



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO  
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO  
DOUTORADO EM DESENVOLVIMENTO SOCIOAMBIENTAL

ANTONIO IDALMIR RODRIGUES DE OLIVEIRA

**ASSENTAMENTOS RURAIS E RESERVAS EXTRATIVISTAS:**  
acesso e barreiras ao sistema de saúde no Nordeste Paraense

Belém  
2024

ANTONIO IDALMIR RODRIGUES DE OLIVEIRA

**ASSENTAMENTOS RURAIS E RESERVAS EXTRATIVISTAS:**  
acesso e barreiras ao sistema de saúde no Nordeste Paraense

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável no Trópico Úmido, do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Ciências do Desenvolvimento Socioambiental. Área de Concentração: Desenvolvimento Socioambiental.

Orientador: Prof. Dr. Armin Mathis.

Belém  
2024

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com  
ISBDSistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará**  
**Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo (a) autor  
(a)**

---

R696a Rodrigues, de Oliveira, Antonio Idalmir  
Assentamentos rurais e reservas extrativistas: acesso e barreiras ao sistema de  
saúde no Nordeste Paraense / Antonio Idalmir Rodrigues de Oliveira. — 2024.  
171 f. : il. color.

Orientador (a): Prof. Dr. Armin Mathis

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos  
Amazônicos, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do  
Trópico Úmido, Belém, 2024.

1. Barreira de acesso ao sistema de saúde. 2. Assentamento Rurais. 3. Resex. 4.  
Migração do Guamá. 5. Nordeste Paraense. I. Título.

CDD 23. ed. - 300

---

ANTONIO IDALMIR RODRIGUES DE OLIVEIRA

**ASSENTAMENTOS RURAIS E RESERVAS EXTRATIVISTAS:**  
acesso e barreiras ao sistema de saúde no Nordeste Paraense

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável no Trópico Úmido, do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Ciências do Desenvolvimento Socioambiental. Área de Concentração: Desenvolvimento Socioambiental

**Aprovada em:** 03/06/2024

**Banca examinadora:**

Prof. Dr. Armin Mathis  
Orientador – PPGDSTU/NAEA/UFPA

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lígia Terezinha Lopes Simonian  
Examinadora interna – PPGDSTU/NAEA/UFPA

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mirleide Chaar Bahia  
Examinadora interna – PPGDSTU/NAEA/UFPA

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dirce Nascimento Pinheiro  
Examinadora externa – PPGSA/NMT/UFPA

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lúcia de Azevedo Lima  
Examinadora externa – PPGENF/PPGSP/UFPA

A Deus, por me sustentar, e aos meus amores Layllana, Bernardo e Benício, pelo suporte e dedicação a mim para mais esta etapa muito importante que é a ampliação dos meus conhecimentos.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido (PPGDSTU) do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (Naea) da Universidade Federal do Pará (UFPA), pela organização e oportunidade que tive de fazer parte do corpo discente dessa valorosa instituição. Agradeço a cada docente e aos servidores que sempre prestaram as melhores informações e apoio quando precisei. Aproveito o ensejo para parabenizar a todos e a todas pela conquista do reconhecimento através da obtenção da nota 7 da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) para o nosso Programa.

Ao meu orientador e amigo, Prof. Dr. Armin Mathis, por toda a gentileza e apoio nas orientações e cuidado que sempre prestou a mim, com uma compreensão e paciência as quais me motivaram até o fim deste ciclo tão importante: a construção desta tese de doutorado.

Agradeço ao meu amigo e prof. Dr. Milton Farias, pelo apoio e orientações no início do curso, a todo instante muito assertivo e incentivador para que eu trilhasse esta missão. Aos colegas do curso que ajudaram durante toda a jornada com apoio e colaboração, em especial, à Danusa, ao Marcelo e ao Alex.

Às pessoas que me receberam nas comunidades com hospitalidade e aos profissionais de saúde que colaboraram, dedicando um tempo importante de suas rotinas para responder aos questionários e participar das entrevistas para favorecer os resultados que objetivamos na proposta deste trabalho de pesquisa.

Muito obrigado a todos e a todas!

*Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que  
você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo.*

(Martin Luther King)

## RESUMO

O estudo teve o intuito de avaliar os fatores que afetam o acesso aos serviços de saúde em grupos populacionais residentes em Assentamentos Rurais e Reservas Extrativistas, no Nordeste Paraense, com a perspectiva de verificar a existência de exclusão social configurada pelas barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde. Na região Amazônica brasileira, são perceptíveis as dificuldades para a prestação da assistência em cidades na região em virtude dos desafios estruturais e políticos para a implantação de políticas públicas de saúde, que necessitariam de um planejamento mais apropriado para a região. Com isso, temos diversas implicações para a organização do sistema de saúde local. Mediante esse cenário, foram pesquisados os locais estabelecidos neste estudo, delimitados a seguir: Assentamento Federal de Cupiúba em Castanhal; Assentamento Federal de Taperuçu em São Domingos do Capim; Reserva Extrativista de São João da Ponta; e Reserva Extrativista Mãe Grande de Curuçá, e elencadas as informações gerais no Assentamento Rural informal de 5 de outubro em Castanhal e no Assentamento informal de Vera Cruz em Curuçá. Além de verificar a disponibilidade dos profissionais, o acesso de transportes, os equipamentos e as tecnologias disponíveis, representando, assim, as imposições de barreiras de acesso ou não aos serviços de atenção básica em saúde. Na pesquisa, utilizaram-se métodos mistos de abordagem de caráter exploratório, sendo norteados pelas seguintes etapas nos territórios: pesquisa documental, aplicação de questionários e entrevistas, tendo como participantes os Agentes Comunitários de Saúde, os usuários das unidades básicas de saúde dos territórios inseridos na pesquisa e os gestores dos quatro municípios onde se localizam os territórios citados. Com a análise dos resultados, identificaram-se doze barreiras mais comuns nessas localidades, cujas principais foram: indisponibilidade de profissionais; ausência de ambulâncias; longo tempo de deslocamento; insuficiência de oferta de transportes; área sem cobertura de ACS; e longo tempo de espera por consultas especializadas. Nesse contexto, verificou-se uma intensidade maior nas barreiras de acesso nos dois Assentamentos rurais, mas também se constatou a existência de barreiras comuns também nas Reservas Extrativistas como a baixa disponibilidade de médicos nas UBS. Adicionalmente, constataram-se um nível elevado de exclusão social e o acesso restrito das populações pesquisadas aos serviços de saúde pública tanto nos Assentamentos Rurais como nas Reservas Extrativistas.

**Palavras-chave:** barreira de acesso ao sistema de saúde; assentamentos rurais; Resex; microrregião do Guamá; nordeste paraense.

## ABSTRACT

The study aims to evaluate the phenomena that affect the access to health services in population groups living in Rural Settlements and Extractive Reserves, in the Northeast Paraense, with the perspective of verifying the existence of social exclusion configured by barriers of access to public health services. In the Brazilian Amazon region, the difficulties in providing care in cities in the region are noticeable because of the structural and political challenges for the implementation of public health policies that would require more appropriate planning for the region. With this, we have several implications for the organization of the local health system. Given this scenario, we will research the sites established in this study, which were delimited: the Cupiúba Federal Settlement in Castanhal; the Taperuçu Federal Settlement in São Domingos do Capim; the 5 de Outubro Informal Rural Settlement in Castanhal; the Vera Cruz Informal Settlement in Curuçá; the São João da Ponta Extractive Reserve; and the Mãe Grande Extractive Reserve in Curuçá. In addition to verifying the availability of professionals, supplies, equipment, and technologies available, thus representing a condition of barriers to access or not to basic health care services. Meanwhile, it is urgent to contextualize the lack of access to health services as a form of being excluded from basic rights, which the population expects to be available when they need them. We will also observe, in this study, the difficulty of access of the population to medical professionals during all the working hours of the Basic Health Units, a fact that has been evidenced in studies, more markedly in the North and Northeast regions of Brazil. In order to identify and evaluate the existence of barriers to access to public health services, through its main programs, in Rural Settlements and Extractive Reserves in the Microregion of Guamá in Northeastern Paraense, to verify the existence and level of social exclusion from the evidence of barriers to access to public health services by citizens residing in these territories; to characterize the barriers to access to existing health services in each location, observing the differences in the promotion of public health services in the territories delimited in the project; to evaluate the reality of local health structures, in the generation of public health services, by verifying the existence and levels of imposition of barriers to access to these services; to obtain the health indicators at the level of basic health care coverage in the Settlements and Extractive Reserves inserted in the research. Based on these objectives, we will investigate to what extent public health services of primary care in Rural Settlements and Extractive Reserves are not inclusive and how the barriers of access to health services are constituted for the residents of these areas included in the research project.

**Keywords:** barrier to health care access; rural settlements. Resex; microregion of Guamá; northeast paraense.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Rede de atenção à saúde.....	34
Mapa 1 –	Mapa do Assentamento de Cupiúba em Castanhal (PA).....	49
Figura 2 –	Imagens dos projetos de produção no assentamento após sua consolidação.....	51
Mapa 2–	Mapa do Assentamento Federal de Taperuçu em São Domingos do Capim (PA).....	52
Mapa 3 –	Mapa da Reserva Extrativista Mãe Grande de Curuçá em Curuçá (PA)...	54
Mapa 4 –	Mapa da Reserva Extrativista de São João da Ponta (PA).....	56
Figura 3 –	Imagem da unidade de saúde de Cupiúba no período da pesquisa.....	59
Figura 4 –	Mapa das travessas (vicinais) e lotes do Assentamento Cupiúba.....	60
Figura 5 –	Mapa com as distâncias da UBS de Cupiúba para os serviços de saúde pública em Castanhal-PA.....	61
Figura 6 –	Imagem da UBS Taperuçu no período da pesquisa.....	63
Figura 7 –	Mapa com as distâncias da UBS Taperuçu para os serviços de saúde pública da.....	64
Figura 8 –	Imagem da unidade de saúde de Deolândia na Resex de São João da Ponta no período da pesquisa.....	67
Figura 9 –	Mapa com as distâncias da UBS de Deolândia para os serviços de saúde pública em Castanhal.....	68
Figura 10 –	Imagem da unidade de saúde de Mutucal no período da pesquisa.....	71
Figura 11 –	Mapa das distâncias da UBS de Mutucal para os Serviços de saúde pública na região.....	72
Mapa 5–	Mapa com a localização das Resex Mãe Grande de Curuçá a de São João da Ponta.....	79

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Taxa de cobertura de equipes de atenção básica no Brasil, região Norte e Pará – 2016-2020.....	18
Gráfico 2 –	Mortalidade materna nas microrregiões paraenses de 2020 a 2022.....	28
Gráfico 3 –	Cobertura estimada da APS por grandes regiões no Brasil – janeiro a dezembro de 2022.....	37
Gráfico 4 –	Comparativo do número de crianças menores de 5 anos nos dois assentamentos.....	74
Gráfico 5 –	Necessidades para um melhor atendimento segundo os ACS de Cupiúba.....	84
Gráfico 6 –	Período para agendamento de consulta segundo os ACS do assentamento Cupiúba.....	85
Gráfico 7 –	Visitas dos ACS, segundo suas respostas, no assentamento Cupiúba	86
Gráfico 8 –	Frequência das visitas dos médicos nos domicílios dos pacientes, segundo os ACS de Taperuçu.....	87
Gráfico 9 –	Frequência da visita dos ACS, segundo suas resposta, no assentamento de Taperuçu.....	87
Gráfico 10 –	Necessidades para melhor atendimento, segundo os ACS de Taperuçu	88
Gráfico 11 –	Necessidades para melhor atendimento, segundo os ACS de São João da Ponta.....	89
Gráfico 12 –	Necessidades para um melhor atendimento segundo os ACS de Mãe Grande de Curuçá.....	91
Gráfico 13 –	Comparativo das necessidades para um melhor atendimento conforme a percepção dos usuários e dos ACS de Cupiúba.....	96
Gráfico 14 –	Comparativo das necessidades para um melhor atendimento conforme a percepção dos usuários e dos ACS de Taperuçu.....	97
Gráfico 15 –	Comparativo das necessidades para um melhor atendimento conforme a percepção dos usuários e dos ACS de São João da Ponta.....	98
Gráfico 16 –	Comparativo das necessidades para um melhor atendimento conforme a percepção dos usuários e dos ACS de Mãe Grande de Curuçá.....	99
Gráfico 17 –	Comparativo da percepção dos usuários de Mãe Grande de Curuçá, Cupiúba, São João da Ponta e Taperuçu quanto à satisfação com os serviços de saúde prestados em suas respectivas Reservas.....	100

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Modalidades de áreas delimitadas na pesquisa.....	23
Quadro 2 –	Participantes da pesquisa distribuídos nos Assentamentos e Reservas Extrativistas.....	48
Quadro 3 –	Barreiras geográficas com as distâncias a partir UBS Cupiúba.....	60
Quadro 4 –	Barreiras geográficas com as distâncias a partir da UBS Taperuçu.....	64
Quadro 5 –	Barreiras geográficas com distâncias a partir da UBS Deolândia.....	68
Quadro 6 –	Barreiras geográficas com as distâncias a partir da UBS Mutucal.....	71
Quadro 7 –	Percepção comunitária sobre saúde pública em assentamentos rurais e Resex.....	101
Quadro 8 –	Percepção comunitária sobre a prestação dos serviços dos profissionais locais e gestores municipais em assentamentos rurais e Resex.....	102
Quadro 9 –	Barreiras ao acesso da população dos dois assentamentos e das duas Resex ao atendimento de saúde.....	105
Quadro 10 –	Respostas objetivas dos gestores dos quatro municípios em que os territórios pesquisados estão localizados.....	110
Quadro 11 –	Respostas subjetivas dos gestores dos quatro municípios em que os territórios pesquisados estão localizados.....	111

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Cobertura de atenção básica.....	18
Tabela 2 –	Painel de assentamentos no Pará.....	22
Tabela 3 –	Região de Saúde Metropolitana III – Morbidade feminina em 2022.....	28
Tabela 4 –	Total de óbitos da Região de Saúde Metropolitana III/ Estado do Pará – 2023.....	29
Tabela 5 –	Cobertura da atenção básica no Estado do Pará – comparativo 2020 a 2023.....	38
Tabela 6 –	Coberturas de agentes comunitários de saúde no Estado do Pará – janeiro a dezembro de 2020.....	38
Tabela 7 –	Caracterização do perfil dos usuários das UBS dos assentamentos rurais: A1 (Cupiúba) e A2 (Taperuçu), maio de 2023.....	73
Tabela 8 –	Problemas de saúde nos assentamentos rurais A1 (Cupiúba) e A2 (Taperuçu), maio de 2023.....	75
Tabela 9 –	Caracterização do perfil dos usuários das UBS das Resex R1 (Mutucal/Curuçá) e R2 (Deolândia/São João da Ponta), junho de 2023..	77
Tabela 10 –	Problemas de saúde nos assentamentos rurais R1 (Mutucal/Curuçá) e R2 (Deolândia/São João da Ponta), junho de 2023.....	80
Tabela 11 –	Aplicação de doses contra a <i>Covid-19</i> no Estado do Pará, dezembro de 2021.....	82
Tabela 12 –	Vacinação contra a <i>Covid-19</i> nos assentamentos Cupiúba e Taperuçu em 2021.....	82
Tabela 13 –	Equipe de atendimento em saúde dos assentamentos e Reservas Extrativistas.....	83
Tabela 14 –	Distância via terrestre para acesso a partir de 5 de Outubro.....	106
Tabela 15 –	Respostas objetivas dos comunitários da ocupação 5 de Outubro sobre a prestação dos serviços de saúde na comunidade.....	107
Tabela 16 –	Distância via terrestre para acesso a partir de Vera Cruz.....	108
Tabela 17 –	Respostas objetivas dos comunitários da ocupação Vera Cruz sobre a prestação dos serviços de saúde na comunidade.....	109
Tabela 18 –	Quantidade de procedimentos pactuados e realizados entre São Domingos do Capim, São João da Ponta e Curuçá com Castanhal na região de saúde Metropolitana III.....	120

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACA	Associação dos Caranguejeiros da Comunidade de Arapuri
ACAPA	Associação Raízes para o Futuro, Associação Comunitária Agropesqueira do Povoado de Algodal
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMAR	Associação das Marisqueiras na Área da Resex Mãe Grande de Curuçá
AMPRO	Associação dos Moradores e Parceiros do Recreio
APRAFCC	Associação dos Produtores Rurais na Agricultura Familiar da Colônia Cupiúba
APS	Atenção Primária à Saúde
AUREMAG	Associação dos Usuários da Reserva Extrativista Mãe Grande de Curuçá
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CF	Constituição Federal
CONFREM	Comissão Nacional para o Fortalecimento das Reservas Extrativistas
CPAO	Capitania dos Portos da Amazônia Oriental
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Ministério da Saúde
DESF	Departamento de Saúde da Família
DRSAI	Doenças Relacionadas ao Saneamento Inadequado
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPESPA	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Pará
ICMBio	Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade
ICS	Instituto de Ciências da Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
ITERPA	Instituto de Terras do Pará
MOCAJUIM	Associação dos Usuários da Reserva Extrativista Marinha de São João da Ponta
MPEG	Museu Paraense Emílio Goeldi
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Sem Terra
NAPRA	Núcleo de Apoio à População Ribeirinha

NUMA	Núcleo de Meio Ambiente
OM	Óbitos maternos
OOBr	Observatório Obstétrico Brasileiro
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Projetos de Assentamento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAE	Projeto de Assentamento Agroextrativista
PAF	Projeto de Assentamento Florestal
PCCU	Preventivo do Câncer de Colo Uterino
PDS	Projeto de Desenvolvimento Sustentável
PIB	Produto Interno Bruto
PNAISH	Política Nacional da Atenção Integral da Saúde do Homem
PNRA	Plano Nacional de Reforma Agrária
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PPGDSTU	Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido
PROADESS	Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
RESEX	Reservas Extrativistas
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SESPA	Secretaria Estadual de Saúde Pública
SNUC	Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UC	Unidade de Conservação
UFPA	Universidade Federal do Pará

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO REGIONAL DOS TERRITÓRIOS PESQUISADOS E O PANORAMA DO SISTEMA DE SAÚDE.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1</b>	<b>Modalidades dos Territórios pesquisados.....</b>	<b>21</b>
2.1.1	Assentamento Rural Federal.....	21
2.1.2	Assentamentos rurais informais (não legalizados) .....	23
2.1.3	Reservas Extrativistas.....	24
<b>2.2</b>	<b>Contextualização e aspectos gerais do sistema de saúde dos territórios pesquisados.....</b>	<b>26</b>
<b>2.3</b>	<b>Objetivos.....</b>	<b>29</b>
<b>3</b>	<b>BARREIRAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....</b>	<b>31</b>
<b>3.1</b>	<b>Contextos de limitação de acesso a serviços de saúde em diferentes regiões</b>	<b>33</b>
<b>3.2</b>	<b>A cobertura de saúde no contexto amazônico.....</b>	<b>36</b>
<b>3.3</b>	<b>Pesquisas e trabalhos sobre saúde pública nas Resex e assentamentos rurais.....</b>	<b>38</b>
<b>4</b>	<b>BASES TEÓRICAS DA AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....</b>	<b>41</b>
<b>5</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>45</b>
<b>5.1</b>	<b>Etapas da pesquisa.....</b>	<b>45</b>
<b>5.2</b>	<b>Locais da pesquisa.....</b>	<b>47</b>
<b>5.3</b>	<b>Participantes da pesquisa.....</b>	<b>47</b>
<b>6</b>	<b>DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIAIS E AMBIENTAIS DAS LOCALIDADES PESQUISADAS.....</b>	<b>49</b>
<b>6.1</b>	<b>Assentamento Federal de Cupiúba.....</b>	<b>49</b>
<b>6.2</b>	<b>Assentamento Federal de Taperuçu.....</b>	<b>51</b>
<b>6.3</b>	<b>Reserva Extrativista Mãe Grande de Curuçá.....</b>	<b>53</b>
<b>6.4</b>	<b>Reserva Extrativista de São João da Ponta.....</b>	<b>55</b>
<b>6.5</b>	<b>Assentamento informal de Vera Cruz (Curuçá).....</b>	<b>56</b>
<b>6.6</b>	<b>Assentamento informal de 5 de Outubro (Castanhal).....</b>	<b>57</b>
<b>7</b>	<b>RESULTADO DA PERCEPÇÃO DOS ACS, USUÁRIOS E GESTORES A RESPEITO DO ATENDIMENTO DE SAÚDE PÚBLICA DOS TERRITÓRIOS PESQUISADOS.....</b>	<b>58</b>
<b>7.1</b>	<b>Apresentação da estrutura de atendimento em Atenção Básica em Saúde nas localidades pesquisadas.....</b>	<b>58</b>
7.1.1	Assentamento federal de Cupiúba.....	58
7.1.2	Assentamento federal de Taperuçu.....	62
7.1.3	Reserva Extrativista de São João da Ponta.....	66
7.1.4	Reserva Extrativista Mãe Grande de Curuçá.....	70
<b>7.2</b>	<b>Perfil epidemiológico e a realidade dos principais agravos em saúde nas localidades pesquisadas.....</b>	<b>73</b>
<b>7.3</b>	<b>Plano Nacional de Vacinação contra Covid-19 e as populações inseridas na pesquisa.....</b>	<b>81</b>
<b>7.4</b>	<b>Resultados da percepção dos ACS dos territórios pesquisados.....</b>	<b>83</b>
<b>7.5</b>	<b>Resultados da percepção dos usuários da rede de saúde local residentes nas localidades levando em consideração as respostas dos ACS.....</b>	<b>96</b>
<b>7.6</b>	<b>A realidade dos assentamentos informais.....</b>	<b>105</b>
7.6.1	Ocupação 5 de Outubro.....	105
7.6.2	Ocupação Vera Cruz.....	107

7.7	<b>Posicionamento dos gestores acerca dos atendimentos de saúde prestados nos territórios de assentamentos rurais e Reservas Extrativistas em seus municípios.....</b>	109
8	<b>CONSIDERAÇÕES ACERCA DA REALIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DOS TERRITÓRIOS PESQUISADOS.....</b>	114
9	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	125
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	129
	<b>APÊNDICES.....</b>	139
	<b>APÊNDICE A – Autorização para atividades com finalidade científica.....</b>	140
	<b>APÊNDICE B – Autorização para atividades com finalidade científica.....</b>	143
	<b>APÊNDICE C – Levantamento de Informações relativas à caracterização de Assentamentos Rurais.....</b>	146
	<b>APÊNDICE D – Levantamento de informações relativas à caracterização de Reservas Extrativistas.....</b>	148
	<b>APÊNDICE E – Formulário de perfil epidemiológico da Unidade Básica de Saúde.....</b>	150
	<b>APÊNDICE F – Questionário 1 – Cobertura de atendimentos em saúde pública em assentamentos rurais.....</b>	152
	<b>APÊNDICE G – Questionário 2 – Cobertura de atendimentos em saúde pública em Reservas Extrativistas.....</b>	155
	<b>APÊNDICE H – Questionário 3 – Percepção comunitária sobre saúde pública em assentamentos rurais e Reservas Extrativistas.....</b>	158
	<b>APÊNDICE I – Questionário 4 – Informações dos gestores sobre a cobertura de saúde pública em assentamentos rurais e Resex.....</b>	161
	<b>APÊNDICE J – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – ACS.....</b>	163
	<b>APÊNDICE K – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Morador.....</b>	165
	<b>ANEXOS.....</b>	167
	<b>ANEXO A – Termo de anuência para coleta de dados em projeto de pesquisa..</b>	168
	<b>ANEXO B – Termo de anuência para coleta em projeto de pesquisa.....</b>	169
	<b>ANEXO C – Parecer substanciado do CEP.....</b>	170

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem o interesse de pesquisar a cobertura de saúde pública em assentamentos rurais e Reservas Extrativistas (Resex) no Nordeste Paraense, com o intuito de identificar e caracterizar as barreiras que impedem ou dificultam as populações desses territórios de acessar os serviços básicos de saúde. O propósito desta tese é oferecer contribuições do conhecimento das realidades e apontar alguns caminhos para o planejamento de ações e estratégias para uma efetivação mais equânime e democrática dos serviços públicos de saúde nos territórios da Amazônia.

