitações e riscos envolvidos. Com um vasto conhecimento empírico e espiritual, elas prestaram assistência obstétrica, evitando complicações graves, como as relacionadas à falta de exames pré-natais.

A prática das parteiras era marcada pela confiança e pela fé, sendo as rezas e orações seus principais instrumentos, além de um profundo conhecimento sobre o corpo humano e o processo de gestação. No Assentamento Trilha 410, muitas dessas parturientes ocorreram durante a noite, quando as luzes de lamparina iluminavam os partos feitos por parteiras como **Irma Irene**, uma das mais experientes da região. Irma Irene, que começou sua prática em 1987, fez centenas de partos, sendo uma das principais referências na comunidade até encerrar sua carreira em 2020, com o último parto realizado em 3 de agosto. A dedicação de Irma Irene e de outras parteiras é uma demonstração do valor cultural e espiritual que esse ofício carrega nas comunidades rurais, onde a fé, a experiência e o conhecimento tradicional ainda são fundamentais para a garantia de uma assistência digna e eficaz.

A atuação das parteiras, benzedeiros e rezadores, portanto, reflete uma forma de resistência cultural e um meio de manutenção dos saberes tradicionais diante das dificuldades do acesso à saúde formal. Esses profissionais continuam a desempenhar um papel vital na preservação da saúde das comunidades rurais, muitas vezes servindo como única fonte de assistência e apoio para as mulheres grávidas.

O Assentamento Trilha 410, ao longo de sua história, contou com a presença de oito rezadeiras e benzedadeiras, dos quais alguns se mudaram para outras localidades e outros faleceram. Atualmente, o assentamento tem apenas um rezador ativo. Essas figuras

⁴A desnutrição das/os bebês, existe 4 tipos de desnutrição, leve a moderada, aguda, crônica, grave. Desnutrição leve moderada A criança emagrece e tem baixa estatura, mas a saúde não está em risco, desnutrição aguda. A criança perde peso rapidamente, podendo ficar emaciada, é uma forma crítica que exige intervenção imediata. Desnutrição crônica. A criança tem um déficit nutricional persistente, resultando em retardo de crescimento. Desnutrição grave. A criança apresenta sintomas mais graves, como inchaço, diarreia, A lesões na pele, infecções, recorrentes, perda de massa muscular, anemia e deficiência de vitaminas. Desnutrição proteico-calórica também conhecida como fome oculta, ocorre quando a criança tem ingestão inadequada de vitamina e minerais essenciais, todas tem a ver com os fatores, socioeconômicos, naturais, ambientais, comportamentais e alimentares.

desempenham um papel crucial na saúde da comunidade, prestando serviços voluntários que vão além do cuidado com o corpo físico, envolvendo também a cura espiritual e emocional.

Elas realizam práticas de rezas e benzimentos para uma variedade de problemas de saúde, como picadas de cobra, quebrante (mal-estar espiritual), bucho virado (dificuldade digestiva), assustado (trauma emocional), mal jeito (dores corporais) e dor de dente, entre outros.

Uma distinção importante entre as benzedadeiras e as rezadeiras no Assentamento é que, enquanto ambas desempenham funções similares, elas utilizam abordagens diferentes para lidar com os problemas da saúde. As benzedadeiras têm um vínculo mais forte com as práticas antigas e os ritos que envolvem orações e o uso de recursos naturais como água, óleo e ervas medicinais. Entre as ferramentas poderosas utilizadas pelas benzedadeiras a plantas medicinais conhecida como o gervão e a vassourinha, que são objetos simbólicos e terapêuticos em muitas de suas práticas. Já as rezadeiras, por sua vez, baseiam-se mais no poder das palavras e em objetos como a cruz e o terço para realizar suas práticas de cura.

O papel das rezadeiras e benzedadeiras no Assentamento Trilha 410 reflete uma prática tradicional que tem resistido ao tempo, mesmo diante de desafios sociais e econômicos. De acordo com estudos sobre práticas de saúde tradicionais, como os de Pereira (2006) e Santos (2004), essas práticas desempenham um papel vital na manutenção da saúde comunitária, especialmente em áreas rurais ou periféricas, onde o acesso aos serviços de saúde convencionais pode ser limitado.