A organização dos territórios rurais, nas regiões ocupadas e delimitadas pela política de reforma agrária no Brasil, especialmente na Amazônia, necessita de cobertura e da construção de políticas de saúde do campo. Como exemplo, destaca-se a construção da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (Pnsipcf), que expressa o desafio de garantir os princípios do Sistema Único de Saúde (sus) para essas populações, de forma a incluir suas peculiaridades e especificidades (Brasil, 2013).

Apesar de os primeiros programas de especialização em Medicina de família na América Latina terem sido desenvolvidos no México e no Brasil na década de 1970, as estruturas de saúde foram se concentrando nos ambientes urbanos, com poucas localidades rurais constando os serviços prementes em seus territórios. Essas experiências iniciais com a Medicina, voltadas para a saúde da família, multiplicaram-se com a Declaração de Alma-Ata, que proclamou a importância fundamental e estratégica da Atenção Primária à Saúde (Aps), conforme González. *et al.* (2018).

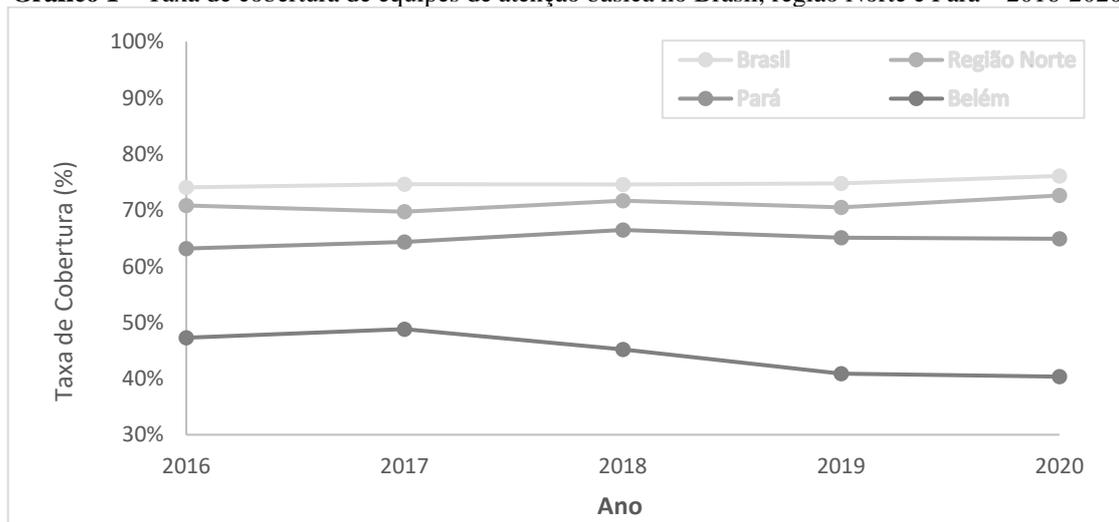
A cobertura de saúde nesses territórios pelas competências, geralmente, municipais, compreende a Atenção Básica em Saúde (ABS) que presta os atendimentos nas seguintes estratégias: controle da tuberculose; eliminação da hanseníase; controle da hipertensão; controle do diabetes; saúde bucal; saúde da criança; saúde da mulher; promoção da saúde; eliminação da desnutrição infantil; e saúde do idoso. Compreende, ainda, a existência da Política Nacional da Atenção Integral da Saúde do Homem (Pnaish), abarcando, entre outros aspectos, o combate ao tabagismo.

Para a definição do território de responsabilidade de cada equipe de saúde da família, é primordial que a gestão estabeleça:

[...] recomendação do parâmetro populacional de 1 equipe para 2.000 a 3.500 pessoas, que essas equipes conheçam o seu território de atuação e programem as ações de acordo com o perfil de morbidade e mortalidade, e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia, como os fatores ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais etc. (Brasil, 2018, não paginado).

Nesse sentido, em conformidade com o boletim de saúde levantado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Pará (Fapespa) em 2021, observou-se que houve um crescente aumento de cobertura nos últimos cinco anos, com destaque para as regiões de saúde do lago de Tucuruí, Marajó I, Metropolitana II e III, Xingu e Caeté<sup>1</sup>. Todas essas regiões de saúde ultrapassaram a cobertura de atenção básica acima de 60%. No entanto, constatam-se acentuadas diferenças regionais quanto à cobertura de atenção básica, uma vez que a cobertura no Estado é inferior à média nacional e à da região Norte.

**Gráfico 1** – Taxa de cobertura de equipes de atenção básica no Brasil, região Norte e Pará – 2016-2020



Fonte: Elaborado pelo autor com base em Saps/MS (2021).

**Tabela 1** – Cobertura de atenção básica

Competência	Brasil	Região Norte	Pará	Belém
2016	74,04%	70,83%	63,16%	47,29%
2017	74,63%	69,72%	64,33%	48,81%
2018	74,58%	71,67%	66,47%	45,18%
2019	74,76%	70,51%	65,10%	40,90%
2020	76,09%	72,61%	64,88%	40,35%
<b>Média período</b>	<b>74,82%</b>	<b>71,07%</b>	<b>64,79%</b>	<b>44,51%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Dab/MS (2022).

<sup>1</sup> As regiões de saúde do Estado do Pará são: Metropolitana I, Metropolitana II, Metropolitana III, Araguaia, Carajás, Tocantins, Rio Caetés, Xingu, Baixo Amazonas, Tapajós, Lago de Tucuruí, Marajó I e Marajó II.

Conforme se observa, o (Gráfico 1 e Tabela 1) demonstram uma cobertura no Estado do Pará inferior à média do restante do País; logo, constatamos que o acesso das populações aos atendimentos de atenção primária possui limitações, além da possibilidade de alguns atendimentos essenciais, no âmbito dessa competência, não serem disponibilizados pela ausência de estrutura e de profissionais.

Partiremos da análise documental sobre a cobertura de saúde das regiões pesquisadas e suas organizações territoriais e da participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Tendo em vista que os ACS desenvolvem um trabalho na zona rural, muitas vezes não contam com a equipe completa de atenção primária<sup>2</sup>, de certa forma isolada e pouco supervisionada. Em geral, relacionam-se apenas com o enfermeiro supervisor e não com toda a equipe, sinalizando baixa integração com a equipe e certa fragmentação nas suas práticas nas visitas domiciliares (Alonso; Beguin; Duarte, 2018), como a importância dos cuidados de saúde em áreas remotas, que ainda se constituem como um grande desafio à gestão, sobretudo pelas dificuldades de acesso geográfico e pelas problemáticas sociais e econômicas que atravessam as comunidades.

Mediante tal cenário, a pesquisa teve o intuito de obter as informações apresentadas nos resultados deste trabalho, reunindo informações da região pesquisada e propiciando conhecimento da cobertura de saúde pública, como constatado nos estudos anteriores de Silva, Sousa e Sant'Anna, (2014), que mostram a realidade da população ribeirinha, que vive em situações sanitárias precárias, em Igarapé-Miri (PA). No município, foram realizados exames de fezes e constatou-se uma taxa positiva de 94,5% para agentes parasitários, dos quais 57,17% verificaram biparasitários ou poliparasitários na amostra pesquisada, demonstrando, assim, a ausência de saneamento básico comum na Amazônia.

Além disso, outras dificuldades para a efetivação da cobertura de saúde pública na região também são relevantes, em especial no que se refere à formação de profissionais que, tipicamente, é voltada às áreas urbanas, à escassez de financiamento e à falta de planejamento adequado para o perfil social e epidemiológico, o que configura as particularidades de toda a região Amazônica (Albuquerque *et al.*, 2017).

Nesse processo de formação e atuação profissional das equipes, exemplificamos os achados do estudo de Souza e Shimizu (2021), no qual se verificaram as condições técnicas das

---

<sup>2</sup> A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabelece que a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (Esf) seja composta por: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS), acrescidos também de um cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

equipes de saúde da família sobre os procedimentos para atendimento em diversas regiões do País, sendo constatado que cerca de um quinto das equipes analisadas não detém protocolos de acolhimento no manejo de atendimento dos casos, considerando o processo de avaliação de risco e a vulnerabilidade relacionada aos agravos de cada região.

Na pesquisa, delimitamos o estudo de avaliação dos serviços de saúde pública prestados aos assentamentos rurais federais (PA), aos “assentamentos não legalizados” e às Resex, que estão, geograficamente, na área de cobertura da 3ª Regional de Saúde da Sesp. Esses territórios ficam em cidades da região de integração ou Microrregião do Guamá, situada no Nordeste Paraense. A razão desse recorte se dá pela cobertura da 3ª Região de Saúde, com informações e dados operados dentro do espaço dos municípios mencionados, e pelo fato de o arranjo individual dos municípios ter cooperação e atendimento sob a coordenação da referida Região de Saúde pública.

Foram identificadas as barreiras de acesso à assistência em saúde pública, tendo como referência os programas estabelecidos pela esfera federal de gestão e ordenados pelas esferas locais (gestões estaduais e municipais), constatando os problemas existentes num contexto amazônico, diferenciado de outras realidades do País, estabelecendo, portanto, um estudo dos aspectos mais abrangentes das coberturas de saúde locais e levando em consideração os processos, os produtos e os efeitos gerados pelas políticas e programas (Jannuzzi, 2019).

Mediante esse intuito, esta pesquisa busca apresentar informações e dados das localidades inseridas no projeto e, por conseguinte, oportunizar o conhecimento do nível de acesso que as populações dessas regiões têm para serem atendidas nos serviços de saúde local e na rede de referência que teriam direito pelo Sus.

## **2 CONTEXTUALIZAÇÃO REGIONAL DOS TERRITÓRIOS PESQUISADOS E O PANORAMA DO SISTEMA DE SAÚDE**

### **2.1 Modalidades dos Territórios pesquisados**

#### **2.1.1 Assentamento Rural Federal**

O assentamento rural é um conjunto de unidades agrícolas independentes entre si, instaladas pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incrá) ou pelo órgão regional ou estadual, como o Instituto de Terras do Pará (Iterpa) no Estado do Pará. O estabelecimento ocorre nas propriedades nas quais existia um imóvel rural, que pertencia a um único proprietário. Cada uma dessas unidades, chamadas de parcelas, lotes ou glebas, é entregue pelo Incra a uma família que participou da ocupação da terra ou foi inscrita no órgão que organiza a distribuição, comprovando a ausência de condições econômicas para adquirir e manter um imóvel rural por outras vias.

A quantidade de glebas num assentamento depende da capacidade de a terra comportar e sustentar as famílias assentadas. O tamanho e a localização de cada lote são determinados pela geografia do terreno e pelas condições produtivas que o local oferece.

Com a posse da propriedade, os trabalhadores rurais, que recebem o lote, comprometem-se a morar na parcela e a explorá-la para seu sustento, utilizando, exclusivamente, a mão de obra familiar. Geralmente, são ofertadas linhas de créditos e outros benefícios de apoio ao desenvolvimento das famílias assentadas (Incrá, 2019).

A escritura do lote não é recebida de imediato, uma vez que é estabelecido um período para os assentados e a terra estarem vinculados ao Incra. Desse modo, sem portar a escritura do lote em seu nome, os beneficiários não poderão vender, alugar, doar, arrendar ou emprestar sua terra a terceiros.

O Estado do Pará possui 1.132 assentamentos, com 247.410 famílias assentadas nas diversas regiões do seu território. Por ser um estado com uma extensa área territorial, o Pará tem quatro superintendências do Incra, de modo que nessas superintendências regionais, detêm-se a organização e o ordenamento das políticas territoriais de todos os assentamentos reconhecidos e outorgados pelo órgão federal.

**Tabela 2** – Painel de assentamentos no Pará

<b>Superintendência do Incra (Pará)</b>	<b>Nº de famílias assentadas</b>	<b>Nº de assentamentos</b>	<b>Área de assentamentos (ha)</b>
SR 01 – Belém	98.555	397	4.102.092,24
SR 30 – Santarém	53.676	155	8.067.852,18
SR 27 – Marabá	72.162	514	4.282.244,54
SR 31 – Altamira	23.017	66	6.367.481,11

**Fonte:** Incra (2023).

Nesse contexto, foram criados e reconhecidos mais de nove mil projetos de assentamento em todo o País (Tabela 2). A efetivação e o reconhecimento ocorrem pela publicação de Portaria em diário oficial, no qual constam a área do imóvel, a capacidade estimada de famílias, o nome do projeto de assentamento e os próximos passos que serão adotados para assegurar sua implantação.

Os tipos de assentamentos são os projetos de assentamento de reforma agrária, criados por meio de obtenção de terras pelo Incra, na forma tradicional, denominados Projetos de Assentamento (PA) e os ambientalmente diferenciados, denominados: Projeto de Assentamento Agroextrativista (Pae), Projeto de Desenvolvimento Sustentável (PDS) e Projeto de Assentamento Florestal (PAF) e os Projetos de assentamentos de reforma agrária reconhecidos pelo Incra, criados por outras instituições governamentais para acesso às políticas públicas do Plano Nacional de Reforma Agrária (PNRA).

O Pará é o estado brasileiro em que se concentra o maior número de PDS. Estes são Projetos de Assentamento estabelecidos para o desenvolvimento de atividades ambientalmente diferenciadas e dirigidos para populações tradicionais (ribeirinhos, comunidades extrativistas etc.).

Nessa realidade, existem, ainda, diversas propriedades ocupadas que configuram assentamentos, porém ainda não legalizadas pelos órgãos que regulamentam esses territórios. No Estado do Pará, a competência recai sobre o Iterpa. O (Quadro 1) ilustra as características dessas unidades que foram incluídas na pesquisa.

**Quadro 1** – Modalidades de áreas delimitadas na pesquisa

<b>Modalidade</b>	<b>Características</b>
Projeto de Assentamento Federal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtenção da terra, criação do Projeto e seleção dos beneficiários são de responsabilidade da União através do Incra;</li> <li>- Aporte de recursos de crédito de apoio à instalação e de crédito de produção de responsabilidade da União;</li> <li>- Infraestrutura básica (estradas de acesso, água e energia elétrica) de responsabilidade da União;</li> <li>- Titulação (concessão de uso / título de propriedade) de responsabilidade da União.</li> </ul>
Assentamentos rurais informais (não legalizados)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Áreas ocupadas há mais de cinco anos, configuradas pela condição das famílias, pela divisão das áreas de terras e pela organização social e reconhecimento legal como assentamento, necessitando de decisões judiciais e autorizações de órgãos como Incra e Iterpa.</li> </ul>
Reservas Extrativistas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecimento pelo Incra de áreas de Resex, como Projetos de Assentamento, viabilizando o acesso das comunidades que ali vivem aos direitos básicos estabelecidos para o Programa de Reforma Agrária;</li> <li>- A obtenção de terras não é feita pelo Incra, mas pelos órgãos ambientais federal ou estadual na criação das Resex.</li> <li>- Gestão compartilhada do território com Estado através do órgão ambiental e de outras instituições.</li> </ul>

**Fonte:** Incra (2023).

### 2.1.2 Assentamentos rurais informais (não legalizados)

Os assentamentos informais têm como característica principal a ausência de segurança da posse da terra dos ocupantes que habitam. De modo geral, são denominadas de ocupação, embora, na região Amazônica, seja comum a denominação de “assentamento”, tendo em vista que, nessas áreas, em sua quase totalidade, existem processos judiciais em busca da posse e do reconhecimento definitivo por parte dos órgãos que regulamentam tais territórios, como o Iterpa e o Incra.

Historicamente, a região Amazônica tem muitos problemas quanto à regularização fundiária: terras com documentos fraudados e processos de grilagem<sup>3</sup> são comuns na região. Nesse contexto, foram registrados diversos conflitos e mortes que ocorrem até os dias atuais, como o mais emblemático em Eldorado dos Carajás, em 1996. Assim, os direitos fundiários na Amazônia são complexos e atrapalham o avanço das políticas de desenvolvimento regional,

<sup>3</sup> No Brasil, grilagem de terras é a falsificação de documentos para, ilegalmente, tomar posse de terras devolutas ou de terceiros, bem como de prédios ou prédios indivisos.[1] O termo também designa a venda de terras pertencentes ao poder público ou de propriedade particular mediante falsificação de documentos de propriedade da área. O agente de tal atividade é chamado grileiro (Prieto, 2017).

seja no campo econômico ou de gestão ambiental, permitindo, desse modo, a ocorrência de conflitos sociais e o comprometimento dos direitos das populações locais (Fischer, 2014).

Essas populações locais sofrem com a ausência de infraestrutura básica de cobertura de serviços de saúde, educação, transportes e assistência social. Com essa configuração, podemos inferir que elas se encontram, em situação socioespacial, sem condições de acessar, satisfatoriamente, as mínimas condições de bem-estar social, sofrendo, muitas vezes, uma “desvantagem” desproporcional em razão de sua identidade, representadas, fisicamente, em contextos sociais locais com sua identificação associada pela presença de assentamentos informais na região onde habitam (Fincher; Iveson, 2008).

Em vista disso, esses espaços teriam a finalidade de garantir a sobrevivência de famílias através da produção agrícola e, ao mesmo tempo, garantir a preservação ambiental das áreas ocupadas. Porém, em muitas dessas áreas, registram-se degradações ao meio ambiente e conflitos e episódios de violência pela posse da terra, contextualizando contradições e ambiguidades que atravessam décadas, remontando à política imperial de terras (Santoro, 2017; Machado, 2011).

Nessas ocupações, é comum a ausência de escolas e unidades de saúde, isso porque são áreas que ainda não têm definição da legalidade jurídica, tendo como justificativas da não implantação definitiva de um assentamento fatores como ausência de recursos financeiros e humanos, inconsistências nas matrículas das terras, dificuldades de coordenação política, de planejamento e gestão e disputas judiciais. Observam-se, também, diversas incidências de conflitos nessas áreas, expansão do desmatamento, disseminação de novas ocupações próximas às existentes, visando à titulação futura (Esteves, 2011; Lipscomb; Prabakaran, 2020).

### 2.1.3 Reservas Extrativistas

As Resex foram introduzidas pela Lei nº 9.985, de 18 de julho de 2000 (Brasil, 2000) – que criou o Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza (Snuc), por sua vez, regulado pelo Decreto nº 4.340, de 22 de agosto de 2002 (Brasil, 2002). Elas são áreas reconhecidas pelo Incra, administradas pelo órgão ambiental correspondente: se lei federal, a responsabilidade será do Instituto Chico Mendes (Icmbio); se lei estadual ou municipal, será responsabilidade do órgão ambiental do estado ou município.

O projeto das Resex tem como objetivo desenvolver e testar abordagens apropriadas de gestão social, econômica e ambiental, baseadas no refinamento do conhecimento e das práticas tradicionais das populações locais. As unidades de conservação são geridas por um conselho

gestor, presidido pelo órgão responsável por sua administração e constituído por representantes de órgãos públicos, de organizações da sociedade civil e das populações tradicionais residentes na área da reserva, desempenhando, dessa maneira, uma gestão participativa e conforme as normatizações constantes no ato de criação das Resex. Por intermédio desse conselho, são aprovados os planos de manejo das Reservas Extrativistas.

Como uma unidade de uso sustentável, a economia gerada numa Resex não pode ser de grande escala, capaz de concorrer com mercados, mas voltada à sustentabilidade da população tradicional residente. Na realidade do Estado do Pará, existem 23 Reservas Extrativistas, somando uma área de 4.556.005,3 ha.

Em vista disso, a intenção é conhecer a realidade no momento da pesquisa sobre os territórios das Resex que possuem esses arranjos de gestão, o que possibilita compreender a relação entre as políticas de saúde nacionais, estaduais e locais desenvolvidas. Desse modo, é possível conhecer a aplicação das políticas públicas de saúde planejadas em nível nacional sendo desenvolvidas em territórios com particularidades de gestão social na Amazônia.

Para alguns autores, a situação das Reservas Extrativistas tem aspectos controversos e heterogêneos, ou seja, a realidade delas depende das condições das relações que se constituem para as suas gestões e dos aspectos econômicos, culturais e sociais. Além disso, a forma como as atividades produtivas são condicionadas depende do nível de exploração dos recursos naturais e da degradação ambiental das unidades de forma a se constatar a situação particular de cada Resex (Newton; Peres, 2011; Freitas; Silva; Rodrigues, 2016).

Para esses autores, que se aprofundaram em estudos dessa temática, inclusive na Amazônia, o apontamento para a ineficiência do modelo de gestão das Resex está, justamente, na forma estabelecida na condução das políticas de acompanhamento e fiscalização dos órgãos ambientais, com as normas estabelecidas na legislação que favorece uma relação autocrática, e, frequentemente, na ausência de conexão dos atores locais no que diz respeito aos projetos e aos programas que deveriam ser implementados nesses territórios (Freitas, 2018).

No entanto, tem autores que apontam as limitações do contexto em que essas unidades estão inseridas e as dificuldades de acesso que as populações desses territórios têm para terem melhores condições para a vida das pessoas que nelas habitam “[...]Todas as Resex criaram associações e/ou cooperativas, mas as dificuldades de acesso a recursos em geral e, em particular, ao destinado à atividade produtiva e o esforço de se chegar à sustentabilidade têm restringido muito a possibilidade do desenvolvimento local, endógeno” (Simonian, 2018, p. 133).

## 2.2 Contextualização e aspectos gerais do sistema de saúde dos territórios pesquisados

O interesse deste estudo é caracterizar as barreiras que afetam o acesso aos serviços de saúde em grupos populacionais que residem em assentamentos rurais e Reservas Extrativistas. Com a perspectiva de verificar a existência de exclusão social, configurada pela baixa oferta de serviços, a ausência de infraestrutura nas localidades e as dificuldades de acesso aos serviços básicos e a tratamentos referenciados, evidenciamos alguns conceitos como o de exclusão social e alguns apontamentos da realidade de acesso a esses serviços na região pesquisada.

A referência à exclusão social passou a ser usada para denominar o fenômeno que indicasse uma “nova questão social” (Rosanvallon, 1995; Castel, 1998), em especial dentro da realidade do final de século XX, com a crise das questões salariais como mecanismo de inserção social. A condição da exclusão se trata de um fenômeno contemporâneo de um processo com raízes históricas na sociedade brasileira, tendo como exemplo mais significativo o estabelecimento e a manutenção da escravidão.

Tais processos de exclusão têm condições de multidimensionalidade dos processos que extrapolam os limites locais de reconhecimento das condições de privação social, vivenciadas pelos sujeitos em determinados territórios, de forma que aquilo que particulariza cada fenômeno de exclusão é o caráter fragmentado das lutas sociais em processos reivindicatórios específicos, que necessitam ser ressignificados por novos sentidos globais (Bauman, 2005; Sarlo, 2005).

Na década de 1990, acentuaram-se, no Brasil, os sinais evidentes de uma piora das condições de vida. A exclusão social tornou-se visível, pois além da contundente constatação de aumento da população de rua, como também da violência urbana, todas essas problemáticas resultam das condições econômicas dos grupos populacionais (Nascimento, 1993).

Essas condições tornam-se perceptíveis a partir do descumprimento dos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal (CF) de 1988. Silva e Sant’Anna (2014) enfatizam algumas barreiras que as famílias enfrentaram nas localidades rurais pesquisadas para acessar os serviços de saúde: a deficiência nos serviços de transporte público; a distância das unidades de saúde e de hospitais; e toda a condição socioeconômica desfavorável (evidenciadas pela baixa renda e escolaridade).

Nesse ínterim, urge contextualizar a falta de acesso aos serviços de saúde como uma forma de ser excluído de direitos básicos, que a população espera que estejam disponíveis quando necessitarem. Diante disso, observou-se, neste estudo, a dificuldade de acesso da população ao profissional médico durante todos os horários de funcionamento da unidade de

saúde, mais acentuadamente nas regiões Norte e Nordeste, o que também foi identificado em outros estudos para dimensionar a força de trabalho do médico no Brasil.

A saúde tem um valor na dimensão integrante do ser humano e no seu bem-estar, posto que é a partir dela que se alcança o equilíbrio para aspectos psicológicos, educacionais, sociais, laborais, ambientais etc. Desse modo, as barreiras que impedem o cidadão de usufruir dos serviços que lhe assegurem o seu bem-estar acabam por dificultar o desenvolvimento rural, contribuindo com os processos de exclusão que resultam na pobreza rural e no consequente distanciamento dos direitos fundamentais do cidadão, além de mantê-los.

Com a noção de que o acesso à saúde é um aspecto que coopera com o desenvolvimento humano, temos uma realidade de populações com uma caracterização de má distribuição de renda na Amazônia, destacando-se os dados do Estado do Pará, levando em conta que as populações mais pobres dependem, exclusivamente, do acesso ao Sistema Único de Saúde (Sus).

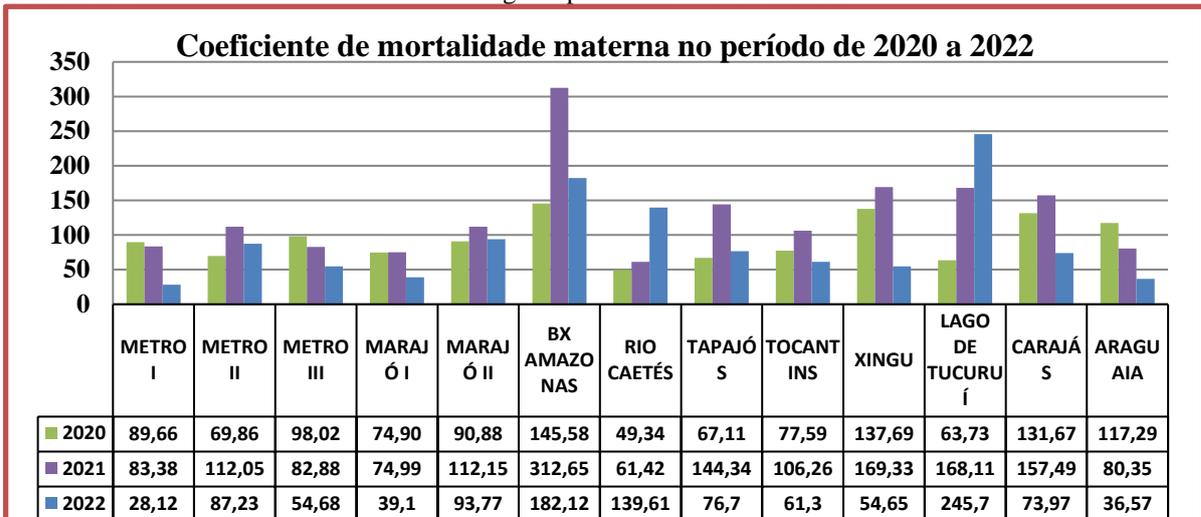
Entre 2010 e 2022, o Pará teve um crescimento no Produto Interno Bruto (Pib), mas foi o terceiro estado da região Norte com o maior percentual de população extremamente pobre, apresentando, também, já em 2022 o 5º pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado, com uma taxa de 0,690 segundo o IBGE e tendo uma das maiores taxas de desflorestamento da Amazônia no mesmo período (IBGE, 2023).

Os indicadores de saúde no Pará ainda são preocupantes, embora doenças possam ser prevenidas na complexidade primária da saúde pública. O coeficiente de mortalidade infantil foi de 14,67 por 1.000 nascidos vivos em 2021, enquanto a taxa de internação por Doenças Relacionadas ao Saneamento Inadequado (Drsai) foi de 54,92 por 1.000 habitantes em crianças de até cinco anos. Quanto à expectativa de vida no Estado do Pará no ano de 2022, foi de 79 anos para as mulheres e 72 para os homens (IBGE, 2022).

Em atenção à saúde da mulher, levantamos os dados referentes à mortalidade e à morbidade com as incidências nas microrregiões do Estado do Pará. A partir do Gráfico 2 e das Tabelas 3 e 4, verificamos que, no intervalo de 2020 a 2022, algumas regiões como a do baixo Amazonas e a do Lago de Tucuruí apresentaram índices elevados nesse intervalo, cujos anos de 2020 e 2021 tiveram uma incidência maior de mortalidade seguindo uma tendência dos dados do Brasil<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Registros apontam que, em 2021, a razão de mortalidade materna foi de 107.53 para cada 100 mil nascidos vivos. Em 2019, ano anterior à pandemia, era de 55.31. Dados foram mapeados pelo Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr).

**Gráfico 2** – Mortalidade materna nas microrregiões paraenses de 2020 a 2022

Fonte: Sespa/Pará (2023).

Importante destacar os dados dos municípios que compõem a Região Metropolitana III de cobertura de saúde pública no Estado do Pará (Castanhal, Inhangapi, Igarapé-Açu, Curuçá, Maracanã, Marapanim, Magalhães Barata, São Francisco do Pará, São Domingos do Capim, São João da Ponta, Terra Alta, São Miguel do Guamá, Aurora do Pará, Capitão Poço, Dom Eliseu, Garrafão do Norte, Ipixuna do Pará, Irituia, Mãe do Rio, Nova Esperança do Piriá, Paragominas e Santa Maria do Pará), visto que os territórios pesquisados aqui estão nessa região de cobertura de saúde pública; essa ênfase se dá pelo fato de as áreas pesquisadas estarem nessa região de saúde. Mediante os dados, percebemos que, no registro de doenças, em um período de um ano, alguns agravos merecem preocupação, como doenças do aparelho digestivo, do aparelho geniturinário e doenças infecciosas parasitárias (Tabela 3).

**Tabela 3** – Região de Saúde Metropolitana III – Morbidade feminina em 2022

Morbidade	Quantidade
Doenças do aparelho circulatório	985
Doenças do aparelho respiratório	1.753
Doenças do aparelho digestivo	2.216
Doenças do aparelho geniturinário	2.046
Doenças endócrinas (diabetes)	535
Doenças infecciosas parasitárias	3.407
Doenças infecciosas intestinais	391
Outras doenças bacterianas	733
Outras doenças virais	1591
Neoplasias (tumores)	961

Fonte: Ministério da Saúde (SIH/Sus) (2022).

Também observamos a mortalidade geral na região de saúde Metropolitana III e verificamos que as cinco causas de mortes predominantes foram as doenças cerebrovasculares, diabetes *mellitus*, infarto agudo do miocárdio, homicídios e pneumonias.

**Tabela 4** – Total de óbitos da Região de Saúde Metropolitana III/ Estado do Pará – 2023

<b>Causas do óbito</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
1º Doenças cerebrovasculares	182	9,4%
2º Diabetes <i>mellitus</i>	122	6,3%
3º Infarto agudo do miocárdio	122	6,3%
4º Homicídios	120	6,2%
5º Pneumonias	107	5,5%
6º Acidentes de trânsito	83	4,3%
7º Doenças hipertensivas	66	3,4%
8º Causas perinatais	63	3,3%
9º Bronquite, enfisema, asma	51	2,6%
10º Septicemia	36	1,9%
11º Insuficiência renal	36	1,9%
12º Insuficiência cardíaca	32	1,7%
13º CA pulmão	30	1,5%
14º Aids	29	1,5%
15º CA estômago	28	1,4%
16º Outros tipos de acidentes	25	1,3%
17º Cirrose e doenças crônicas do fígado	21	1,1%
18º CA próstata	18	0,9%
19º Suicídios	18	0,9%
20º CA mama	17	0,9%
Demais causas de morte	577	29,8%
Causa mal definida	155	8,0%
<b>Total</b>	<b>1.938</b>	<b>100,0%</b>

**Fonte:** Datasus/MS/Sistema de Mortalidade (2024).

### 2.3 Objetivos

O Objetivo geral dessa Tese foi identificar e avaliar a existência de barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde existentes nos assentamentos rurais e nas Reservas Extrativistas na microrregião do Guamá no Nordeste Paraense.

A partir do objetivo mais amplo já mencionado, tivemos os objetivos específicos para observarmos uma abrangência maior de conhecimento das problemáticas envolvidas nos

territórios pesquisados, e buscamos caracterizar as barreiras de acesso aos serviços de saúde existentes em cada localidade, observando as diferenças na promoção de serviços públicos de saúde nos territórios delimitados no projeto.

Também foi constatada a existência e o nível de exclusão social a partir da comprovação de barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde por parte dos cidadãos que residem nesses territórios e foram avaliadas as realidades das estruturas de saúde local, na geração dos serviços públicos de saúde, mediante a verificação da existência e dos níveis de imposição das barreiras de acesso aos referidos serviços públicos de saúde.

Obtivemos os indicadores de saúde no nível da cobertura de atenção básica dos assentamentos e Reservas Extrativistas inseridos na pesquisa e fizemos comparações do perfil epidemiológico e dos principais agravos notificados nas unidades de saúde dos assentamentos e Reservas Extrativistas dessa pesquisa.

Para o alcance desses objetivos, foram prospectados dados que construíram um conjunto de evidências que serviram para confirmar as seguintes hipóteses: a primeira tinha a suposição de que as diferenças que envolvem os territórios pesquisados, confirmadas na rotina dos prestadores dos serviços de saúde nos assentamentos e nas Reservas Extrativistas, são responsáveis pela construção de barreiras políticas, culturais e sociais de acesso aos serviços de atenção básica de saúde; a segunda presumia que a existência de barreiras políticas e institucionais que dificultam o acesso à assistência à saúde em assentamentos, legalizados e não legalizados, se apresentam de maneira diferente das barreiras políticas e institucionais identificadas nas Reservas Extrativistas pesquisadas nesse trabalho de pesquisa.

### 3 BARREIRAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os sistemas de saúde pública são planejados para corresponder ao favorecimento do exercício da cidadania das populações, ao passo que a construção da rede de atendimento deve suprir as demandas operacionalizadas pela condição de oferta dos serviços, sobretudo, em nível local, especificamente com os serviços disponibilizados para as comunidades rurais, cujas dificuldades para a prestação dos atendimentos são maiores.

Definir as barreiras de acesso, nesse contexto, remonta às possibilidades que se têm de receber os atendimentos de assistência à saúde. O conceito origina-se a partir da referência ao acesso mais no campo sociológico no que diz respeito ao conceito de barreiras atitudinais, que podem ser definidas como os meios que dificultam o acesso de pessoas com deficiências a diferentes locais. Aqui, no entanto, não nos referimos à inexistência de acesso físico, mas, sim, de existirem atitudes de preconceito ou de não inclusão dessas pessoas aos serviços que estas precisam para serem atendidas (Lima, 2008).

De acordo com Lima (2022), a questão da acessibilidade aos serviços de saúde é um tema complexo e diversificado. Apesar das diferentes definições, é primordial compreender os fatores que interferem na capacidade de as pessoas receberem os cuidados adequados e de qualidade, em conformidade com suas necessidades e no momento certo. Para o autor, o acesso pode ser entendido como a facilidade de os usuários obterem cuidados de saúde quando necessário, a disponibilidade de recursos em determinado tempo e local e a capacidade de o usuário perceber, buscar e usar os serviços de saúde.

É evidente que garantir o acesso aos serviços de saúde é um desafio ainda mais significativo para as populações rurais, exigindo políticas de saúde específicas. Esse desafio é, particularmente, evidente na região Amazônica, conforme o texto de Lima (2022), devido às suas características geográficas, climáticas, populacionais e de infraestrutura insuficiente, que agravam as desigualdades no acesso à saúde.

A qualidade do acesso aos serviços de saúde é apresentada na literatura em alguns trabalhos como o de Oliveira, Duarte, Pavão e Viacava, (2019) com a categorização de barreiras de acesso, dentre as quais, destacam-se: acessibilidade geográfica; disponibilidade dos serviços ofertados; viabilidade; e aceitabilidade. Nesta pesquisa, propomo-nos a investigar a acessibilidade geográfica nos assentamentos rurais e nas Resex, localidades constituídas, tipicamente, distantes dos centros urbanos. Observaremos, nelas, a distância dos serviços de assistência à saúde, assim como a localização destes concernente à habitação dos usuários.

A questão da localização geográfica, nessas localidades rurais, influencia a ausência de profissionais disponíveis para atuar nessas regiões. Em alguns estudos, observou-se a dificuldade de acesso da população ao profissional médico durante os horários de funcionamento das unidades de saúde, mais acentuadamente nas regiões Norte e Nordeste, característica que também se identifica em outros estudos para dimensionar a força de trabalho do médico no Brasil (Figueiredo; Shimizu; Ramalho, 2020).

Tal aspecto se evidencia até pela estruturação dos serviços, sobretudo pelo fato de a referência em saúde se concentrar nos centros urbanos, restando, dessa maneira, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) dispostas em algumas localidades rurais.

Para Kulig *et al.* (2008), os problemas de acesso aos serviços, nas localidades rurais, pautados, unicamente, pela distância, são insuficientes, sendo necessário associar localização geográfica a características da comunidade, ou seja, a cultura envolvendo os hábitos de cuidados com a saúde, a disponibilidade de recursos humanos e os atributos da prática profissional, como as práticas avançadas da Enfermagem que, em muitos casos, superam as ausências de especialistas e estrutura de diagnóstico.

Uma dimensão de interesse, na busca da constatação da existência de barreiras de acesso aos serviços de saúde, é a disponibilidade, isto é, a existência e a oferta dos serviços que estejam ao alcance das comunidades. É interessante perceber de que forma tais serviços são ofertados e como está a estruturação deles, envolvendo não apenas os profissionais alocados, mas também os equipamentos, os insumos e os medicamentos disponibilizados.

Alguns estudos relacionam as dificuldades comuns para a utilização dos serviços de saúde pelas populações rurais no Brasil, mesmo quando residentes de municípios urbanos ou quando vivem em municípios do interior (Silveira, 2013; IBGE 2017). A expansão da Estratégia Saúde da Família, porém, enfrenta parte do problema, apesar de ser, praticamente, a única garantia do mínimo de atendimento possível à população.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019), a proporção de moradores com domicílios cadastrados em unidades de saúde da família é de 62,6%; desse total, 78,9% residem em área rural e 59,8% na área urbana. A extensão de cobertura, no entanto, pode esconder barreiras de acesso, como a concentração das equipes na sede dos municípios com essa predominância, além das barreiras geográficas.

Em alguns estudos, como o levantamento de indicadores do Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (Proadess), elucidou-se a ausência de outros profissionais de saúde, como nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, odontólogos, dentre outros, nas regiões pesquisadas, acentuando essa ausência nas regiões Norte e Nordeste. Na grande maioria

dessas localidades, somente a equipe básica de Atenção Primária em Saúde (enfermeiro, técnico em enfermagem, agente comunitário de saúde) foi identificada, exceto o médico, que não está em todas as localidades.

Um aspecto importante a ser observado é a dificuldade de acesso aos meios de comunicação, principalmente à Internet. Em estudos recentes sobre o impacto da ocorrência de *Covid-19* em populações rurais, as equipes de atenção primária têm encontrado dificuldade quanto ao uso de ferramentas digitais para se ter a continuidade do cuidado por meio do uso de comunicação remota.

[...] Equipes de saúde rurais têm sido bem-sucedidas nessas ferramentas, possibilitando também a longitudinalidade. Contudo, localidades remotas têm maiores dificuldades, como instabilidade de telefone/Internet e realização de visitas domiciliares. Barreiras de acesso digital têm sido superadas, por exemplo, pelo contato por rádio e participação das lideranças comunitárias na organização do cuidado [...] (Floss *et al.*, 2020, p. 3).

Nesse cenário de uma realidade de dificuldades de acesso aos serviços de saúde pública, pesquisaremos os locais estabelecidos na nossa pesquisa, além de verificar a disponibilidade desses profissionais, insumos, equipamentos e tecnologias disponíveis, representando, assim, uma condição de barreiras de acesso ou não aos serviços de atenção básica em saúde.

### **3.1 Contextos de limitação de acesso a serviços de saúde em diferentes regiões**

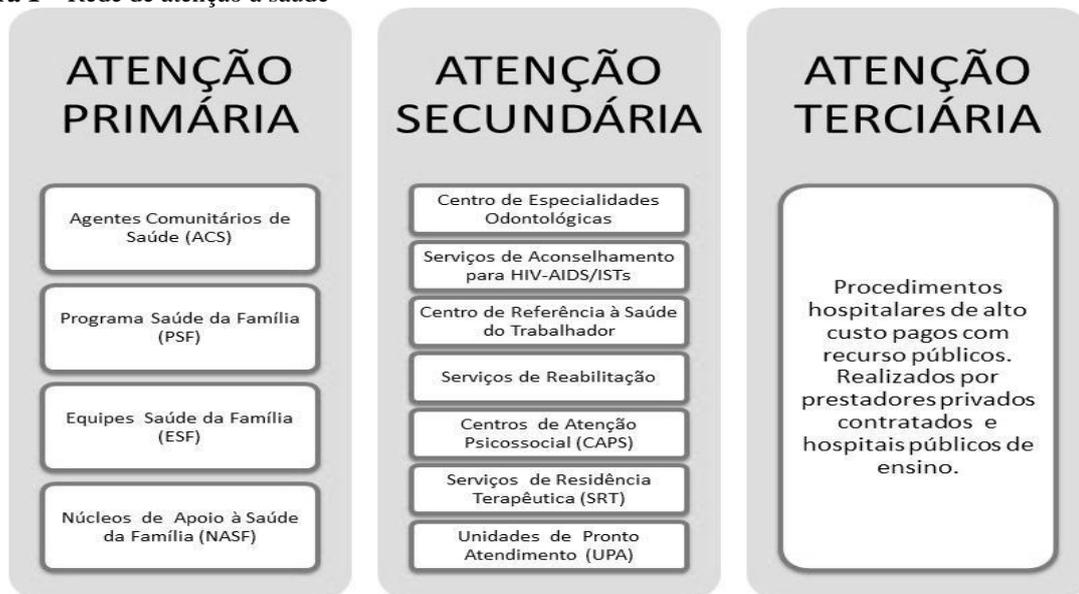
A atenção básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão local, com os atendimentos realizados pelas equipes de saúde e dirigidas à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Pnab, 2017).

O contexto da dificuldade de acesso aos serviços de saúde não é exclusivo do Brasil, visto que, na América do Sul, especificamente na Colômbia, em um estudo realizado em Medellín, apontam-se dificuldades similares à nossa realidade brasileira. No que concerne ao acesso para instituir os determinantes das barreiras aos serviços, destacam-se:

[...] a proximidade geográfica dos fornecedores de serviços, seguros, capacidade instalada, a qualidade dos serviços, taxas moderadoras, a falta de informação por parte do paciente, aspectos culturais, a oportunidade na atenção, os procedimentos administrativos e o fornecimento de medicamentos especializados (Restrepo-Zea; Silva-Maya; Andrade-Rivas; VH-Dover, 2014).

Para entender essa realidade, devemos observar a organização dos níveis de atenção à saúde, que ordena o acesso aos serviços e está estruturada para facilitar a programação e o planejamento de suas ações. Entretanto, não há sobreposição de relevância entre eles, pois esse modelo visa à integralidade da atenção e é, portanto, complementar. É prioridade que todos os municípios tenham a atenção básica, enquanto a de média e a de alta complexidade podem existir conforme o porte do município, como também com as pactuações regionais para estruturação nesses níveis de atenção (Figura 1).

**Figura 1** – Rede de atenção à saúde



**Fonte:** Brasil (2017).

Nesse contexto, importantes estratégias foram criadas no Brasil, como o Programa nacional de ACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde<sup>5</sup> (Pacs), que data de 1991, idealizadas com base nas experiências isoladas anteriores ao SUS e experimentadas nos Estados do Paraná, Mato Grosso do Sul, Ceará, dentre outros (Viana; Dal Poz, 2005).

As populações rurais, maiormente as que vivem em assentamentos e Reservas Extrativistas, precisam de políticas responsáveis para receber ações de promoção à saúde, de

<sup>5</sup> Programa de Agentes Comunitários de saúde (Pacs) foi criado em junho de 1991, pelo Ministério da Saúde (MS), visando contribuir para uma melhor qualidade de vida. As ações desse programa se dão pela atuação dos Agentes comunitários de Saúde (ACS) (Brasil, 2002).

prevenção de doenças, de tratamento, de reabilitação, de proteção e de condições ambientais favoráveis para a manutenção de suas sobrevivências, como determina a Resolução CD53.R14, de 2014, da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), que trata desses direitos.

O funcionamento dos serviços de saúde e a condição de acesso a eles, pelas populações em diferentes territórios, constituem aspectos de cidadania. As ofertas de serviços devem ser sustentáveis para suprir, gradativamente, as necessidades da população, oferecendo uma cobertura mínima para a realização dos atendimentos, financiamento e recursos suficientes e equipe profissional, formada por aqueles que tenham capacidade para eliminar as barreiras de acesso ao atendimento e ao cuidado à saúde integral com equidade (França; Modena; Confalonieri, 2016).

Nas avaliações de resultados, problemas como falhas de planejamento, deficiências de recursos, adesão de equipes aos serviços e disputas políticas são recorrentes, de tal modo que a efetivação desses serviços não alcança os resultados almejados, como se um “tratamento” correto não fosse aplicado, conforme evidencia Patton (1997). Esse contexto detém problemas multideterminados que requerem intervenções complexas e avaliações compreensivas com captação de informações abrangentes dos programas com os diferentes sujeitos e agentes envolvidos (Jannuzzi, 2019).

Na Amazônia, a hanseníase ainda é um problema grave de saúde pública, com a ocorrência frequente de casos novos nas regiões. No ano 2022, foram notificados no Brasil mais de 17,2 mil novos casos de hanseníase, e o Pará foi o estado que apresentou a situação mais preocupante, sendo notificadas 1.329 ocorrências (Brasil, 2023).

A tuberculose e a malária, do mesmo modo, são doenças de ocorrência comum no Norte do País. A ocorrência de malária, na região Amazônica, é influenciada pelo processo desordenado de urbanização e ocupação territorial, bem como pelos movimentos de valorização cíclica de atividades extrativistas e de mineração, problemas também relacionados à estruturação dos atendimentos e serviços locais de saúde pública (Brasil, 2013).

Algumas problemáticas, quanto ao acesso aos serviços de saúde, são repetitivos em todo País, de forma acentuada em localidades rurais com os seguintes problemas: necessidade de ampliação da oferta de serviço nas diferentes comunidades; má distribuição das UBS ao longo do território; barreiras arquitetônicas; limitação na estrutura física das UBS, que dificulta a utilização dos serviços, em especial, para pessoas com dificuldade de mobilidade; inexistência ou baixa qualidade do acolhimento dos usuários que necessitam dos serviços; restrições e baixa oferta para o agendamento de atendimentos; e longo tempo de espera entre o agendamento e o atendimento (Vasconcelos; Pagliuca 2006; Souza, 2008; Oliveira, 2012; Campos, 2014).

Quanto à saúde feminina, Correa *et al.* (2012) e Laganá *et al.* (2013) reforçam que o crescimento do câncer uterino é considerado um problema grave em nosso País, por isso reiteram a necessidade de haver mais investimentos públicos voltados para a saúde e educação. Assim, ressalta-se a importância de ações preventivas que estimulem a mulher a realizarem exames, como o Preventivo do Câncer de Colo Uterino (PCCU).

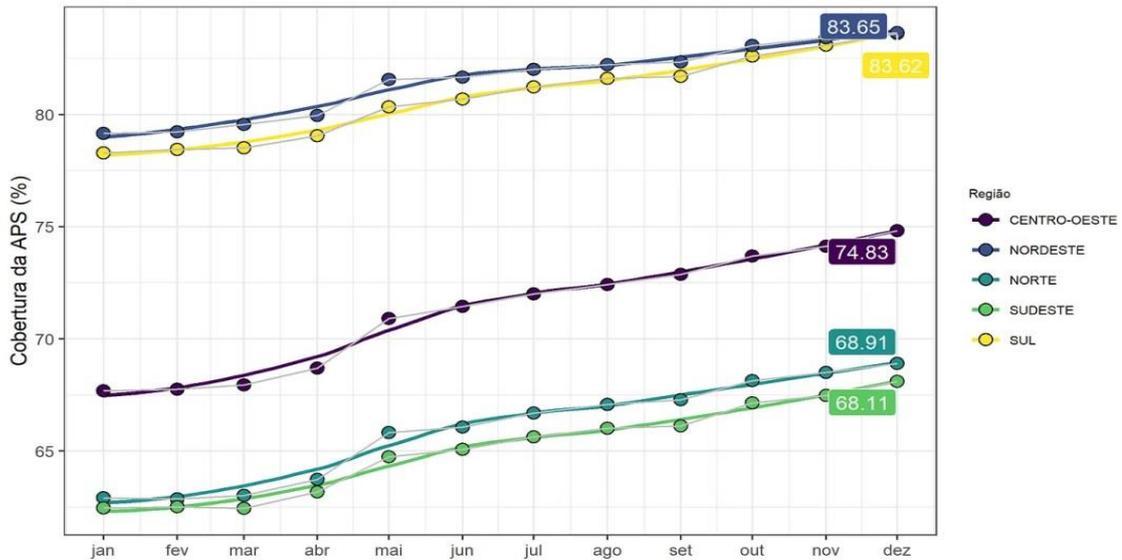
As distâncias também servem como barreiras e motivo para a prestação precária de atendimentos em áreas de Reservas Extrativistas, como no caso de assentamentos na área da reserva Chico Mendes no Acre. Os atendimentos são, de modo geral, sazonais: uma vez na cheia do inverno, precisamente no mês de março, dos profissionais vindos do município de Rio Branco, e o segundo ocorre no mês de agosto, quando os profissionais de saúde vêm do município de Xapuri (Souza, 2012).