A utilização de recursos naturais como ferramenta de cura está enraizada nas tradições culturais das comunidades rurais, e essas práticas são passadas de geração em geração. De acordo com Farias e Almeida (2013), os saberes populares têm grande importância no enfrentamento das desigualdades sociais, pois oferecem alternativas de cuidado à saúde para populações que, muitas vezes, não têm acesso ao sistema de saúde formal. As benzedadeiras e rezadeiras, com seus conhecimentos tradicionais, assumem a função de "mediadores de saúde", indicando e utilizando plantas, rezas e rituais para diagnosticar e tratar os males físicos e espirituais da comunidade.

Além disso, é importante destacar a Lei nº 1.401, sancionada em 2010, que reconhece e institucionaliza o trabalho das rezadeiras e benzedadeiras, conferindo legitimidade às práticas e saberes dessas profissionais da saúde tradicional. Esse reconhecimento legal representa um avanço significativo na valorização da medicina popular e do cuidado comunitário, integrando-o ao sistema de saúde pública de forma respeitosa e complementar.

A Unidade de Saúde Adalto Raimundo de Lima, localizada no Assentamento Trilha 410, foi inaugurada oficialmente em 16 de junho de 2008, após sua construção em 07 de março de 2007. O objetivo dessa unidade foi melhorar a infraestrutura de saúde da comunidade, com um atendimento que inicialmente oferecia sete salas básicas: recepção, consultórios médicos, enfermagem, vacinação, curativo, farmácia, copa e banheiro. O quadro de funcionários inicial era composto por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista, uma zeladora, um vigia e três agentes comunitários de saúde.

A criação da unidade foi formalizada pela Indicação nº 025/2007, proposta pelo vereador José Mansueto, da Câmara Municipal de Buriticupu/MA. A proposta foi aprovada por unanimidade pelos vereadores e encaminhada ao prefeito Antônio Marcos de Oliveira, que reconheceu a urgência da situação e determinou a compra de uma casa para dar início à construção do posto de saúde. Esse processo demonstra a atuação da política pública local voltada para a saúde comunitária, evidenciando a participação ativa dos representantes políticos na melhoria das condições de vida da população rural. De acordo com Machado (2010), a participação popular e política é fundamental para a implementação de políticas de saúde públicas que atendam às necessidades locais.

A unidade recebeu o nome de Adalto Raimundo de Lima em homenagem ao líder comunitário conhecido como "Seu Adalto". Ele foi uma figura de destaque na luta por melhorias para o assentamento, especialmente na área de infraestrutura, e sua fé e dedicação foram essenciais para conquistar benefícios como a instalação de energia elétrica, água encanada, a construção de igrejas, praças e, finalmente, o posto de saúde. A Lei Municipal nº 181/2008, sancionada pelo prefeito Antônio Marcos de Oliveira, oficializou essa homenagem, reconhecendo a importância de sua contribuição para o desenvolvimento da comunidade. O reconhecimento do trabalho de líderes locais é discutido por Silva e Souza (2015), que destacam a relevância da valorização dos indivíduos que atuam como mediadores na implementação de políticas sociais em comunidades periféricas.

Em 2011, a comunidade do Assentamento Trilha 410 deu início a um projeto de arborização ao redor da unidade de saúde, plantando mais de cem árvores, incluindo espécies nativas como jatobá, ipê, inhaúba e jacarandá e ninho. Esse movimento não apenas embelezou a área, mas também contribuiu para a melhoria da qualidade do ar e do ambiente, proporcionando um espaço mais saudável e agradável para os moradores. O posto de saúde do Assentamento Trilha 410 tornou-se o único arborizado no município de Buriticupu-MA, refletindo a conscientização ambiental da comunidade e a integração entre saúde pública e preservação ambiental. De acordo com Carvalho e Oliveira (2017), iniciativas comunitárias que

aliam saúde pública e sustentabilidade ambiental, como a arborização, são fundamentais para promover uma melhor qualidade de vida e saúde nas áreas rurais.