As condições de acesso à saúde na região Norte configuram os piores índices de utilização dos serviços de saúde no País, enfrentando baixa disponibilidade de médicos (1/1000 habitantes), sete vezes menor do que a encontrada nas capitais do Sul do País (7,1/1000), provocando, assim, dificuldades de acesso aos atendimentos (Stopa, 2017). Essa realidade é constatada pela concentração dos serviços e dos profissionais nas regiões metropolitanas, ao passo que, nas populações rurais, caracterizam-se pela baixa disponibilidade destes.

### **3.2 A cobertura de saúde no contexto amazônico**

Existem estudos que apontam a deficiência de estrutura em se tratando de cobertura de saúde no meio rural, de modo que se observou que em países em desenvolvimento os serviços são concentrados nos grandes centros urbanos (Coimbra, 2018). Não obstante a expansão da APS no território nacional, o Brasil ainda registra forte desigualdade socioespacial na oferta de serviços, equipamentos e profissionais, evidenciando-se, ainda, que os indicadores do meio rural contribuem para a dívida de universalidade em saúde no País, mormente, na Amazônia.

Quanto à cobertura de atenção primária nas regiões brasileiras até dezembro de 2022, segundo dados do Datasus (2023), as regiões brasileiras com a maior cobertura são o Nordeste, com 83,65%, e a região Sul, com 83,62% de cobertura. No Centro-Oeste, a cobertura ficou em 74,83%, ao passo que no Norte a cobertura de atenção primária foi de 68,91%, e no Sudeste, 68,11%. Naquelas que possuem as menores coberturas, as microrregiões mais “descobertas” foram o Norte do Pará, Noroeste e Sudoeste do Amazonas e o Sudoeste do Acre; por seu turno, na região Sudeste, as baixas coberturas estão no interior de São Paulo.

**Gráfico 3** – Cobertura estimada da APS por grandes regiões no Brasil – janeiro a dezembro de 2022

Fonte: e-Gestor/AB (2022).

Para entender melhor essa realidade, é importante ressaltar que essa maior cobertura se refere à quantidade de pessoas cadastradas por esquipes da ESF, levando em consideração as populações dos municípios. Por sua vez, quando se analisam as médias de cadastros em números totais, o Estado de São Paulo possui a melhor cobertura com uma média de 2.783 pessoas por equipes de saúde da família. Quanto ao Estado do Pará, a cobertura em 2022 ficou estimada em 59,59%, ficando abaixo da cobertura da região Norte (69,91%).

Na região Amazônica brasileira, são perceptíveis as dificuldades para a prestação da assistência em cidades na região em decorrência dos desafios estruturais e políticos para a implantação de políticas públicas de saúde, que necessitariam de um planejamento mais apropriado para a própria diversidade geográfica e social da região. Com isso, temos diversas implicações para a organização do sistema de saúde local, visto que são bastante comuns as seguintes características: áreas de cheia e vazante dos rios; alta dispersão populacional; precárias condições de trafegabilidade; e presença de populações tradicionais com necessidades específicas, como indígenas, ribeirinhas e quilombolas (Confalonieri, 2005).

Conforme os dados do Ministério da Saúde (MS), através da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) e do Departamento de Saúde da Família (Desf), a cobertura da atenção básica, no Estado do Pará, contabilizou, até o ano de 2020, uma população de 8.602.865 habitantes (Tabela 6), ou seja, um percentual de 64,50%; já em 2023, com uma população de 8.777.124, chegando a uma cobertura de 66,65%, conforme (Tabela 5).

O Estado do Pará possui uma cobertura de atenção primária com 1.539 equipes da Estratégia Saúde da Família implantadas nos municípios com um quantitativo de 19.773

Agentes Comunitários de Saúde<sup>6</sup>, atuando nas diversas localidades do Estado. A organização da estrutura de atendimentos e prestação dos serviços públicos de saúde é dividida pelos Centros Regionais de Saúde (CRS) – totalizando 13 Centros Regionais no Estado –, os quais compõem a estrutura organizacional da Secretaria Estadual de Saúde Pública (Sespa).

**Tabela 5** – Cobertura da atenção básica no Estado do Pará – comparativo 2020 a 2023

Competência	Nº ESF cobertura	População	Cobertura ESF	Estimativa da população Cobertura AB
Dezembro/2020	1.539	8.602.865	57,64%	5.548.820
Dezembro/2023	2043	8.777.124	66,65%	5.849.953

**Fonte:** Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção Primária à Saúde (2024).

**Tabela 6** – Coberturas de agentes comunitários de saúde no Estado do Pará – janeiro a dezembro de 2020

Competência	Macrorregião	UF	População	Nº ACS Cob.	Estimativa da População ACS	Cobertura ACS
Dezembro	Norte	PA	8.602.865	13.764	6.601.374	76,73%

**Fonte:** Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção Primária à Saúde (2021).

Na competência municipal, estão as Secretarias Municipais de Saúde que ordenam as equipes de Saúde da Família (Esf) em um território e outros serviços, conforme suas limitações das pactuações de saúde pública. O território define a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes se tornam referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (Brasil, 2011).

### 3.3 Pesquisas e trabalhos sobre saúde pública nas Resex e assentamentos rurais

Quanto ao modelo de funcionamento institucional das Resex, alguns autores ressaltam as barreiras que atrapalham o desenvolvimento da principal atividade que é o extrativismo, com as populações praticamente isoladas, no que concerne ao aspecto social, prejudicando suas subsistências e oferecendo pouca capacidade de desenvolver o planejamento e a gestão de suas áreas (Santos; Brannstrom, 2015; Freitas *et al.*, 2018).

Também é importante observar que o modelo proposto e vigente para as áreas de Resex condiciona a manter uma condição de dependência direta de políticas governamentais. Nesse

<sup>6</sup> **Fonte:** MS/SAS/Departamento de Atenção Básica (Dab). Competência: dezembro de 2020.

contexto, para alguns autores, ocorre a dificuldade de se ter um desenvolvimento sustentável de suas atividades produtivas, ocasionando um impedimento para melhorar a renda das famílias (Freitas *et al.*, 2022).

Além desse contexto político-administrativo das Resex, alguns estudos apontam a dificuldade de recrutamento e fixação de profissionais no contexto rural, além de alta rotatividade dos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (Dolea, 2010; Pitilin, 2015). Uma iniciativa governamental, para suprir a demanda, foi a criação do Programa Mais Médicos, que distribuiu os profissionais de Medicina nos diversos municípios do Brasil.

Na região da Terra do Meio, às margens do rio Xingu, a criação de Reservas Extrativistas representou um desafio para superar as condições de vivência à margem da exclusão social, devido à ausência de serviços de saúde. Dessa maneira, valorizavam o conhecimento transmitido e melhorado ao longo de gerações para superar as deficiências geradas pela ausência estatal e de políticas públicas no âmbito da saúde e em relação à produção. Imperioso ressaltar que a educação e os aspectos culturais não foram considerados durante a elaboração do projeto de Resex (Castro, 2013).

Nas Reservas Extrativistas, existe uma diferença em relação aos assentamentos rurais, dado que as populações habitam as áreas há muito mais tempo, porém, as estruturas de atendimento em saúde pública assemelham-se aos assentamentos, tal como as dificuldades de acesso aos serviços, que também são recorrentes. A percepção dos usuários pode ter um caráter de dependência das possíveis ações de saúde, visto que alguns interpretam como um direito, outros como uma concessão. Os usuários que partilham dessa última ideia, por exemplo, avaliam que não se sentem no direito de exigir algo melhor, pois são gratos pela mera existência de um serviço (Medeiros *et al.*, 2018).

Os estudos desenvolvidos por Scopinho (2010), em assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST) no estado de São Paulo, e por Fontoura Júnior *et al.* (2012), em assentamentos rurais no estado do Mato Grosso do Sul, evidenciam a falta de políticas públicas para a agricultura familiar e a reforma agrária, além de seus impactos prejudiciais na condição de saúde das famílias assentadas, demonstrando a falta de planejamento e efetivação das estruturas mínimas para atender às pessoas que moravam nesses lugares.

A preocupação mais atual, no contexto na pandemia causada pela *Covid-19*, trata-se da condição de assistência à saúde e da realidade socioeconômica das comunidades inseridas nesse estudo, pois o isolamento e as restrições tornam-se mais evidentes e necessárias a partir desse grave problema. Com os primeiros sintomas, as pessoas devem procurar uma UBS mais próxima de sua residência para avaliação clínica, diagnóstico diferencial e encaminhamento, se

necessário, para outro nível de complexidade, como se vem constatando no fluxo de atendimento de assistência à saúde nesse contexto, como apontava Backer (2019) no início da pandemia.

#### 4 BASES TEÓRICAS DA AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Com o pressuposto de estabelecer uma pesquisa para avaliar os programas de saúde em nível local e constatar a existência de barreiras de acesso, que poderão estar envolvidas no funcionamento da baixa complexidade do sistema de saúde pública nos territórios selecionados, partilhamos uma base de trabalhos diversificados nos contextos das avaliações de políticas e instituições públicas e trabalhos referenciais com base nas obras de Paulo Jannuzzi, sobretudo por sua experiência nos trabalhos de avaliação de políticas e programas públicos. Consideramos, também, as pesquisas de Michael Patton e as orientações de Niklas Luhmann no detalhamento das estruturas pesquisadas, além de outras referências nesse campo de avaliação.

Sobre os antecedentes dos pressupostos das pesquisas avaliativas, os pioneiros foram Carol e Michael Patton com seus estudos a partir da década de 1970, cujo objetivo era utilizar os resultados das avaliações feitas na época para o aprimoramento de programas e políticas. Eles acreditavam que a avaliação de programas se traduziria nas decisões para o melhoramento destes, princípio defendido, sobretudo, por Patton (1988). Em seu artigo intitulado *If program decisions hinged only on information: a response to Patton* (1988), Weiss afirmava que a avaliação deveria ser um instrumento para contínuo aprendizado dos formuladores e gestores dos programas, assim como das políticas a serem implementadas.

No tocante às abordagens das pesquisas avaliativas na área da saúde, Donabedian é um dos pioneiros, uma vez que, nos seus pressupostos, sistematizou diversas propostas, cuja base é a abordagem tríade: estrutura – processo – resultados. A estrutura corresponde aos recursos materiais, humanos e organizacionais; o processo, por seu turno, seria tudo que compõe a relação profissional-usuário; já os resultados estariam relacionados aos produtos das ações (consultas, procedimentos, exames, visitas etc.), com o objetivo de assistir o estado de saúde de indivíduos e da população (Donabedian, 1988 *apud* Silva; Formigli, 2005).

Como um dos princípios do SUS é a equidade, a base para a avaliação da implementação desses programas, em nível local, leva também em conta a avaliação sistêmica, pois:

[...] a mesma se pauta por um conjunto mais amplo de valores e princípios da atuação do Estado, como cobertura e equidade de acesso a diferentes públicos, qualidade dos serviços e contribuição para promoção de acesso a direitos sociais, redução da desigualdade e maior coesão social [...] (Jannuzzi, 2016, p. 134).

Os programas ou política pública demandam um sistema de indicadores específicos à sua gestão. As etapas de planejamento, implementação, execução etc. também demandam indicadores com características diferenciadas, ausentando-se de modelos padronizados, aplicáveis em qualquer situação (Resende, 2013). As políticas públicas, quando são desenhadas, seguem princípios que se esperam de seus resultados de acordo com o que foram pensadas; assim, há teorias de avaliação que seguem esse preceito como a da construção social de população-alvo proposta por Schneider e Ingram (1993).

Nessa teoria, as questões das desigualdades e injustiças seguem o princípio de que todos os cidadãos são iguais perante a lei; desse modo, a avaliação da política pública consiste em verificar “quem recebe o quê, quando e como” e, além disso, questionam por que alguns grupos sociais têm mais vantagens em relação a outros e apontam que os formuladores dessas políticas públicas criam alguns estereótipos relacionados a alguns grupos, sendo imagens positivas ou negativas dessas “populações-alvo” (Schneider; Ingram; Deleon, 2014, p.).

Em seus estudos, Paulo Jannuzzi (2016) denominou de avaliação econômica de projetos sociais resultados de impactos que decorrem da intervenção social, fundamentando-se na identificação e na atribuição de causalidade para as comunidades epistêmicas e de práticas envolvidas, especialmente, cronometristas e servidores públicos da área fazendária. Assim, esses estudos tiveram evidência nas avaliações experimentais e quase-experimentais, seja na apreciação prévia de projetos sociais, como uma “prova de conceito”, ou na avaliação somativa, como validação de mérito da ação social.

Outra premissa de avaliação de políticas públicas e aspectos gerenciais é o monitoramento, que também possui diferentes conceituações na bibliografia da área, concebendo alguns processos como uma atividade gerencial, que se caracteriza pelo acompanhamento de atividades com vistas ao cumprimento de metas estabelecidas ou mais integrado às atividades de avaliação continuada de processos e atividades relacionadas à produção dos serviços e programas públicos (Garcia, 2001; Rua, 2004; Jannuzzi, 2013).

Programas e políticas públicas sofrem alterações, em alguns momentos, como aponta Baumgartner e Jones (1993), que desenvolveram a teoria do equilíbrio pontuado para explicar o período estável que caracterizam as agendas políticas. Contudo, essa estabilidade é e pode ser interrompida ou alterada de acordo com os cursos dos comandos políticos e gerenciais, que são alterados com as mudanças, substituições ou transformações ocorridas nas políticas governamentais em uma esfera da administração pública.

Os diferentes sistemas de governança, suas estruturas, características que permitem os indivíduos solucionarem democraticamente os problemas devem ser considerados, implementando as análises institucionais e de desenvolvimento, com o objetivo de auxiliar a implementar o diagnóstico para que, após essa fase, se possa efetivar e estabelecer as capacidades (Oström, 2007).

Essa teoria é implementada com a análise liderada pelo analista institucional, no primeiro momento, e para diagnosticar e analisar o problema, ou seja, aquilo que está atrapalhando ou impedindo o desenvolvimento da instituição. Com a análise, propõe-se a explicar os comportamentos dos indivíduos e, partir dessas identificações, é factível prever os resultados, que podem ser avaliados sob critérios de eficiência econômica, igualdade fiscal, equidade etc. Assim, deve-se ter em vista o espaço social no qual indivíduos interagem, trocam bens e serviços e implementam suas lideranças, subordinações e dominações (Oström, 2011).

Nesse campo da avaliação de políticas públicas, surgiu uma teoria que envolve o processo de construção de narrativas, que tem por objetivo a formulação, a implementação e a mudança política ou programa de implementação e operação de serviços públicos. Nessa concepção, a narrativa molda crenças e determina ações, visto que, a partir de alguns experimentos e aplicações, foi estudada e comprovada por vários outros campos de estudo, incluindo a Comunicação e a Psicologia (Jones; Mcbeth; Shanahan, 2014).

Na perspectiva de se investigar as deficiências e os problemas que elas acarretam, servem para extrair as consequências que servirão para o planejamento de políticas e programas futuros. Nessa etapa, buscam-se os objetivos de acordo com o que foi formulado no programa. O ciclo político pode ser suspenso, modificado ou encerrado, em virtude da iniciação de um novo período do programa, isto é, a uma nova fase com foco na percepção e na definição de problemas ocorrentes na execução desses programas; “com isso, a fase da avaliação é imprescindível para o desenvolvimento e a adaptação contínua das formas e instrumentos de ação pública” (Frey, 2000, p. 229).

Essa percepção remonta à condição de se modificar e se adaptar a um programa ou política pública, de forma que essa construção foi elucidada por Foucault (2008) quando se referiu à hipótese de que a prática governamental se executa com um papel dado e um a produzir, entendendo, assim, haver, de certa forma, um Estado que existe e um que ainda não existe suficientemente, condição norteadas pela arte da governamentalidade. Essa condição dada pelo corte ou fotografia da relação assimétrica, ou seja, as relações de forças, implicam a cada momento numa relação de poder; dessas relações, saem o efeito para a possibilidade do que vai ocorrer no campo político do qual essa relação faz parte (Foucault, 2001, p. 233).

Conforme Luhmann (1997), as pesquisas envolvendo as observações em organizações públicas devem começar pelas chamadas trivialidades, que se referem a aspectos e ocorrências que, amiúde, não são valoradas nessas observações, de modo que o autor recomenda que o observador consiga desvendar as conexões dentro da microssociologia que envolve tais instituições, sugerindo o método funcional-estrutural para se ter o conhecimento sobre o conjunto das funções que a organização deve cumprir.

A teoria de Luhmann (1995) constitui um esforço prioritário de dar fundamento e plausibilidade ao fato de que, se a sociedade consiste numa reprodução contínua de formas, o método da Sociologia deverá consistir na capacidade de emular essa permanente reprodução. A peculiaridade teórica de Luhmann oferece uma das arquiteturas conceituais mais surpreendentes na Sociologia contemporânea, trazendo a vantagem dessa construção com a criação de um modelo que se põe à prova na observação da sociedade, obrigando-se, exatamente por isso, a fazer ajustes persistentes a partir daquilo que foi observado.

Nesse sentido, a conceituação de Luhmann (1997) afirma que, na sociedade moderna, não existe uma estrutura única de desigualdade que pudesse definir as chances de inclusão ou exclusão social dos indivíduos, visto que essas condições devem ser entendidas conforme as diferenças nos sistemas sociais, considerando o ambiente e os padrões de acesso de cada sistema social, afastando a concepção hierárquica de comando e controle.

A aplicação dessa racionalidade para o subsistema social de segundo grau, com o interesse de análise de “política pública”, resulta no binômio da inclusão/exclusão, de maneira que a efetivação de necessidades públicas urbanas tem, nessa premissa, a condição de subordinação e a inclusão da pessoa à sociedade, tendo em vista o acesso dela a esses sistemas.

## 5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Na pesquisa, utilizaram-se métodos mistos de abordagem de caráter exploratório, com associação de procedimentos de coleta, análise e combinação de técnicas quantitativas e qualitativas que, com base no caráter da interdisciplinaridade (Creswell, 2012), com as duas apropriações do conhecimento e das técnicas de análise, parecem ser contraditórias; porém, em um primeiro plano, o que se vê como sendo contraditório poderá ser simplesmente uma complementação o uso dessas abordagens (Sampieri; Mendoza, 2018).

Dessa maneira, a pesquisa foi dividida em três fases. A primeira se deteve ao levantamento geral das informações dos locais da pesquisa e de documentos e dados dos órgãos governamentais acerca da realidade de saúde pública dos territórios de saúde estabelecidos neste projeto. A segunda etapa correspondeu à aplicação de questionários estruturados respondidos pelos participantes para a obtenção de informações e dados gerais das comunidades pesquisadas, como também o detalhamento da rede de atendimento em saúde pública, que estão ao alcance dessas populações. Na última fase, realizaram-se observações nas comunidades e nas unidades de saúde, além de entrevistas com os gestores no tocante à realidade dos serviços prestados nesses territórios.

### 5.1 Etapas da pesquisa

**a) Pesquisa documental:** foram analisados relatórios e documentos com informações pertinentes às localidades delimitadas no projeto das Secretarias Municipais de Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde Pública e do Datasus. As informações requisitadas para essas instituições se referiram aos serviços de saúde oferecidos, quantidade de atendimentos realizados, levantamento do perfil epidemiológico de cada localidade, disponibilidades de estruturas nas três complexidades do sistema de saúde, assim como a quantidade e a variedade de profissionais de saúde disponíveis.

Foram utilizados dados secundários e solicitadas as informações iniciais sobre a realidade das localidades pesquisadas (Quadro 1). Solicitamos informações ao Incra e ao Icmbio com a finalidade de se verificar a distribuição quantitativa acerca da oferta dos serviços de saúde nos territórios pesquisados. Todas as solicitações foram feitas via ofício, assinadas pelo titular deste projeto.

**b) Constatação de barreiras de acesso aos serviços de saúde:** foram efetuadas entrevistas estruturadas para levantamento de informações quanto à realidade da complexidade que envolve as populações nos territórios estabelecidos na pesquisa, avaliando a caracterização dos serviços oferecidos e identificando as barreiras e seus níveis de dificuldade impostos para que os cidadãos acessem os serviços públicos de saúde.

Nessa fase, os participantes foram os Agentes Comunitários de Saúde e os usuários das UBS das localidades incluídas na pesquisa. A busca de evidências de barreiras foi alicerçada pelos resultados obtidos nessa fase da pesquisa, em que observamos quatro classes para serem categorizadas na condição de variáveis dependentes a partir das respostas:

- i. **barreiras institucionais** (política de saúde nacional e local, cumprimento de ações e metas, existência e organização dos serviços de saúde, efetivação dos atendimentos, disponibilidade dos serviços e profissionais nos referidos territórios);
- ii. **barreiras culturais** (costumes locais, crenças, valores individuais e coletivos);
- iii. **barreiras sociais** (envolvimento da comunidade pela adesão aos tratamentos e aos atendimentos, controle social, cooperação e participação nas decisões em nível local, localização e nível de isolamento geográfico).
- iv. **barreiras políticas** (envolvimento de lideranças e posicionamento dos gestores nos processos políticos-administrativos que resultam na prestação dos serviços às comunidades escolhidas para a aplicação do projeto de pesquisa).

**c) Percepção da realidade da saúde pública nas comunidades:** após a fase de entrevistas com os ACS, foram efetuadas observações nas localidades com a intenção de se verificar o nível de influência das barreiras à Atenção Básica à Saúde, previamente, identificadas nos processos de atendimentos nas comunidades selecionadas na pesquisa.

Foram realizadas entrevistas estruturadas com usuários, profissionais e gestores de saúde envolvidos na dinâmica dos serviços, com a finalidade de se obter a percepção da distribuição em nível quantitativo e qualitativo dos serviços ofertados.

As entrevistas foram registradas e gravadas e, em seguida, efetuou-se a categorização das respostas para cada classe de barreiras de acesso aos serviços. Tal fase teve um caráter mais qualitativo, por isso seguiu-se um rigor associativo com várias técnicas de pesquisa e análise. Nesse contexto, defendemos que: “abordagens qualitativas demonstram os princípios da ciência quando ‘cercada’ de critérios de segurança, parâmetros, checagem, combinação de técnicas,

testes de instrumentos, controle exaustivo de viés, triangulação de dados e fontes” (Farias Filho, 2018, p. 57).

## **5.2 Locais da pesquisa**

Nesta pesquisa, as localidades pesquisadas compreendem a cobertura do 3º Centro Regional de Saúde, que abrange os municípios de Castanhal, Curuçá, Igarapé-Açu, Inhangapi, Magalhães Barata, Maracanã, Marapanim, São Francisco do Pará, São Domingos do Capim, São João da Ponta e Terra Alta.

Por sua vez, os assentamentos pesquisados foram divididos na modalidade federal (legalizados): Cupiúba em Castanhal; Taperuçu em São Domingos do Capim; e os não legalizados, ou seja, 5 de Outubro em Castanhal e Vera Cruz em Curuçá.

As Reservas Extrativistas, inseridas nesta, são: Reserva Mãe Grande de Curuçá (com autorização do ICMBio de nº 89376-1) e a Reserva de São João da Ponta (com autorização do ICMBio de nº 87445-1). Com o desenvolvimento deste estudo, tivemos a possibilidade de estender a pesquisa para levantar dados comparativos, sendo agrupado os perfis epidemiológicos dos dois assentamentos rurais e, em seguida, o agrupamento dos dados das Reservas Extrativistas delimitadas para este estudo.

## **5.3 Participantes da pesquisa**

Os participantes que colaboraram com a pesquisa, conforme aceitação com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Tcle), foram 21 Agentes Comunitários de Saúde (totalidade disponível na aplicação da pesquisa), que atuam nos assentamentos e nas Reservas Extrativistas incluídas na pesquisa, 4 gestores responsáveis pela ABS das localidades pesquisadas e 60 comunitários que residem nas localidades na condição de usuários do SUS (10 usuários de cada localidade), conforme (Quadro 2).

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, ela teve a apreciação do Conselho de Ética de Pesquisa (Cep) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal do Pará (UFPA), com o parecer favorável nº 6.483.134.

**Quadro 2** – Participantes da pesquisa distribuídos nos Assentamentos e Reservas Extrativistas

<b>Município</b>	<b>Nome</b>	<b>Quantidade de ACS</b>	<b>Usuários das UBS</b>	<b>Gestores</b>
Castanhal	Cupiúba	4	10	1
	5 de outubro	0	10	
Curuçá	Mãe Grande de Curuçá	7	10	1
	Vera Cruz	0	10	
São Domingos do Capim	Taperuçu	6	10	1
São João da Ponta	São João da Ponta	4	10	1
<b>Total</b>		<b>21</b>	<b>60</b>	<b>4</b>

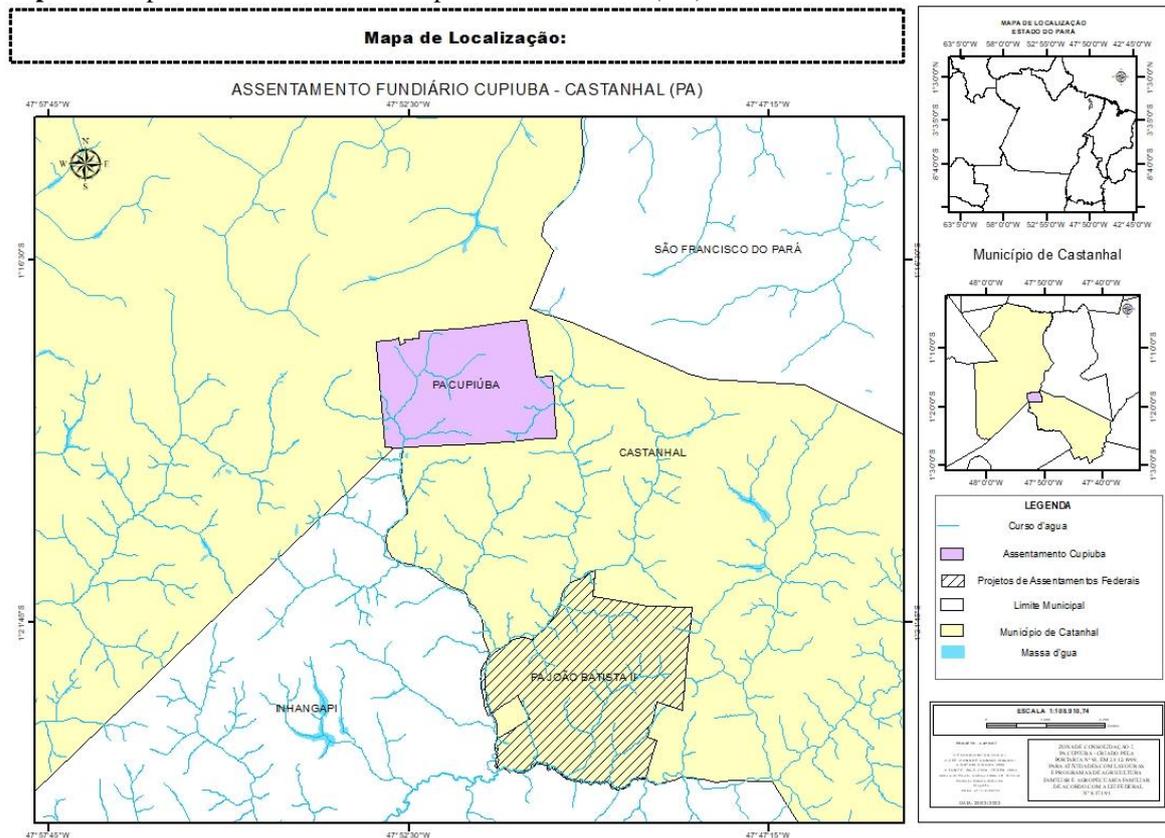
**Fonte:** DAB-MS (ACS) (2023).

## 6 DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIAIS E AMBIENTAIS DAS LOCALIDADES PESQUISADAS

### 6.1 Assentamento Federal de Cupiúba

O Assentamento de Cupiúba (Mapa 1), classificado na modalidade federal (PA), está localizado no município de Castanhal no Nordeste Paraense, à margem direita da BR-316 (sentido Belém-Brasília), a 73 km da Capital do Estado do Pará, Belém. As terras do Assentamento possuem uma área de 1.366,2823 hectares. Foi criado em 21 de dezembro de 1999 através de um processo de desapropriação de propriedade particular, sendo instaladas 233 famílias na época.

**Mapa 1** – Mapa do Assentamento de Cupiúba em Castanhal (PA)



Fonte: IBGE (2010).

A estrutura social do Assentamento Cupiúba é composta por uma associação comunitária que representa os interesses dos comunitários do Assentamento, uma escola municipal de Ensino Fundamental e uma UBS, inaugurada em 2004. Alguns motivos contribuíram para o crescimento da população do Assentamento, um dos principais é a

proximidade com a zona urbana do município, cerca de 4 km. Com isso, atualmente, o Assentamento possui cerca de 200 famílias não assentadas.

A trajetória histórica de ocupação da fazenda Cachoeira e a formação do Assentamento se deram de forma pacífica, sem violência, mas com muita tensão de ambas as partes. Ele iniciou com a exploração madeireira da fazenda, em que os proprietários contratavam mão de obra local para realizar a derrubada das árvores. Nesse momento, o município de Castanhal crescia de maneira desordenada em direção à fazenda, onde centenas de pessoas ocuparam uma área urbana que, na atualidade, é o bairro do Jaderlândia. As pessoas contratadas para trabalhar na fazenda residiam nessa invasão; vale ressaltar que muitos invasores eram trabalhadores rurais que venderam suas terras e vieram tentar trabalho em Castanhal.

Em virtude disso, algumas pessoas começaram a entrar, de forma tímida e às escondidas, para efetuar corte de arbustos para a fabricação de carvão, sendo expulsos da fazenda quando eram descobertos. Isso se tornou frequente até que, em 1993, houve a organização de um grupo na localidade que passou a explorar a terra com a fabricação de carvão, mas também formando pequenos roçados, passando, assim, para uma ocupação mais abrangente na região.

Em 18 de junho de 1995, cerca de 90 pessoas decidiram ocupar oficialmente a área; para tanto, queimaram aproximadamente 21 ha de mata para plantio. Foi nessa ocasião que os proprietários acionaram a polícia, que retirou todos os invasores. Porém, em seguida, esses posseiros retornaram ocupando, dessa vez, outra ponta da propriedade, e começaram a fazer cortes, dividindo em lotes e distribuindo para as famílias. Com isso, diversas famílias saíram da zona urbana de Castanhal e fixaram-se na outra extremidade da propriedade, ampliando, desse modo, a ocupação que se tornaria o Assentamento Cupiúba.

O proprietário da fazenda se reuniu com um grupo de ocupantes e alegou que a terra lhe pertencia, mostrando documentos que afirmavam ser produtiva. A reunião incentivou ainda mais os agricultores a se organizarem, e um grupo foi até o Incra/SR01 buscar informação da referida terra. Eles foram aconselhados a formar uma organização que os representasse, momento em que surgiu a primeira associação da comunidade. Com a associação formada, os ocupantes realizaram coleta de dinheiro e contrataram um advogado para cuidar do caso e representá-los na Justiça, sendo logo depois publicada a decisão<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> No dia 1º de julho de 1999, foi publicado, no Diário Oficial, que o Governo declarava interesse em desapropriar o imóvel para fins de reforma agrária. Em 10 de dezembro do mesmo ano, emitiu-se o Auto de Emissão de Posse, movida pelo Incra/SR01 contra os espólios de Francisco Espinheiro Gomes. Em 17 de dezembro de 1999, o Incra/SR01 resolveu criar o Projeto de Assentamento Cupiúba, solicitando a associação dos agricultores com uma relação com 213 famílias candidatas.

Após a consolidação do assentamento rural, foram se constituindo projetos e participação de instituições, como a Central Única dos Trabalhadores (Cut), que, por intermédio de seu núcleo da Escola Amazônia, montou grupos de estudos como a educação e a alfabetização de jovens e adultos, cuja intenção era formar educadores locais para ministrar aulas para os agricultores que não tiveram a oportunidade de estudar quando jovens, além de garantir que tivessem um pouco mais de conhecimento, segundo o relato do Sr. Márcio, que é líder comunitário e diretor da cooperativa na atualidade.

Atualmente, há três entidades reconhecidas que atuam dentro do Assentamento Cupiúba. Além da associação dos agricultores, há também a cooperativa, que visa apoiar a produção e a comercialização dos associados, e o Clube de mães, que oferece apoio às mulheres, tanto na parte da profissionalização como na unidade familiar. Nos registros da cooperativa local, existem imagens que demonstram alguns exemplos de projetos desenvolvidos ao longo da consolidação do Assentamento (Figura 2).

**Figura 2** – Imagens dos projetos de produção no assentamento após sua consolidação



**PRODUTORES RURAIS DO PA CUIUBA E TÉCNICOS**



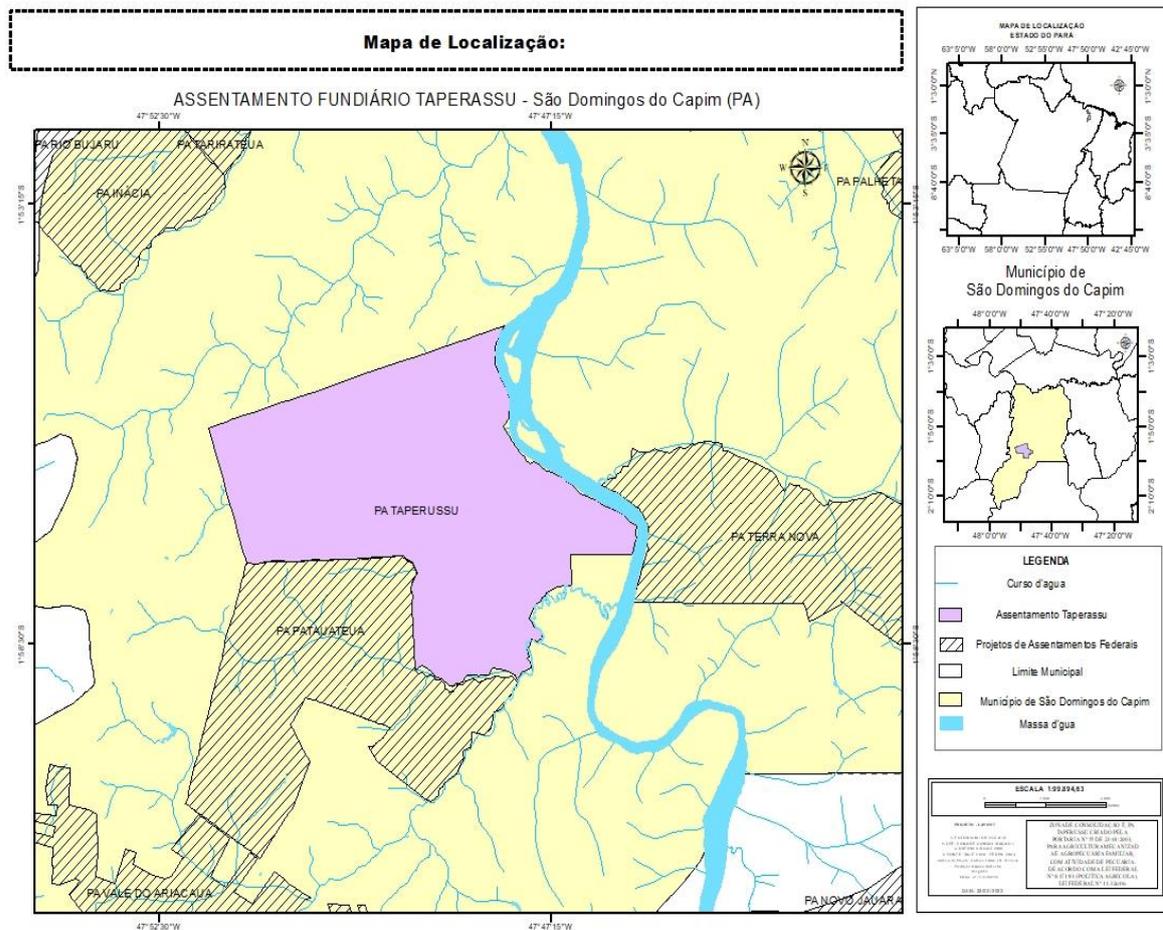
**CURSO DE PIPERICULTURA (PIMENTA DO REINO)  
REALIZADO NO ASSENTAMENTO CUIUBA**

## **6.2 Assentamento Federal de Taperuçu**

O projeto de Assentamento Federal de Taperuçu (Figura 2) fica localizado no município de São Domingos do Capim, na mesorregião do Nordeste Paraense. O Assentamento foi criado em 23 de outubro de 2003 por meio da Portaria do Incra SR01 nº 55/2003 na fazenda Taperuçu, em parte da Gleba Bujaru, inicialmente, com uma área de 3.283,1656 ha, com capacidade para 122 Unidades Agrícolas Familiares.

No ano de 2013, o Inbra aumentou o tamanho do Assentamento para 4.196,2468 ha, ampliando, dessa forma, a capacidade para 191 Unidades Agrícolas Familiares. O acesso ao Assentamento pode ser feito por via fluvial, através do Rio Capim, ou por via terrestre, através da PA-127 até a rodovia PA-252, entrando a partir do km 9, no sentido do município de Concórdia do Pará, acessando a estrada vicinal e seguindo até a vila principal do assentamento de Taperuçu.

**Mapa 2-** Mapa do Assentamento Federal de Taperuçu em São Domingos do Capim (PA)



**Fonte:** IBGE (2010).

O processo de organização da ocupação da Fazenda Taperuçu ocorreu entre 1990 e 1991. Um grupo de cerca de 40 trabalhadores rurais iniciou o planejamento para ocupar, posteriormente, a referida área (Inbra, 2020). O Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA) e o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST) se juntaram a partir de 1996 para a luta em prol da ocupação e fundaram a Associação Agrícola dos Produtores Rurais de Taperuçu

(Assagprorta) em 1998, que serviu como base para a posterior ocupação que ocorreu em 2003, constituindo um grande Assentamento no Nordeste Paraense, com suas subdivisões<sup>8</sup>.

Na atualidade, é perceptível uma divisão extensa de lotes rurais, com diversas casas construídas com crédito de instalação do Incra, mas com baixa produtividade agrícola, isso porque os trabalhadores locais, geralmente, empregam-se nas fazendas e nas indústrias agroextrativistas da região. Tapuruçu possui energia elétrica em todas as comunidades e nas comunidades com maior número de habitantes, elas têm sistema de abastecimento de água.

Durante as visitas para a pesquisa de campo, verificamos que os lotes do Assentamento têm baixa produção agrícola, pois existem poucas roças de mandioca e algumas outras culturas de forma tímida nos terrenos, isso visto que uma parte da mão de obra local tenta vagas nas empresas agroextrativistas da região, particularmente as que possuem grandes culturas de dendê e palma. Também verificamos que alguns trabalhadores buscam oportunidades nos trabalhos sazonais das fazendas de criação de gado da região.

### **6.3 Reserva Extrativista Mãe Grande de Curuçá**

A Reserva Extrativista Mãe Grande de Curuçá (Figura 5), localizada no município de Curuçá, na região do Salgado no Nordeste Paraense, é uma Unidade de Conservação (UC) federal categorizada como Reserva Extrativista e criada por Decreto Presidencial em 13 de dezembro de 2002 numa área de 37.062 hectares.

A área da reserva abrange, aproximadamente, 37 mil hectares de estuário, região em que as águas dos rios interagem com as do Oceano Atlântico. Nessa região, há uma população de mais de 6 mil pescadores, dividida em 49 comunidades localizadas em ilhas, rios e praias da região.

A população total da Resex Mãe Grande de Curuçá fica em torno de 11 mil habitantes nas comunidades tradicionais de pescadores e agricultores; uma das principais comunidades é São João do Abade, fundada no século XVII, e as comunidades da Ilha de fora, cuja principal é a vila do Mutucal. Os principais rios que banham a área da Resex são: Mocajuba, da Ponta, Tijuca, Condessa, Muriá, Curuçá e Igaçaba.

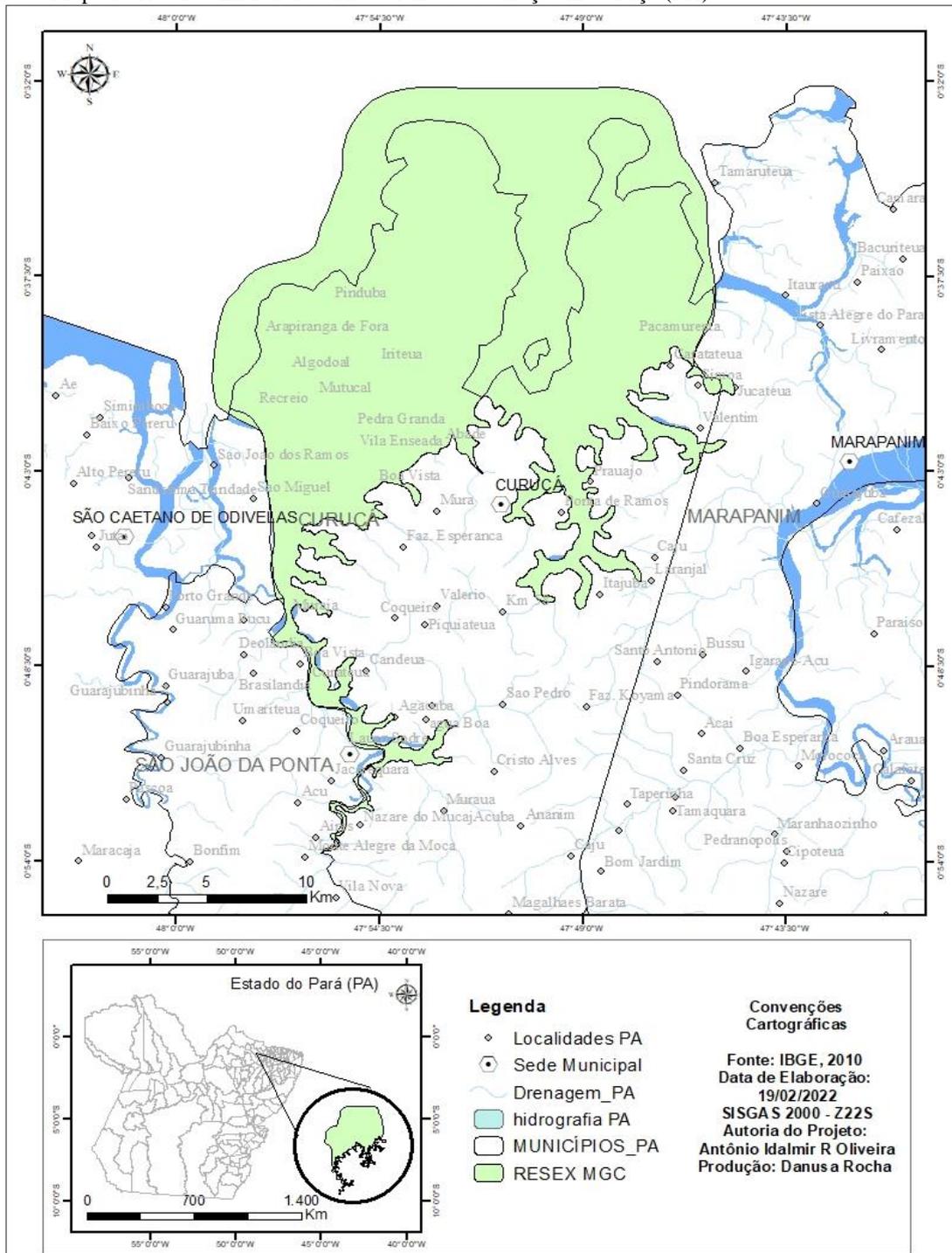
A extensa área da Resex de Curuçá conserva uma condição de preservação natural bem evidente, em especial quanto à floresta e aos rios, resultante das atividades econômicas que

---

<sup>8</sup> O assentamento de Tapuruçu está dividido em três agrovilas: a de Tapuruçu (centro do assentamento), a de Santa Fé e a de São Geraldo, além de diversas comunidades menores no território do assentamento.

predominam na região: a pesca e o extrativismo do caranguejo. Nas áreas de maior concentração populacional como em João do Abade, Murajá e na Ilha de Fora, percebem-se alguns focos de desmatamento para a realização de roçados e a retirada de madeira para a construção de embarcações e construções de casas.

**Mapa 3 – Mapa da Reserva Extrativista Mãe Grande de Curuçá em Curuçá (PA)**



Fonte: IBGE (2010).

#### 6.4 Reserva Extrativista de São João da Ponta

A Reserva Extrativista de São João da Ponta (Mapa 4), localizada no Estado do Pará no Município de São João da Ponta, é uma UC Federal categorizada como Reserva Extrativista e criada por Decreto Presidencial em 13 de dezembro de 2002 numa área de 3.203 hectares.

O órgão gestor da Resex de São João da Ponta é composto por um conselho local com caráter deliberativo, criado em 2007. Esse conselho tem a finalidade de contribuir com ações voltadas para a efetiva implementação de plano de manejo<sup>9</sup> dessa UC e o cumprimento dos objetivos de sua criação.

Essa UC foi criada para assegurar o uso sustentável e a conservação dos recursos naturais, protegendo os meios de vida e a cultura da população, cerca de 450 famílias que vivem do extrativismo local. Os rios que banham a Resex de São João da Ponta são: Barreta, Grande do Teju, Mocajuba, Mojuim e Ubuçu.

As comunidades principais que estão no território da Resex de São João da Ponta são: Deolândia, Brasilândia, Coqueiro, Boa Vista, São Francisco, Porto Grande, Guarajuba e Guarajubinha.