Além disso, em 16 de dezembro de 2017, a unidade passou por uma reforma e ampliação significativa. Foram construídas seis novas salas e dois banheiros, o que aumentou a capacidade de atendimento e possibilitou a oferta de novos serviços, como exames preventivos e coleta de material para exames. A reforma não apenas ampliou o espaço físico, mas também aprimorou a capacidade de atendimento à população, evidenciando a importância da infraestrutura de saúde para garantir o acesso da comunidade a serviços médicos adequados. A melhoria nas estruturas de saúde é abordada por Cavalcante (2018), que argumenta que a expansão e a melhoria das unidades de saúde nas zonas rurais são necessárias para reduzir as disparidades no acesso aos cuidados de saúde entre áreas urbanas e rurais.

4 AÚDE NO CAMPO: DESAFIOS E AVANÇOS NO ASSENTAMENTO TRILHA 410

Os documentos analisados também destacam o papel dos saberes tradicionais na saúde da comunidade. Relatos de moradoras/os mencionam a atuação de parteiras, benzedeiros e raizeiros, como a Irmã Irene e Dona Maria Delza, que exerceram funções essenciais em períodos de ausência do Estado (Santos, 2004; Pereira, 2006). Essas práticas, documentadas em registros locais, complementaram as lacunas dos serviços formais e demonstraram a resiliência das populações rurais em contextos de vulnerabilidade.

A análise documental evidencia, portanto, que o acesso às políticas de saúde no Assentamento Trilha 410 foi um processo dinâmico, mediado pela interação entre demandas comunitárias e políticas públicas formais. Essa trajetória reflete a importância de compreender as políticas de saúde no contexto rural como fruto de uma luta coletiva por direitos e pela dignidade das populações do campo.

A trajetória da saúde no Assentamento Trilha 410 revela um processo contínuo de superação de obstáculos e de busca por melhores condições de vida. Desde sua fundação, a comunidade enfrentou desafios significativos, como a falta de acesso à água potável, a carência de serviços médicos e a escassez de infraestrutura. Essa realidade reflete o contexto das comunidades rurais do Brasil, onde a pobreza e a exclusão social limitam o acesso a direitos básicos, incluindo a saúde.

Diante da ausência de serviços médicos formais, parteiras, benzedeiros e rezadeiras desempenharam um papel essencial no cuidado materno e na promoção da saúde, especialmente na assistência obstétrica e no tratamento de doenças comuns. Seus saberes tradicionais garantiram atendimento em um cenário de vulnerabilidade, demonstrando a importância da medicina popular como estratégia de resistência. O reconhecimento legal dessas práticas, como a Lei nº 1.401 de 2010, representa um avanço na valorização desses profissionais e na integração da medicina tradicional ao sistema público de saúde.

A inauguração da Unidade de Saúde Familiar (USF) Adalto Raimundo de Lima, em 2008, foi um marco na ampliação do acesso aos serviços médicos na comunidade. Viabilizada pela mobilização comunitária e pela articulação com órgãos públicos, a unidade passou a oferecer atendimentos básicos, vacinação e primeiros socorros, reduzindo a dependência dos moradores em relação a unidades hospitalares distantes.

Apesar desse avanço, persistem desafios estruturais, como a falta de saneamento básico, a precariedade do transporte para centros urbanos e a escassez de profissionais de saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido fundamental para minimizar essas dificuldades,

garantindo a presença de agentes comunitários de saúde e fortalecendo o vínculo entre a população e os serviços médicos.