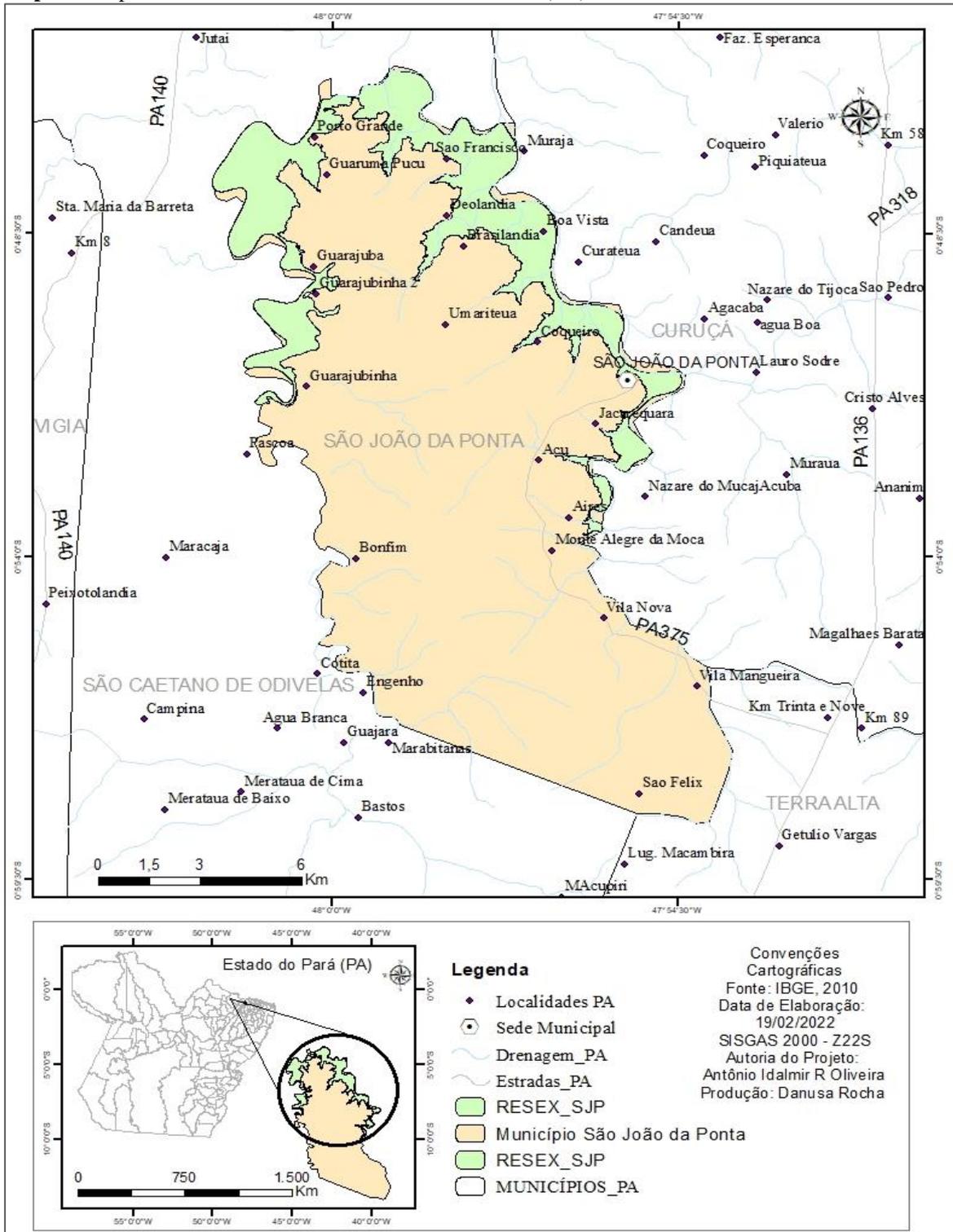
As atividades econômicas predominantes na Resex de São João da Ponta são o extrativismo do caranguejo, seguido da pesca e de alguns roçados. Todavia, existe uma “pressão” de fazendas avançando com suas atividades na área da Resex. Dessa forma, são perceptíveis algumas áreas de queimadas e derrubadas da floresta para algumas pastagens e áreas mais extensas para plantios de monoculturas.

Observando a dinâmica da paisagem local e alguns relatos de comunitários, essa pressão sobre os usos da terra gera alguns conflitos em algumas áreas; uma condição que contribui para esse contexto é o fato de a Resex não ter um plano de manejo para o uso dessas áreas. A área da Resex de São João da Ponta necessita de uma proteção biológica contínua para que o ecossistema local não seja afetado pela intervenção humana ao ponto de comprometer os seus recursos naturais para a subsistência das comunidades locais.

---

<sup>9</sup> Planos de manejo é um documento técnico, definido pelo Sistema Nacional de Unidades de Conservação (Snuc), conforme a Lei Nº 9.985/2000, mediante o qual são realizados o manejo e a gestão de uma Unidade de Conservação (UC), tendo como fundamento seus objetivos gerais, estabelecidos em seu zoneamento e as normas que devem presidir o uso da área e o manejo dos recursos naturais (Brasil, 2000).

Mapa 4– Mapa da Reserva Extrativista de São João da Ponta (PA)



Fonte: IBGE (2010).

### 6.5 Assentamento informal de Vera Cruz (Curuçá)

Ocupada desde 2012, estando localizada a 5 km da sede do município de Curuçá com aproximadamente 120 famílias, a área não conta com equipamentos públicos, nem possui

Unidade Básica de Saúde, tampouco tem a cobertura de Atenção Primária em Saúde. Em virtude de serem parte de uma área “descoberta”, a população desse território não é visitada por agentes comunitários de saúde.

#### **6.6 Assentamento informal de 5 de Outubro (Castanhal)**

Área ocupada desde 2003, estando localizada a 25 km da sede do município de Castanhal nas proximidades da agrovila bacabal com aproximadamente 140 famílias em 78 lotes de 125x500 m. Não conta com equipamentos públicos, tampouco tem UBS, ainda que tenha cobertura parcial de Atenção Primária à Saúde. Apesar de fazer parte de uma área “descoberta”, a população desse território recebe a visita de Agente Comunitário de Saúde de forma esporádica.

## **7 RESULTADO DA PERCEPÇÃO DOS ACS, USUÁRIOS E GESTORES A RESPEITO DO ATENDIMENTO DE SAÚDE PÚBLICA DOS TERRITÓRIOS PESQUISADOS.**

### **7.1 Apresentação da estrutura de atendimento em Atenção Básica em Saúde nas localidades pesquisadas**

#### **7.1.1 Assentamento federal de Cupiúba**

Os primeiros levantamentos feitos no Assentamento de Cupiúba tratam de sua caracterização geral, particularmente sobre a organização dos serviços públicos existentes na localidade. O questionário informativo foi respondido pelo diretor da Cooperativa Nova Esperança, que reside desde o início da ocupação do assentamento e trabalha na articulação e no acompanhamento dos projetos produtivos da localidade.

Pelos levantamentos da Cooperativa, o Assentamento Cupiúba possui aproximadamente 1.200 famílias, dado bastante superior ao quantitativo cadastrado na unidade de saúde local (554 famílias). Segundo o diretor, esse quantitativo se dá pela análise da subdivisão familiar, considerando as habitações edificadas em cada lote do território, e também por duas ocupações mais recentes no território. Na maior delas, a população foi cadastrada para ser atendida na UBS do bairro Heliolândia na zona urbana de Castanhal.

O Assentamento possui uma escola municipal que oferta até o 9º ano e a Educação de Jovens e Adultos (Eja) no período noturno. Não se constatou a existência de algum projeto educacional na localidade além da escola pública, embora o diretor tenha informado ter existido um projeto de educação ambiental organizado por lideranças da comunidade com apoio da Cut/Fetagri. Quanto a outros equipamentos ou serviços públicos na localidade, foi instalado um Posto de monitoramento da Polícia Militar do Estado, que funciona na propriedade da família de um jovem assassinado há cerca de um ano devido à ocorrência de um assalto.

No que concerne às instituições de entidades que desenvolvem atividades ou projetos no Assentamento, o Incra detém a tutela institucional do território; por sua vez, as universidades e as faculdades desenvolvem atividades pontuais por trabalhos de iniciativas de estudantes dessas instituições, sendo a UFPA, o IFPA e a Unama. Técnicos da Emater e da Secretaria de Agricultura do município de Castanhal desenvolvem atividades de forma ocasional, comumente por programações de calendário dessas instituições.

O Assentamento possui representante no Conselho Municipal de Saúde de Castanhal e tem uma atividade associativa com significância, como a Cooperativa Agrícola Nova

Esperança, a Associação dos Produtores Rurais na Agricultura Familiar da Colônia Cupiúba (Aprafcc) e o Clube de Mães do Assentamento. No Assentamento, notou-se, também, a transformação dos lotes e a descaracterização do caráter agrícola-produtivo deles para dar lugar a chácaras e parque de vaquejadas.

No que tange à estrutura e ao funcionamento da unidade de saúde local, este foi feito, inicialmente, com base no levantamento da composição da equipe que atende à população na estratégia saúde da família. No período da pesquisa, havia uma técnica em Enfermagem, uma enfermeira, um médico e quatro agentes comunitários de saúde, além do pessoal de apoio na unidade básica como agentes administrativos e serventes.

A estrutura de prédio da unidade é composta por uma recepção, uma sala de imunização (vacinas), ambulatório, sala de enfermagem, consultório médico, sala com medicamentos (farmácia), sala multiuso (ACS), copa e um banheiro. Apesar de os ambientes serem bem pequenos, o aspecto geral da estrutura física da unidade estava em bom estado (Figura 3), com ambientes organizados e limpos. A localização da unidade é bem estratégica, situada na travessa Nossa Senhora da conceição ou vicinal conceição (Figura 4), que é a travessa central do assentamento rural, cujo horário de funcionamento é das 7h às 15h de segunda a sexta.

**Figura 3** –Imagem da unidade de saúde de Cupiúba no período da pesquisa



**Fonte:** Registro do autor da pesquisa (2023).

**Figura 4** – Mapa das travessas (vicinais) e lotes do Assentamento Cupiúba



**Fonte:** Cooperativa do Assentamento para controle dos lotes (2023).

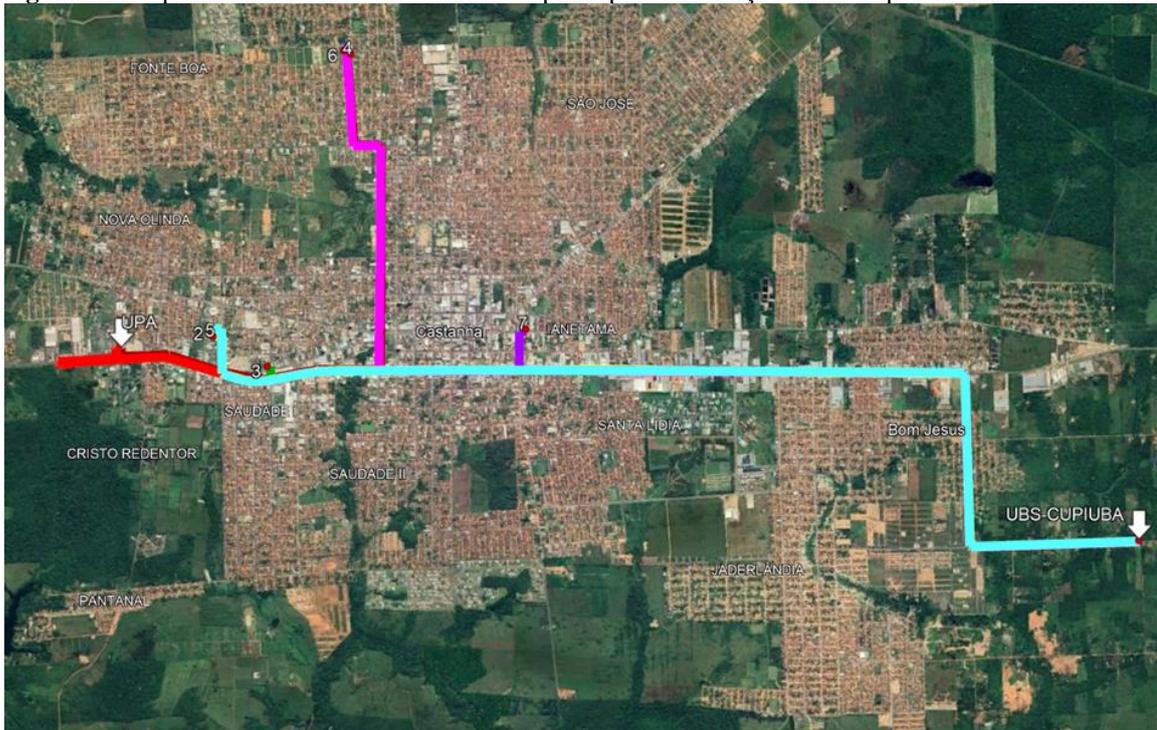
A partir dos levantamentos da pesquisa de campo, verificou-se a imposição de barreiras geográficas (Figura 5) a partir das distâncias do assentamento rural, tendo como referência a UBS e percorrendo por estradas de veículos de passeio ou ambulância. Nesse panorama, o Quadro 3 contém as distâncias para o pronto-socorro ou a UPA 24h, a maternidade, o centro de especialidades odontológicas, o centro de referência para consultas especializadas, o hospital com estrutura para internação, o centro de referência para diagnósticos laboratoriais e o centro de referência para exames de imagem (ultrassom, tomografia e ressonância magnética).

**Quadro 3** – Barreiras geográficas com as distâncias a partir UBS Cupiúba

	<b>Serviços de saúde</b>	<b>UBS Cupiúba</b>
1	Pronto-socorro ou UPA 24h	15 km
2	Maternidade	12 km
3	Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	13 km
4	Centro de referência para consultas especialidades	14 km
5	Hospital com estrutura para internação	14 km
6	Centro de referência para diagnósticos laboratoriais	13 km
7	Centro de referência para exames de imagem	13 km

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2023).

**Figura 5**– Mapa com as distâncias da UBS de Cupiúba para os serviços de saúde pública em Castanhal-PA



Fonte: Google Earth (2023).

Conforme os dados do quadro 3, um dos principais desafios enfrentados por essas pessoas é a distância que precisam percorrer para conseguir atendimento médico e outros serviços. Um dos serviços mais essenciais é o atendimento de saúde, realizado, comumente, nas UBS. No caso da UBS Cupiúba, está a 15 km de distância da unidade de referência para atendimentos da população para realizar procedimentos de maior complexidade.

Além da UBS, é necessário ter acesso a serviços de emergência, como o pronto-socorro ou a Unidade de Pronto Atendimento (Upa) 24h. Lamentavelmente, a distância para esses serviços também é considerável, pois estão a 15 km de distância do assentamento rural. Essa distância pode ser um problema em casos de emergência, quando a rapidez no atendimento pode ser crucial.

Outro serviço importante para as mulheres grávidas é a maternidade. No caso do assentamento rural, a maternidade mais próxima está a 12 km de distância. Isso pode ser um desafio para as mulheres em trabalho de parto, que precisam percorrer uma longa distância para ter acesso a um ambiente adequado para o nascimento.

Além dos serviços de saúde básicos, também é importante ter acesso a serviços especializados, como os oferecidos nos Centros de Especialidades Odontológicas e nos Centros de Referência para Consultas Especializadas. Infelizmente, a distância para esses serviços é de 13 km e 14 km, respectivamente. Isso significa que as pessoas que necessitam de atendimentos

odontológicos ou consultas com especialistas precisam percorrer uma longa distância para conseguirem atendimento.

Outro desafio enfrentado pelos assentamentos rurais é a falta de acesso a hospitais com estrutura para internação. A distância para um hospital desse tipo é de 14 km, o que torna difícil o acesso à internação em casos mais graves ou que necessitem de cuidados intensivos.

Além do atendimento médico, é imprescindível ter acesso a exames laboratoriais e de imagem. No caso dos assentamentos rurais, a distância para um centro de referência para diagnósticos laboratoriais é de 13 km, assim como para exames de imagem. Essa distância pode ser um obstáculo para o diagnóstico e tratamento de doenças, visto que os resultados dos exames podem demorar a chegar em virtude da distância. No caso de Cupiúba, não existe disponibilidade de transporte público, então resta aos assentados provir de condições individuais para se locomoverem até os serviços disponíveis na sede do município.

Pode-se afirmar, então, com base nos dados do (Quadro 2), que as pessoas que vivem em assentamentos rurais enfrentam grandes desafios relacionados ao acesso aos serviços de saúde. A distância para os serviços básicos, como Upa e pronto-socorro, tal como para serviços especializados, maternidades, hospitais com estrutura para internação e centros de diagnóstico, dificulta a obtenção de atendimento médico adequado. Essa situação evidencia a imprescindibilidade de políticas públicas que visem à melhoria do acesso à saúde nessas regiões, como a ampliação da infraestrutura de atendimento e o incentivo à formação de profissionais de saúde para atuar nessas áreas.

#### 7.1.2 Assentamento federal de Taperuçu

O Assentamento de Taperuçu possui uma área bastante extensa com a UBS da Vila e Taperuçu servindo de referência para 14 comunidades (Taperuçu, São Francisco, Santa Ana, Vila Nova, São Joaquim, Santa Maria, Km-09, Nossa Senhora de Fátima, Vitória da Fé, Tabaúna, Nova Caminhada, Tucuruvi, São Geraldo e São Sebastião), somando, dessa forma, o quantitativo de 1.316 famílias cadastradas na unidade de saúde para atendimento.

Na área do Assentamento, existe uma escola com a oferta do Ensino Fundamental até o 5º ano com funcionamento multisseriado; para as demais séries, as crianças e adolescentes se deslocam até o município de Concórdia do Pará para poderem estudar. De todas as comunidades do Assentamento de Taperuçu, nenhuma tem representantes no Conselho de Saúde do município de São Domingos do Capim.

A estrutura da UBS Taperuçu (Figura 6) é composta por: uma recepção, uma sala de imunização (vacinas), ambulatório, sala de reunião, consultório médico, sala com medicamentos (farmácia), sala de curativos, sala de PCCU, consultório odontológico, sala de Enfermagem, sala de arquivo, sala de triagem, copa e banheiros.

A equipe da UBS do Assentamento é composta por: uma técnica em enfermagem, uma enfermeira, uma dentista, uma auxiliar de dentista, um médico e sete agentes comunitários de saúde, além de agentes administrativos e servente. Com os levantamentos iniciais da pesquisa de campo, constatou-se a imposição de barreiras geográficas a partir das distâncias do assentamento rural, tendo como referência a UBS de Taperuçu. Porém, dentro da área do assentamento, existem comunidades que podem chegar a 15 km de distância dela com trafegabilidade precária nas estradas, principalmente, no período do inverno.

**Figura 6** – Imagem da UBS Taperuçu no período da pesquisa



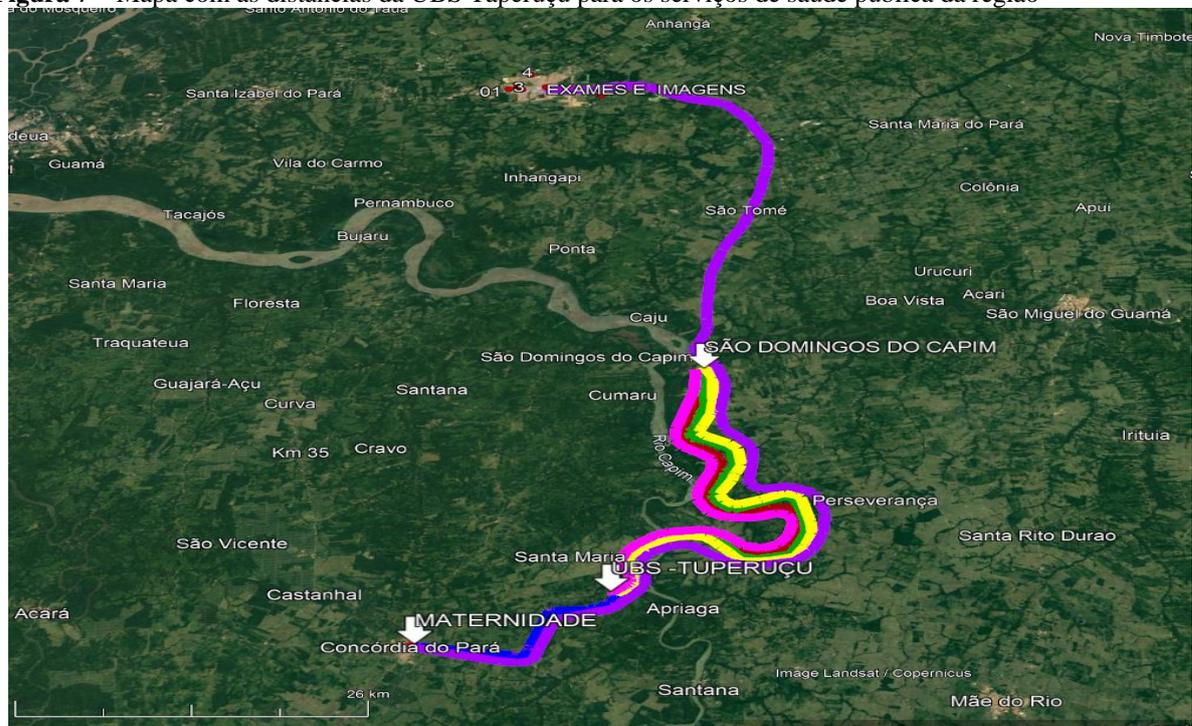
**Fonte:** Elaborada pelo autor (2023).

O (Quadro 4 e a Figura 7) contêm as distâncias para o pronto-socorro ou a Upa 24h, a maternidade, o centro de especialidades odontológicas, o centro de referência para consultas especializadas, o hospital com estrutura para internação, o centro de referência para diagnósticos laboratoriais e o centro de referência para exames de imagem (ultrassom, tomografia e ressonância magnética).

**Quadro 4** – Barreiras geográficas com as distâncias a partir da UBS Taperuçu

	<b>Serviços de saúde</b>	<b>UBS Taperuçu</b>
1	Pronto-socorro ou UPA 24h	20 km
2	Maternidade	20 km
3	Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	65 km
4	Centro de referência para consultas especialidades	65 km
5	Hospital com estrutura para internação	65 km
6	Centro de referência para diagnósticos laboratoriais	65 km
7	Centro de referência para exames de imagem	180 km

Fonte: Google Earth (2023).

**Figura 7** – Mapa com as distâncias da UBS Taperuçu para os serviços de saúde pública da região

Fonte: Google Earth (2023).

As distâncias de 20 km para o pronto-socorro e para maternidade referem-se aos serviços existentes no município de Concórdia do Pará, que, segundo as informações da enfermeira da unidade de Taperuçu, geralmente, as pessoas se dirigem até esse município em virtude da distância. Os serviços cuja distância é 65 km referem-se à sede do município de São Domingos do Capim, ao qual pertence o território do assentamento rural.

Para se ter a possibilidade aos exames de imagem, os moradores do Assentamento precisam chegar ao município de Castanhal, que fica a 180 km da localidade. Na maioria das

vezes, precisam realizar o pagamento desses exames, devido à limitação de não terem o cartão do Sus do município mencionado.

No contexto das informações do (Quadro 4), destaca-se que a distância e as barreiras geográficas são grandes obstáculos para que as pessoas tenham acesso adequado aos serviços de saúde. Basta que se perceba a localização do assentamento em relação aos principais centros de atendimento. No caso do assentamento rural em questão, os principais serviços de saúde, como a Unidade Básica de Saúde Taperuçu, o pronto-socorro ou a Upa 24h e a maternidade, estão a uma distância de 20 km. Isso significa que as pessoas precisam percorrer essa distância para ter acesso a serviços básicos de saúde, o que pode ser extremamente desgastante e inviável em situações de emergência.

Além disso, há a questão das barreiras geográficas que dificultam ainda mais o acesso aos serviços de saúde. De acordo com Lima *et al.* (2022, p. 13):

As barreiras geográficas não podem ser obstáculos à interiorização de políticas públicas e à garantia do direito ao acesso a serviços de saúde do SUS ou justificar piores condições de saúde e acesso. O reconhecimento das especificidades geográficas deve informar o planejamento e a formulação de estratégias inovadoras que promovam a superação dos desafios impostos pelo espaço natural, lidando com as distâncias amazônicas de forma sustentável, preservando o meio ambiente.

O assentamento rural está localizado em uma região Amazônica caracterizada por uma vasta floresta tropical com rios, igarapés e outros obstáculos naturais. Isso faz com que a locomoção seja ainda mais complicada, dado que são poucas as estradas pavimentadas, e a navegação fluvial, muitas vezes, é a única forma de deslocamento possível. Essas condições geográficas tornam o acesso aos serviços de saúde ainda mais difícil e demorado, uma vez que é preciso enfrentar longas distâncias e superar os obstáculos naturais (Garnelo, 2019).

Além dos serviços básicos, a região também enfrenta dificuldades no acesso a serviços especializados, como o centro de especialidades odontológicas, o Centro de Referência para Consultas Especializadas, o hospital com estrutura para internação, o Centro de Referência para diagnósticos Laboratoriais e o Centro de Referência para Exames de Imagem. Todos esses serviços estão localizados a uma distância de 65 km do assentamento, o que representa mais um desafio para os moradores que necessitam desses atendimentos.

Essa realidade de dificuldades no acesso aos serviços básicos de saúde pode ter consequências graves para a população do assentamento rural. A falta de atendimento adequado pode agravar doenças e condições de saúde, assim como aumentar o risco de complicações e óbitos. Adicionalmente, a falta de acesso a serviços especializados dificulta o diagnóstico e o

tratamento de doenças mais complexas, contribuindo para a piora da qualidade de vida dos moradores (Garnelo, 2019).

Diante desse quadro, é notável a dificuldade de acesso aos serviços de saúde nessa região. Lima (2022) informa a necessidade de investimentos em infraestrutura, como a construção de estradas pavimentadas e a melhoria da navegação fluvial, as quais poderiam reduzir as distâncias e facilitar o deslocamento dos moradores. É importante aumentar a oferta de serviços de saúde nas comunidades rurais, com a implantação de postos de saúde e a garantia de profissionais qualificados para atender à demanda local.

Na percepção de Lima (2022), é urgente a necessidade de políticas públicas que levem em conta as dificuldades enfrentadas pelas pessoas que vivem em assentamentos rurais na região Amazônica. O acesso aos serviços básicos de saúde é um direito fundamental, sendo responsabilidade do Estado garantir que todas as pessoas, independentemente de sua localização geográfica, tenham acesso a esses serviços de forma adequada e eficiente. Somente assim será exequível garantir o bem-estar e a qualidade de vida da população dessas regiões (Garnelo, 2019).

### 7.1.3 Reserva Extrativista de São João da Ponta

As primeiras informações coletadas em São João da Ponta, durante a pesquisa de campo, foram na sede do Conselho Gestor da Unidade, localizada no centro do referido município. Também levantamos a composição do referido Conselho para o biênio 2023/2024<sup>10</sup>.

Na região da Resex, existem o Ensino Fundamental até o 9º ano e um Centro de Referência da Assistência Social na vila de São Francisco. Nesse contexto, as comunidades contam com um integrante no Conselho Municipal de Saúde do município de São João da Ponta.

A unidade de saúde da área da Resex localiza-se na vila de Nova Deolândia, cuja estrutura de prédio da unidade é composta por: uma recepção, uma sala de imunização (vacinas), ambulatório, sala de reunião, consultório médico, sala com medicamentos (farmácia), sala de curativos, sala de PCCU (desativada), consultório odontológico, copa e banheiro. Trata-

---

<sup>10</sup> As entidades que compõem o Conselho Deliberativo da Resex de São João da Ponta são: Icmbio, Associação dos Usuários da Reserva Extrativista Marinha de São João da Ponta (Mocajuim), Comissão Nacional para o Fortalecimento das Reservas Extrativistas Costeiras Marinhas (Confrem Brasil), Sindicato dos Trabalhadores rurais, Colônia dos Pescadores, Emater, Núcleo de Meio Ambiente (Numa) da UFPA, Sedap, Auremag, Prefeitura Municipal, Câmara Municipal de Vereadores, Polo Bonfim, Polo Deolândia, Polo Guarajuba, Polo Porto Grande, Polo Cidade. Esses Polos representam a divisão do território da Resex.

se de um prédio adaptado no qual funcionava uma pequena escola. Importante ressaltar que a conservação dela é precária, tendo diversas necessidades de reparos e de pintura (Figura 8).

**Figura 8**– Imagem da unidade de saúde de Deolândia na Resex de São João da Ponta no período da pesquisa



**Fonte:** Elaborada pelo autor (2023).

A partir do levantamento da composição da equipe que atende na estratégia saúde da família de Deolândia, no período da pesquisa, havia: uma técnica em Enfermagem, uma enfermeira, um médico e quatro agentes comunitários de saúde, além do pessoal de apoio na unidade básica como agentes administrativos e serventes. O horário de funcionamento da UBS é das 7h às 14h de segunda a sexta. Com a ausência de dois ACS, em decorrência do falecimento de um e o afastamento de outra por problemas de saúde, a cobertura de atenção básica na Resex está comprometida, dado que há áreas descobertas da atenção primária em saúde.

Em toda a abrangência da Resex, existem cerca de 18 comunidades, sendo que, para o atendimento em ABS, a unidade de Nova Deolândia teria que dar cobertura para as comunidades: Nova Deolândia, Guarajuba, Guarajubinha, São Francisco, Porto Grande, Novo Horizonte, Santa Clara, Baunilha e Santana.

Essas últimas quatro mencionadas não possuem cobertura de atenção básica e há ausência de dados de perfil epidemiológico das comunidades, contexto já mencionado pela ausência de disponibilidade de ACS para realizar os levantamentos e visitas nessas áreas. Quando questionamos nas entrevistas sobre os atendimentos para esses moradores, a enfermeira e os ACS de outras áreas informaram que esses moradores, quando precisam, vêm até a unidade básica, de modo geral, para realizar procedimentos mais urgentes.

Além da UBS de Deolândia, o território da Resex de São João da Ponta possui outra unidade de saúde que funciona como extensão dessa primeira. Localizada em Guarajuba, a unidade conta com uma estrutura física mais adequada por ter sido projetada para os atendimentos de ABS. Contudo, os atendimentos são feitos uma vez por semana pelo médico e pela enfermeira da UBS Deolândia, que deixa de atender nessa unidade para estar na outra localidade.

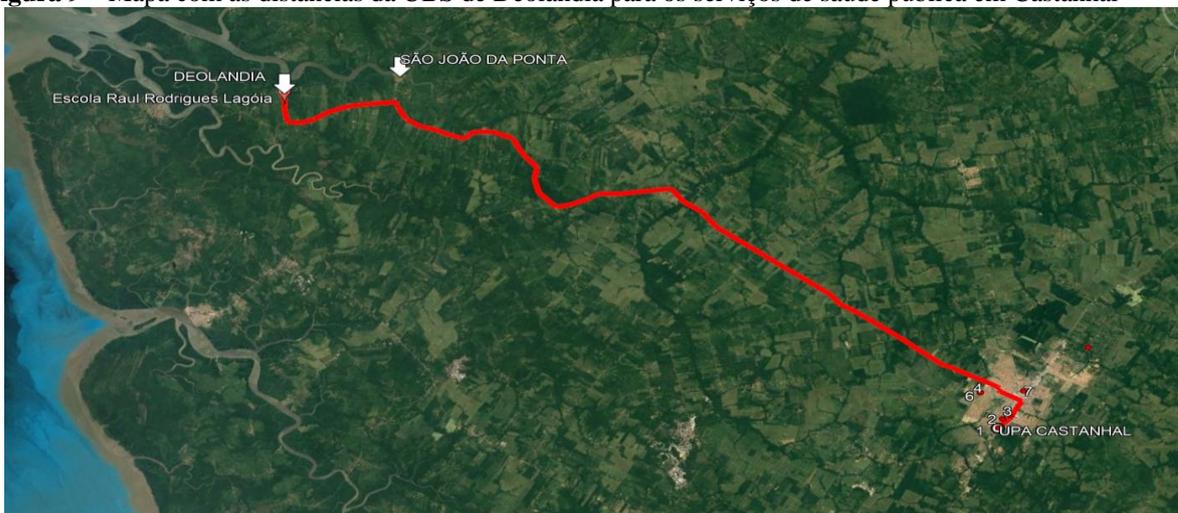
A partir da unidade de saúde de Deolândia, o (Quadro 5) reúne as distâncias para o pronto-socorro ou Upa 24h, maternidade, centro de especialidades odontológicas, centro de referência para consultas especializadas, hospital para estrutura para internação, centro de referência para diagnósticos laboratoriais e centro de referência para exames de imagem (ultrassom, tomografia e ressonância magnética).

**Quadro 5** – Barreiras geográficas com distâncias a partir da UBS Deolândia

	<b>Serviços de saúde</b>	<b>UBS Deolândia</b>
1	Pronto-socorro ou Upa 24h	67 km
2	Maternidade	65 km
3	Centro de Especialidades Odontológicas (Ceo)	65 km
4	Centro de referência para consultas especialidades	65 km
5	Hospital com estrutura para internação	65 km
6	Centro de referência para diagnósticos laboratoriais	65 km
7	Centro de referência para exames de imagem	64 km

**Fonte:** Google Earth (2023).

**Figura 9** – Mapa com as distâncias da UBS de Deolândia para os serviços de saúde pública em Castanhal



**Fonte:** Google Earth (2023).

Com a visita à localidade no período da pesquisa, constatamos a falta de infraestrutura adequada para a prestação de serviços de saúde. De acordo com os dados do (Quadro 5), o posto de saúde mais próximo é a UBS Deolândia, que atende às demais localidades e concentra os atendimentos para todas as comunidades da Resex. Essa distância pode parecer curta para quem vive em áreas urbanas, mas para quem vive em uma comunidade isolada, sem acesso a transporte público regular, percorrer essa distância pode se tornar uma barreira para se chegar aos serviços de saúde.

Além da distância, as barreiras geográficas também dificultam o acesso aos serviços de saúde. A região Amazônica é conhecida por suas vastas extensões de floresta densa, rios caudalosos e estradas precárias. A falta de infraestrutura viária adequada dificulta o deslocamento das comunidades até os centros urbanos, em que estão localizados os serviços de saúde. Com frequência, as únicas opções de transporte são embarcações fluviais, que ocasionalmente, estão disponíveis ou são seguras o suficiente para atender às necessidades de saúde emergenciais. Nesse contexto, Lima (2022, p. 5) asseverou:

Condições geográficas influenciam o acesso em todos os municípios, independentemente de a maior parte do deslocamento intra e intermunicipal ocorrer por rios ou estradas de difícil trafegabilidade. As dificuldades de acesso dos usuários às UBSs envolvem distâncias e tempos longos para deslocamento; insuficiência e alto custo do transporte e acesso às comunidades ribeirinhas ou rurais condicionado à sazonalidade – época de chuvas/cheias ou de vazante dos rios.

A falta de estrutura para atendimento médico especializado é outra questão preocupante. Os dados fornecidos mostram que não há centros de referência para consultas especializadas, diagnósticos laboratoriais ou exames de imagem na região. Isso significa que, além de percorrer longas distâncias para ter acesso a esses serviços, as comunidades também enfrentam a falta de profissionais especializados para atendê-las. Essa falta de especialização pode acarretar diagnósticos incorretos ou tratamentos ineficazes, aumentando o risco de complicações e agravando a situação de saúde dos moradores.

Outro ponto de preocupação é a falta de estrutura hospitalar para internação na região, pois o hospital mais próximo, com estrutura para internação, está a 65 km de distância. Em casos de emergência ou necessidade de tratamento prolongado, os moradores das comunidades precisam ser transportados até esse hospital, o que pode representar um grande desafio em termos logísticos e financeiros. A falta de um hospital local também torna o atendimento de urgência mais difícil, uma vez que a comunidade depende de um pronto-socorro ou Upa 24h, que também está a 65 km de distância.

Essas dificuldades de acesso aos serviços básicos de saúde impactam, diretamente, a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas que vivem nas Resex da região amazônica. A falta de estrutura adequada, aliada às longas distâncias e às barreiras geográficas, torna o acesso aos serviços de saúde um verdadeiro desafio.

Essa situação exige ações do poder público para garantir que essas comunidades tenham acesso equitativo aos cuidados de saúde por meio do fortalecimento da infraestrutura de saúde local, da capacitação de profissionais da área e da melhoria das condições de transporte e logística. Somente dessa maneira será possível garantir o direito básico à saúde para todos, independentemente de sua localização geográfica (Garnelo; Souza; Silva, 2017).

#### 7.1.4 Reserva Extrativista Mãe Grande de Curuçá

Com o levantamento inicial feito na sede da Associação da Resex, localizada no centro da cidade de Curuçá, verificamos a composição do seu Conselho gestor<sup>11</sup>.

A Reserva Extrativista Mãe Grande de Curuçá é a que possui a maior quantidade de localidades no seu território; somando todas as comunidades por toda a área litorânea e a Ilha de fora, chega a 30 comunidades, com aproximadamente 5.000 famílias (Icmbio, 2017). Para aplicar a pesquisa de campo, optamos por pesquisar as condições de atendimento em ABS nas comunidades das ilhas (Mutucal, Iririteua, Pedras Grandes, Arapira, Algodual e Tamatuteua), tendo como polo da atenção básica a unidade de saúde da família da vila de Mutucal.

Na Ilha de Fora, a disponibilidade de escola também se concentra na vila de Mutucal, com a oferta até o 5º ano. Especificamente na Ilha não há representante no Conselho de Saúde de Curuçá, contudo existe um representante da Resex no referido Conselho.

A estrutura da UBS de Mutucal (Figura 10) é composta por: uma recepção, uma sala de imunização (vacinas), ambulatório, consultório médico, sala com medicamentos (farmácia),

---

<sup>11</sup> Composição da Resex Mãe Grande de Curuçá: IcmBio, Prefeitura Municipal, Câmara Municipal de Vereadores, Emater, Numa da UFPA, Museu Paraense Emílio Goeldi (Mpeg), Associação dos Usuários da Reserva Extrativista Mãe Grande de Curuçá (Auremag), Confrem Brasil, Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS), Associação das Marisqueiras na Área da Resex Mãe Grande de Curuçá (Amar), Associação dos Caranguejeiros da Comunidade de Arapuri (Aca), Capitania dos Portos da Amazônia Oriental (Cpaor) – Marinha do Brasil, Colônia de Pescadores Z-5, Instituto de Desenvolvimento Socioambiental Lá no Mangue, Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais de Curuçá, Associação dos Amigos do Bosque Boa Lembrança e da Reserva Peixe Boi, Associação Comunitária Candeuva Boa União, Paróquia Nossa Senhora do Rosário, Associação de Aquicultor de Vila Lauro Sodré – Aquavila, Associação Raízes para o Futuro, Associação Comunitária Agropesqueira do Povoado de Algodual (Acapa), Associação dos Moradores e Parceiros do Recreio (Ampro), Polo Caratateua, Polo Vila Ponta de Ramos, Polo Boa Vista do Iririteua, Polo Nazaré do Mocajuba, Polo Candeuva e Polo Ilha de Fora.

sala de curativos, consultório odontológico, sala de Enfermagem conjugada com espaço para realizar PCCU, sala de triagem, copa e banheiros. Também existem mais duas unidades que a gestão municipal denomina de posto de apoio nas localidades de Iririteua e Pedras Grandes.

**Figura 10** – Imagem da unidade de saúde de Mutucal no período da pesquisa



**Fonte:** Elaborado pelo autor (2023).

A partir da unidade de saúde de Mutucal (Quadro 6), temos as distâncias para o pronto-socorro ou UPA 24h, maternidade, centro de especialidades odontológicas, centro de referência para consultas especializadas, hospital para estrutura para internação, centro de referência para diagnósticos laboratoriais e centro de referência para exames de imagem (ultrassom, tomografia e ressonância magnética).

**Quadro 6** – Barreiras geográficas com as distâncias a partir da UBS Mutucal

	<b>Serviços de saúde</b>	<b>UBS Mutucal</b>
1	Pronto-socorro ou UPA 24h	12 km
2	Maternidade	12 km
3	Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	76 km
4	Centro de referência para consultas especialidades	76 km
5	Hospital com estrutura para internação	12 km
6	Centro de referência para diagnósticos laboratoriais	12 km
7	Centro de referência para exames de imagem	76 km

**Fonte:** Google Earth (2023).

**Figura 11**– Mapa das distâncias da UBS de Mutucal para os Serviços de saúde pública na região



Fonte: Google Earth (2023).

Uma das principais dificuldades enfrentadas pelas pessoas da reserva é a distância (Figura 11). A UBS Mutucal, o Pronto-socorro ou Upa 24h e o hospital com estrutura para internação mais próximos estão localizados a 12 km da reserva. Embora não pareça uma distância considerável, é importante lembrar que a maioria das pessoas da reserva se locomove a pé ou de bicicleta, o que torna a jornada muito mais difícil e demorada.

Além disso, serviços especializados, como a maternidade, o centro de especialidades odontológicas, o Centro de referência para consultas especializadas, o Centro de referência para diagnósticos laboratoriais e o Centro de referência para exames de imagem estão a 76 km de distância da reserva. Tais serviços são essenciais para o atendimento de saúde adequado, mas a distância é um grande obstáculo para as pessoas da reserva, que, muitas vezes, não têm meios de transporte para chegar até lá.

Em resumo, a Reserva Extrativista Mãe Grande de Curuçá enfrenta enormes dificuldades de acesso aos serviços básicos de saúde, devido às distâncias e às barreiras geográficas. Essas dificuldades têm um impacto direto na saúde e no bem-estar das pessoas da reserva, as quais, com frequência, não conseguem receber o atendimento adequado.

## 7.2 Perfil epidemiológico e a realidade dos principais agravos em saúde nas localidades pesquisadas

No período das atividades de campo da pesquisa, as populações cadastradas para atendimentos em saúde, nos assentamentos rurais e nas Reservas Extrativistas, somaram 5.937 pessoas. Desse total, no assentamento de Cupiúba, havia 1.160 cadastros, com uma média de 2,1 pessoas/família; no assentamento de Taperuçu, a unidade de saúde tinha 2.115 pessoas cadastradas, com média de 3,6 pessoas/família. Na Resex de São João da Ponta (unidade de saúde de Deolândia), a soma foi de 1.361 cadastros, com média de 3,1 pessoas/família, e na Resex Mãe Grande de Curuçá (unidade de Mutucal), 1.301 cadastros, com uma média de 2,6 pessoas/família.

Nas tabelas a seguir, optamos por agrupar os dados dos dois assentamentos rurais para compararmos os perfis dos mesmos; em seguida, teremos o mesmo critério para os perfis epidemiológicos das duas reservas extrativistas, e seus dados serão agrupados para compararmos as realidades de suas populações e seus agravos.

**Tabela 7** – Caracterização do perfil dos usuários das UBS dos assentamentos rurais: A1 (Cupiúba) e A2 (Taperuçu), maio de 2023

Caracterização dos assentamentos	A1 (Cupiúba)		A2 (Taperuçu)	
	n	%	n	%
Pessoas atendidas	1.160	-	2.115	-
Nº de famílias	554	-	584	-
média (membros/família)	2,1	-	3,6	-
Visita ao RN até o 7º dia	1	0,1	2	0,1
Idoso maior de 80 anos	22	1,9	34	1,6
Crianças < de 6 meses	10	0,9	15	0,7
Crianças < de 2 meses	9	0,8	5	0,2
Crianças < de 5 anos	77	6,6	156	7,4
Adolescentes (10 a 19 anos)	151	13,0	467	22,1
Mulheres idade fértil (10 a 49 anos)	330	28,4	595	28,1
Mulheres de 25 a 64 anos	293	25,3	376	17,8
Idosos	136	11,7	158	7,5
Auxílio Brasil	121	10,4	286	13,5
Gestantes / Pré-natal de alto risco	8	0,7	8	0,4

**Fonte:** UBS de Cupiúba e de Taperuçu (2023).

**Nota:** A1 – Cupiúba (situado no município de Castanhal/PA); A2 – Taperuçu (situado no município de São Domingos do Capim-PA).

Os dois assentamentos rurais, A1 (Cupiúba) e A2 (Taperuçu), possuem características distintas em relação às pessoas cadastradas para atendimento. Apesar de haver uma diferença

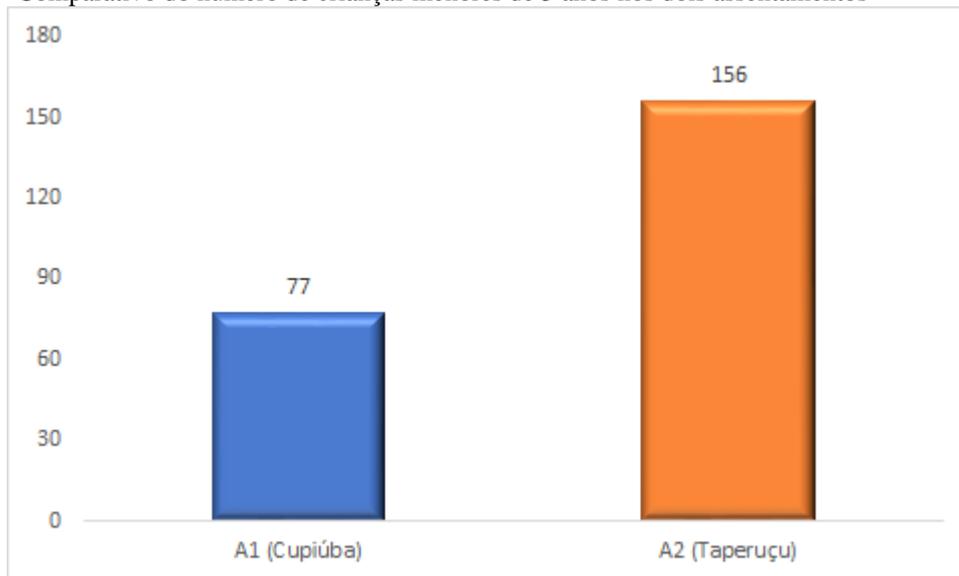
significativa no número de famílias e membros por família entre os dois assentamentos, ambos possuem uma população considerável inscrita nas UBS locais (Tabela 7).

No assentamento A1 (Cupiúba), há um total de 554 famílias, com uma média de 2,1 membros por família. Isso indica que esse assentamento é composto, principalmente, por famílias pequenas. Já no assentamento A2 (Taperuçu), há um total de 584 famílias, com uma média de 3,6 membros por família. Essa diferença evidencia que o assentamento A2 possui famílias maiores em comparação ao assentamento A1.

Em relação à faixa etária, ambos os assentamentos apresentam uma proporção semelhante de idosos com mais de 80 anos. No assentamento A1, há 22 idosos nessa faixa etária, representando 1,9% da população atendida. Por sua vez, no assentamento A2, há 34 idosos, representando 1,6% da população.

No que diz respeito às crianças, pode-se visualizar as diferenças entre os dois assentamentos a partir do (Gráfico 4).

**Gráfico 4** – Comparativo do número de crianças menores de 5 anos nos dois assentamentos



**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos achados das UBS de Cupiúba e Taperuçu (2023).

No assentamento A1, há 151 adolescentes entre 10 e 19 anos, representando 13% da população atendida. No assentamento A2, há 467 adolescentes, representando 22,1% da população. Esses números indicam que o assentamento A2 possui uma proporção maior de adolescentes em comparação ao assentamento A1.

No que se refere às mulheres, ambos os assentamentos evidenciam uma quantidade significativa de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos). No assentamento A1, há 330 mulheres nessa faixa etária, representando 28,4% da população atendida. No assentamento A2, há 595

mulheres, representando 28,1% da população. Além disso, o assentamento A1 detém um número considerável de mulheres entre 25 e 64 anos, com 293 mulheres, enquanto o assentamento A2 possui 376 mulheres nessa faixa etária.

Quanto aos idosos, o assentamento A1 tem 136 idosos, representando 11,7% da população atendida. Já o assentamento A2 possui 158 idosos, tendo um percentual de 7,5% da população. Esses números apontam que o assentamento A1 detém uma proporção maior de idosos em comparação ao assentamento A2.

Com base na (Tabela 8), pode-se dizer que os assentamentos rurais A1 (Cupiúba) e A2 (Taperuçu) têm características distintas em relação às pessoas inscritas para receberem atendimentos de saúde nas UBS. Enquanto o assentamento A1 possui famílias menores e uma proporção maior de idosos, o assentamento A2 tem famílias maiores e uma proporção maior de adolescentes. Ambos os assentamentos mantêm uma quantidade significativa de mulheres em idade fértil e crianças com menos de 5 anos. Além disso, os dois assentamentos têm uma pequena proporção de gestantes de alto risco.

**Tabela 8** – Problemas de saúde nos assentamentos rurais A1 (Cupiúba) e A2 (Taperuçu), maio de 2023

Caracterização dos agravos	A1 (Cupiúba)		A2 (Taperuçu)	
	n	%	n	%
Pessoas atendidas	1.160		2.115	
Hipertensos	129	11,1	113	5,3
Diabéticos	23	2,0	41	1,9
HAS/DM	45	3,9	14	0,7
Insulinas dependentes	7	0,6	2	0,1
Obesidades	7	0,6	4	0,2
Tabagismo	63	5,4	74	3,5
Acamados	10	0,9	8	0,4
Domiciliados	15	1,3	94	4,4
Hanseníase	0	0	2	0,1
Tuberculose	0	0	0	0
Álcool/drogas	80	6,9	101	4,8
Saúde mental	22	1,9	25	1,2

**Fonte:** UBS de Cupiúba e Taperuçu (2023).

**Nota:** A1, Cupiúba (situado no município de Castanhal-PA); A2, Taperuçu (situado no município de São Domingos do Capim-PA).