A experiência do Assentamento Trilha 410 ilustra tanto as dificuldades quanto as possibilidades no acesso à saúde em comunidades rurais. A mobilização comunitária, a valorização dos saberes tradicionais e a implementação de políticas públicas adaptadas às necessidades locais demonstram que a luta coletiva é essencial para a efetivação do direito à saúde. O fortalecimento dessas estratégias, aliado a investimentos em infraestrutura e à participação ativa da população, será determinante para garantir a melhoria contínua da qualidade de vida no assentamento e em outras comunidades semelhantes.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Isaias Neres. **Buriticupu: sua história, geográfica e características gerais - do antigo projeto de colonização ao progressista município maranhense.** São Luís: Gráfica e Editora Tauá, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.** Portaria n.º 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Disponível em: <https://biblioteca.trabalhoindigenista.org.br/wpcontent/uploads/sites/5/2018/08/CTI01990.pdf>. Acesso em: 11 set. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília-DF: Senado Federal, Centro Gráfica, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL. Lei n.º 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12 de fev. 2025.

BARRETO, Maurício Lima. Determinantes sociais da saúde: um olhar sobre o meio rural. In: BUSS, Paulo M.; FILHO, Álvaro P. (Org.). **Promoção da saúde e qualidade de vida.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 87-102.

CRUZ, Raimundo Luiz da. **História das políticas públicas de saúde no Maranhão: o caso de Buriticupu.** São Luís: EDUEMA, 2018.

CARVALHO, A. M. de; SANTOS, A. M. dos. A Atenção Básica à Saúde: uma reflexão sobre o conceito e sua prática no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, 2006.

CARVALHO, Fernando Augusto; OLIVEIRA, Gabriela Silva. **Saúde pública e sustentabilidade: práticas ambientais nas comunidades rurais.** Brasília: Editora Fiocruz, 2017.

CAVALCANTE, R. T. **A infraestrutura de saúde no Brasil rural: desafios e oportunidades.** Editora Saúde e Cidadania, 2018.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.** Petrópolis: Vozes, 1998.

DUARTE, J. L.; ALMEIDA, R. P. de. A estratégia saúde da família e a transformação do modelo de saúde. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 12, 2014.

FARIAS, Roberto Nascimento; ALMEIDA, Luís Carlos. **Saberes tradicionais e o cuidado com a saúde no Brasil rural.** Recife: Editora UFPE, 2013.

INSTITUTO FEDERAL DO MARANHÃO. **Pesquisa sobre conflito de Alto Alegre vence prêmio de dissertação.** Disponível em: <https://barradocorda.ifma.edu.br/2017/05/10/pesquisa-sobre-conflito-de-alto-alegre-vence-premio-de-dissertacao/>. Acesso em: 20 set. 2023.

EVERTON, Carlos Eduardo Penha. **Hoje e amanhã celebrai a história para encarnar-vos no povo: os embates de memória sobre o Conflito do Alto Alegre**. 2023. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Estadual do Maranhão, São Luís, 2023. Disponível em: <https://repositorio.uema.br/bitstream/123456789/55/1/Carlos%20Eduardo%20Penha%20Everton.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2025.

MACHADO, J. P. **Participação popular e políticas públicas no Brasil: a gestão da saúde no contexto rural**. [S. l.]: Editora Universidade, 2010.

PEREIRA, Potyara A. P. Discussões conceituais sobre política pública como política pública e direito de cidadania. I. BOSCHETTI, Ivonete *et al.* (Org). **Políticas sociais: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 87-89.

PEREIRA, Maria Rita. **A medicina tradicional e o saber popular nas comunidades rurais: um estudo de caso**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

RIBEIRO, Rosa Mendes. **Memória educacional da Comunidade Trilha-410, Buriticupu-MA (1982-2012)**. 38f. Monografia (Curso de Pedagogia) – Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, MA, 2016.

SICOLI, L. P.; NASCIMENTO, M. A. do. A promoção da saúde e as políticas públicas: um estudo sobre os determinantes sociais da saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, 2003.

SANTOS, M. G. **Cura e fé: o papel das benzedeiros na saúde das comunidades periféricas**. [S.l.]: Editora Saúde, 2004.

SILVA, Antônio Soares; SOUZA, Mariana Lima. **O papel dos líderes locais na implementação de políticas sociais: um estudo no campo da saúde pública**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2015.

TEIXEIRA, Ana Flávia. **Saúde e saneamento: impactos no meio rural**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.