Nos assentamentos rurais A1 (Cupiúba) e A2 (Taperuçu), existem diversos agravos que afetam a saúde das pessoas que ali residem. Analisando os dados, é possível destacar alguns dos principais problemas de saúde enfrentados por essas comunidades.

No que tange às doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial e o diabetes, os assentamentos apresentam índices preocupantes. No assentamento A1 (Cupiúba), 11,1% das pessoas atendidas são hipertensas, enquanto no assentamento A2 (Taperuçu) esse índice é um pouco menor, com 5,3%. Em relação ao diabetes, o assentamento A1 (Cupiúba) possui 2% das pessoas atendidas com a doença; e no assentamento A2 (Taperuçu) esse número é de 1,9%.

Quanto aos dados de hipertensão no Brasil, realizou-se uma pesquisa ampla com dados de cerca de 90 mil pacientes em 2019, cuja conclusão é de que 23% dessa amostra tinha hipertensão. Em contrapartida, grande parte dessas pessoas não realizava acompanhamento de saúde regular, tanto que a variação do tratamento oscilou de 13% com pacientes na região Nordeste, 17,4% no Norte, 20,5% no Sudeste, 19,7% no Sul e 24,6% no Centro-Oeste (Tomasi *et al.*, 2022). Perante tal comparação, devemos explicar que os dados da nossa pesquisa se referem a pacientes com atendimento regular nas UBS locais e o percentual tem como referência a totalidade dos usuários cadastrados nelas, e não quantitativo da população total de cada localidade.

Outro agravante é a associação da hipertensão arterial e do diabetes, conhecida como HAS/DM. No assentamento A1 (Cupiúba), há 3,9% das pessoas atendidas com essa condição, enquanto no assentamento A2 (Taperuçu) esse número é muito menor, com apenas 0,7%.

No que concerne à dependência de insulina, o assentamento A1 (Cupiúba) possui 0,6% das pessoas atendidas nessa situação, ao passo que, no assentamento A2 (Taperuçu), esse número é de apenas 0,1%. A obesidade também é uma preocupação, com 0,6% das pessoas atendidas no assentamento A1 (Cupiúba) e 0,2% no assentamento A2 (Taperuçu).

O tabagismo também é um agravante da saúde dessas comunidades. No assentamento A1 (Cupiúba), 5,4% das pessoas atendidas são fumantes, enquanto no assentamento A2 (Taperuçu) esse índice é de 3,5%. Essa é uma preocupação, visto que o tabagismo está associado a diversas doenças pulmonares e cardiovasculares.

Outro agravante é a presença de pessoas acamadas. No assentamento A1 (Cupiúba), 0,9% das pessoas atendidas estão nessa condição, ao passo que, no assentamento A2 (Taperuçu), esse índice é de apenas 0,4%. Isso indica a necessidade de cuidados especiais e acompanhamento médico adequado para essas pessoas.

É importante destacar a presença de pessoas com problemas relacionados à saúde mental. No assentamento A1 (Cupiúba), 1,9% das pessoas atendidas têm problemas de saúde mental, no assentamento A2 (Taperuçu), por seu turno, esse índice é de 1,2%. Essa é um dado

preocupante, na medida em que a saúde mental é imprescindível para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas.

Outro aspecto que merece atenção é o consumo de álcool e drogas. No assentamento A1 (Cupiúba), 6,9% das pessoas atendidas fazem uso dessas substâncias; no assentamento A2 (Taperuçu), esse número é de 4,8%. Imperioso ressaltar que o consumo de álcool e drogas é prejudicial à saúde e pode levar a diversos problemas físicos e mentais.

Deve-se ressaltar que esses dados são baseados nas informações das pessoas atendidas nas UBS nos assentamentos rurais A1 (Cupiúba) e A2 (Taperuçu). No entanto, eles são indicativos dos principais agravos de saúde enfrentados por essas comunidades. Esses problemas demandam ações de prevenção, promoção da saúde e cuidados médicos adequados para garantir o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas que vivem nesses assentamentos.

A seguir, teremos a comparação dos dados das duas reservas extrativistas pesquisadas por serem comunidades tradicionais e encontrarem-se na mesma microrregião do Nordeste Paraense, mais especificamente na região do Salgado, nos municípios de Curuçá e São João da Ponta respectivamente.

Válido elucidar que as Reservas Extrativistas Mãe Grande de Curuçá, R1 (Mutucal), e a de São João da Ponta, R2 (Deolândia) evidenciam características distintas no tocante à sua população, conforme se observa na (Tabela 9). Relevante lembrar que a unidade Mutucal, que concentra os atendimentos da Ilha de Fora, representa uma parte de toda a Reserva de Curuçá.

**Tabela 9** – Caracterização do perfil dos usuários das UBS das Resex R1 (Mutucal/Curuçá) e R2 (Deolândia/São João da Ponta), junho de 2023

Caracterização das Resex	R1 (Mutucal/Curuçá)		R2 (Deolândia)	
	n	%	n	%
Pessoas atendidas	1.301	-	1.361	-
Nº de famílias	502	-	446	-
Média (membros/família)	2,6	-	3,1	-
Visita ao RN até o 7º dia	0	0	2	0,1
Idoso maior de 80 anos	42	3,2	20	1,5
Crianças < de 6 meses	7	0,5	17	1,2
Crianças < de 2 meses	7	0,5	3	0,2
Crianças < de 5 anos	70	5,4	104	7,6
Adolescentes (10 a 19 anos)	188	14,5	226	16,6
Mulheres idade fértil (10 a 49 anos)	304	23,4	274	20,1
Mulheres de 25 a 64 anos	239	18,4	246	18,1
Idosos	217	16,7	146	10,7
Auxílio Brasil	510	39,2	244	17,9
Gestantes / Pré-natal de alto risco	2	0,2	0	0

**Fonte:** UBS de Mutucal e de Deolândia (2023).

**Nota:** R1, Mutucal (situado no município Curuçá-PA); R2, Deolândia (situado no município de São João da Ponta-PA).

A (Tabela 9) mostra a presença de diferentes grupos etários nas Reservas Extrativistas. Na R1, há 42 idosos acima de 80 anos, representando 3,2% da população total, enquanto na R2 esse número é de 20 idosos, representando 1,5% da população. Por outro lado, ambas as Reservas apresentam um número significativo de crianças abaixo de 5 anos, com 70 na R1 e 104 na R2. Isso demonstra a relevância de políticas voltadas para a saúde e o bem-estar desses grupos mais vulneráveis.

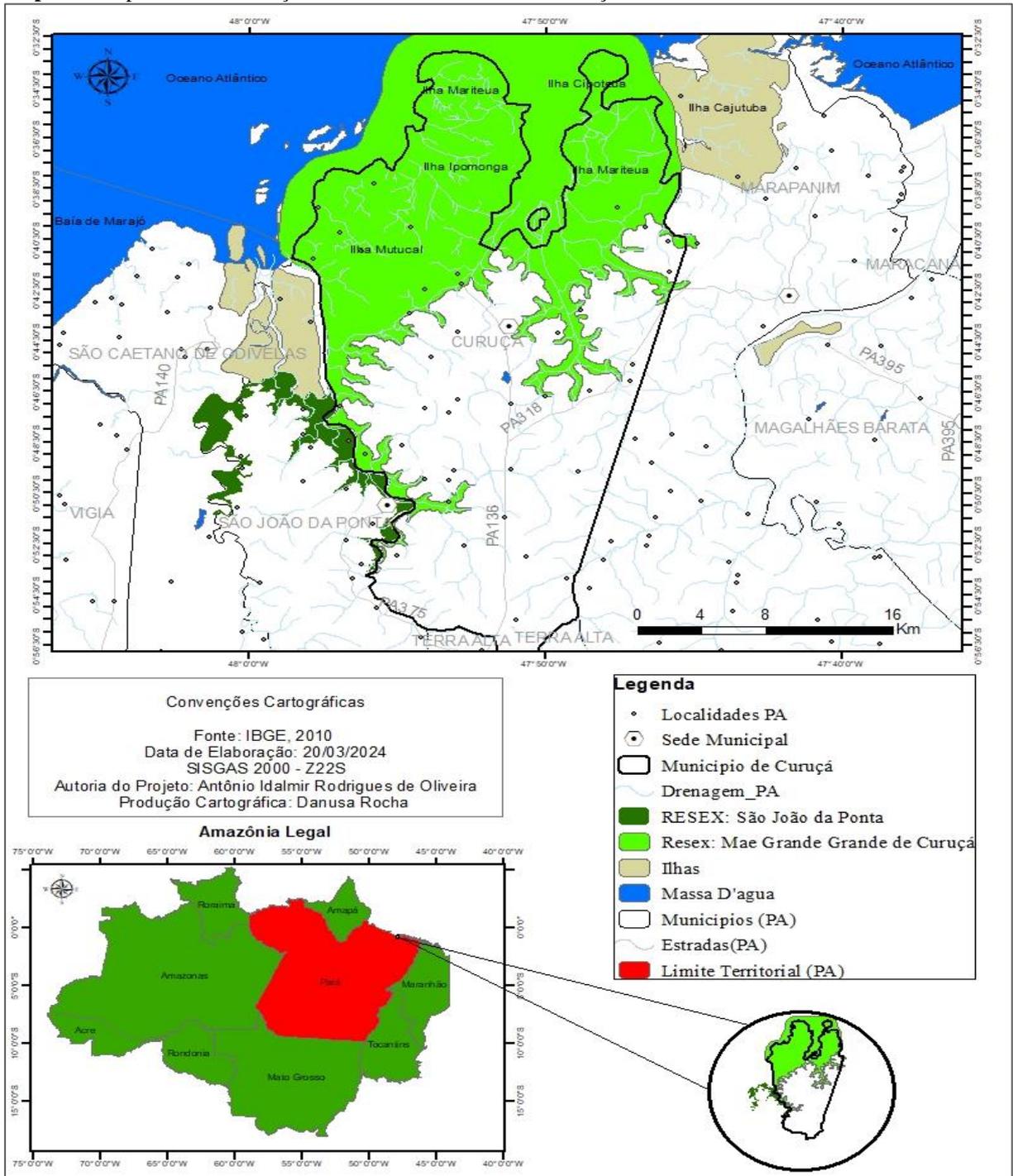
No que diz respeito à faixa etária dos adolescentes, a R1 possui 188 indivíduos entre 10 e 19 anos, representando 14,5% da população total, enquanto a R2 possui 226 adolescentes, ou seja, 16,6% da população. Essa presença significativa de adolescentes nas Reservas Extrativistas ressalta a importância de investimentos em educação e oportunidades de trabalho voltadas para essa faixa etária.

A (Tabela 9) também destaca a presença de mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos, nas duas Reservas Extrativistas. Na R1, há 304 mulheres nessa faixa etária, isto é, 23,4% da população total, enquanto na R2 esse número é de 274 mulheres, sendo 20,1% da população. Esses dados indicam a imprescindibilidade de programas de saúde voltados para as mulheres, como o pré-natal e o planejamento familiar.

A (Tabela 9) demonstra, ainda, a presença de idosos nas Reservas Extrativistas. Na R1, há 217 idosos, sendo 16,7% da população total, enquanto na R2 esse número é de 146 idosos, representando 10,7% da população. Esses dados ressaltam, portanto, a relevância de políticas de saúde e assistência social direcionadas para essa faixa etária, que, comumente, enfrenta desafios específicos relacionados à idade, além de uma assistência em saúde mais frequente.

Nesse contexto, é factível constatar que, a partir da leitura dos dados da (Tabela 9), as Reservas Extrativistas R1 (Mutucal) e R2 (Deolândia) têm características particulares relacionadas à sua população, embora estejam muito próximas geograficamente, conforme aponta o mapa do (Mapa 5) a seguir.

**Mapa 5** – Mapa com a localização das Resex Mãe Grande de Curuçá e de São João da Ponta



**Fonte:** Elaborado pelo autor a partir dos dados do IBGE (2010).

**Tabela 10** – Problemas de saúde nos assentamentos rurais R1 (Mutucal/Curuçá) e R2 (Deolândia/São João da Ponta), junho de 2023

Atendimentos e agravos	R1 (Mutucal)		R2 (Deolândia)	
	n	%	n	%
Pessoas atendidas	1.301		1.361	
Hipertensos	156	12	94	6,9
Diabéticos	74	5,7	64	4,7
HAS/DM	26	2	34	2,5
Insulinas dependentes	8	0,6	6	0,4
Obesidades	56	4,3	58	4,3
Tabagismo	50	3,8	127	9,3
Acamados	5	0,4	3	0,2
Domiciliados	108	8,3	21	1,5
Hanseníase	0	0	0	0
Tuberculose	1	0,1	1	0,1
Álcool/drogas	176	13,5	201	14,8
Saúde mental	16	1,2	9	0,7

**Fonte:** UBS de Mutucal e Deolândia (2023).

**Nota:** R1, Mutucal (situado no município Curuçá/PA); R2, Deolândia (situado no município de São João da Ponta/PA).

A partir dos dados apresentados, destacam-se os principais agravos que afetam a população dessas duas reservas. Em relação aos atendimentos e agravos, ambos os locais detêm uma quantidade significativa de pessoas atendidas, com 1.301 na R1 e 1.361 na R2. Esses números evidenciam a demanda por serviços de saúde nessas regiões, o que pode estar relacionado à falta de acesso a atendimento médico e de outros profissionais de forma adequada.

Nesse contexto, uma das principais doenças que acomete a população das duas Reservas Extrativistas é a hipertensão. Na R1, 156 pessoas (12%) são hipertensas, enquanto na R2, esse número é de 94 pessoas (6,9%). A hipertensão é uma condição crônica que requer cuidados constantes, de forma que esses dados indicam a necessidade de mais controle e tratamento dessa doença nessas comunidades (Lima, 2022).

Outro agravante para a população das reservas é o diabetes. Na R1, 74 pessoas (5,7%) são diabéticas, enquanto na R2, 64 pessoas (4,7%). O diabetes é uma doença que também requer cuidados contínuos e pode acarretar complicações graves se não for devidamente controlada. Portanto, deve-se oferecer um suporte adequado para o tratamento e o acompanhamento desses pacientes nessas áreas.

Nesse cenário, é preocupante o número de pessoas com histórico de tabagismo nas duas Reservas Extrativistas. Na R1, são 50 pessoas (3,8%) e, na R2, esse número é bastante elevado, com 127 pessoas (9,3%), evidenciando-se como um fator de risco para uma série de doenças, como câncer, problemas respiratórios e cardiovasculares, o que revela a necessidade de ações

de prevenção e combate ao tabagismo nessas comunidades, pois esse agravo é atribuição de cuidados e prevenção da equipe de estratégia saúde da família.

Outro agravante que merece destaque são as questões relacionadas ao álcool e às drogas. Na R1, 176 pessoas (13,5%) sofrem com esses problemas, enquanto na R2 esse número é ainda maior, com 201 pessoas (14,8%). O consumo abusivo de álcool e o uso de drogas podem acarretar problemas de saúde física e mental, além de impactar, negativamente, nas relações familiares e sociais. Nesse sentido, é necessário oferecer suporte e tratamento adequado para aqueles que sofrem com essas questões.

### **7.3 Plano Nacional de Vacinação contra *Covid-19* e as populações inseridas na pesquisa**

Com o estabelecimento do Plano Nacional de Vacinação contra a *Covid-19* a partir de março de 2021, foram incluídos como prioridade, por exemplo, os povos nativos, as populações quilombolas, os profissionais de saúde, os idosos, as gestantes e puérperas e as pessoas com comorbidades e com deficiências físicas e mentais.

Outros grupos também foram incluídos, levando em conta as vulnerabilidades no que tange à exposição ao risco da doença; “a exemplo, citam-se pessoas em situação de rua, refugiados residentes em abrigos e pessoas com deficiência permanente, grupos populacionais que têm encontrado diversas barreiras para adesão a medidas não farmacológicas” (Brasil, 2021, p. 19).

Embora o Plano Nacional faça menção a populações em situação de vulnerabilidade, do ponto de vista histórico e social, como os indígenas e os quilombolas, não existe intenção no plano de priorizar grupos como assentados rurais e residentes em Reservas Extrativistas. Esses grupos que participaram da pesquisa também apresentam condições restritivas, mormente, por condições políticas, geográficas e necessidades de cobertura de diversos serviços, que poderiam contribuir para o bem-estar desses povos.

No Estado do Pará, a vacinação contra a *Covid-19* segue, até o momento da pesquisa<sup>12</sup>, no ritmo aceitável tão somente no que concerne à primeira dose das vacinas, diferentemente da segunda dose<sup>13</sup>, que ultrapassou a metade da população (55,45%), embora muito incipiente ainda seja a aplicação da terceira dose, ou dose de reforço (4,65%), conforme (Tabela 11).

---

<sup>12</sup> Na data em que esta pesquisa se propôs a investigar o tema (5 de dezembro de 2021).

<sup>13</sup> *Ibidem*.

**Tabela 11** – Aplicação de doses contra a *Covid-19* no Estado do Pará, dezembro de 2021

Dose	Doses aplicadas	Percentual
1ª dose	5.432.984	72,75%
2ª dose/dose única	4.141.208	55,45%
3ª dose/dose de reforço	347.528	4,65%

Fonte: Vacinômetro da SESP (2021).

Quanto à vacinação contra *Covid-19*, informada pela Secretaria de Saúde do Estado do Pará, não encontramos dados de doses aplicadas, especificamente, em grupos que residem em assentamentos rurais e Reservas Extrativistas, de forma que aparecem tão somente dados específicos de grupos como indígenas, população quilombola e população ribeirinha.

A vacinação contra a *Covid-19*, nos dois assentamentos federais aplicadas em 2021, demanda uma conformidade entre os locais de Cupiúba, em que houve um alcance, sobretudo, da primeira dose (441) no que tange à população cadastrada na unidade de saúde local (604) (Tabela 12). Nesse primeiro assentamento, houve um decréscimo comum ocorrido no Estado, conforme dados da SESP, na aplicação da segunda dose e da dose de reforço. O que, de fato, chama atenção são os quantitativos de doses aplicados na localidade de Taperuçu com a 1ª (1.343) e a 2ª (1.122) doses, superando o quantitativo da população inscrita na unidade de saúde da localidade (1.121).

**Tabela 12** – Vacinação contra a *Covid-19* nos assentamentos Cupiúba e Taperuçu em 2021

Doses	Cupiúba	%	Taperuçu	%
1ª	441	73,01	1.343	119,80
2ª	231	38,24	1.122	100,09
Reforço	183	30,29	561	50,04

Fonte: e-Sus/MS (2021).

Em 2022, no Assentamento de Cupiúba, foram aplicadas 855 doses no total, representando uma alta cobertura na imunização anti *Covid-19*; já em Taperuçu, foram aplicadas apenas 821 doses somadas, inclusive, com as de reforço, evidenciando uma queda na imunização anti *Covid-19* de mais de 50% na localidade (e-Sus).

Quanto às Resex, os registros do sistema e-Sus apontam a aplicação de 20 doses na UBS de Deolândia em 2022, ressaltando uma probabilidade de não alimentação dos dados de imunização no sistema oficial por parte da gestão municipal. Na região pesquisada da Resex Mãe Grande de Curuçá, mais precisamente com os dados da UBS de Mutucal da vacinação anti *Covid-19* em 2022, houve números bastante satisfatórios, com 1.950 doses aplicadas.

Quanto aos dados de vacinação dos assentamentos informais, será preciso realizar levantamento com as populações nas localidades, visto que não existem unidades de saúde

nesses territórios. Nas Resex inseridas nesta pesquisa, será necessário o levantamento de todas as unidades de saúde localizadas nas comunidades pertencentes a elas para que se obtenham os dados de doses aplicadas.

Adiante, serão apresentados os dados coletados a partir das entrevistas com os ACS, os usuários e os gestores que integram o sistema de saúde que as populações dessas áreas utilizam.

#### 7.4 Resultados da percepção dos ACS dos territórios pesquisados

Nesta seção, são apresentados os resultados da percepção com base nas respostas dos Agentes Comunitários de Saúde dos dois assentamentos e das duas Reservas Extrativistas pesquisadas. Com base na entrevista, conforme os questionários de 1 e 2 (Apêndices G e H), fez-se um levantamento de dados de ordem quantitativa e perguntas subjetivas para obter informações qualitativas, com o propósito de compreender a percepção dos ACS acerca do acesso à saúde dos moradores dessas localidades. Desse modo, apresentaremos, na (Tabela 13), os dados e as informações de Cupiúba, Taperuçu, São João da Ponta e Curuçá.

**Tabela 13** – Equipe de atendimento em saúde dos assentamentos e Reservas Extrativistas

	Cupiúba	Taperuçu	S. J. da Ponta	Curuçá
ACS	4	6	4	7
Técnico de Enfermagem	1	2	3	3
Enfermeiro	1	2	1	1
Dentista	-	1	1	1
Auxiliar de dentista	-	1	1	1
Médico	1	1	1	1

**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos ACS de Cupiúba, Taperuçu, S. J. da Ponta e Curuçá (2023).

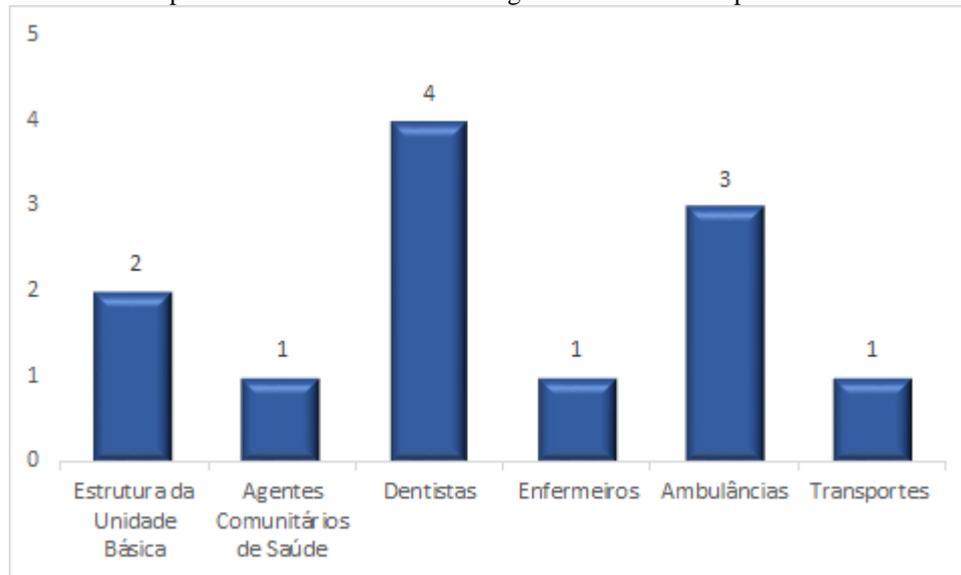
No que tange à equipe de atendimento em saúde do assentamento de Cupiúba, com base na resposta dos ACS, tem-se a seguinte configuração: a presença de apenas um técnico de Enfermagem, um enfermeiro, um médico e nenhum dentista ou auxiliar de dentista, o que indica uma lacuna na oferta de serviços de saúde bucal. A ausência de profissionais especializados na área odontológica pode dificultar o acesso a tratamentos preventivos e curativos relacionados à saúde bucal, prejudicando a qualidade de vida dos moradores.

Quanto à frequência da visita médica, todos os ACS responderam que esta se dá mensalmente. Já no que diz respeito à frequência da visita dos próprios ACS, dois deles responderam que a fazem semanalmente, enquanto dois afirmaram que as visitas são mensais. Três dos agentes comunitários de saúde destacaram realizar as visitas sempre que necessário.

No que concerne ao transporte utilizado em ocasiões de emergência, os ACS afirmaram não haver uma ambulância disponível para o atendimento aos moradores. Estes utilizam carro próprio. Isso significa que, em situações de emergência, é preciso que os moradores localizem algum residente do assentamento que tenha veículo para chegar ao suporte necessário.

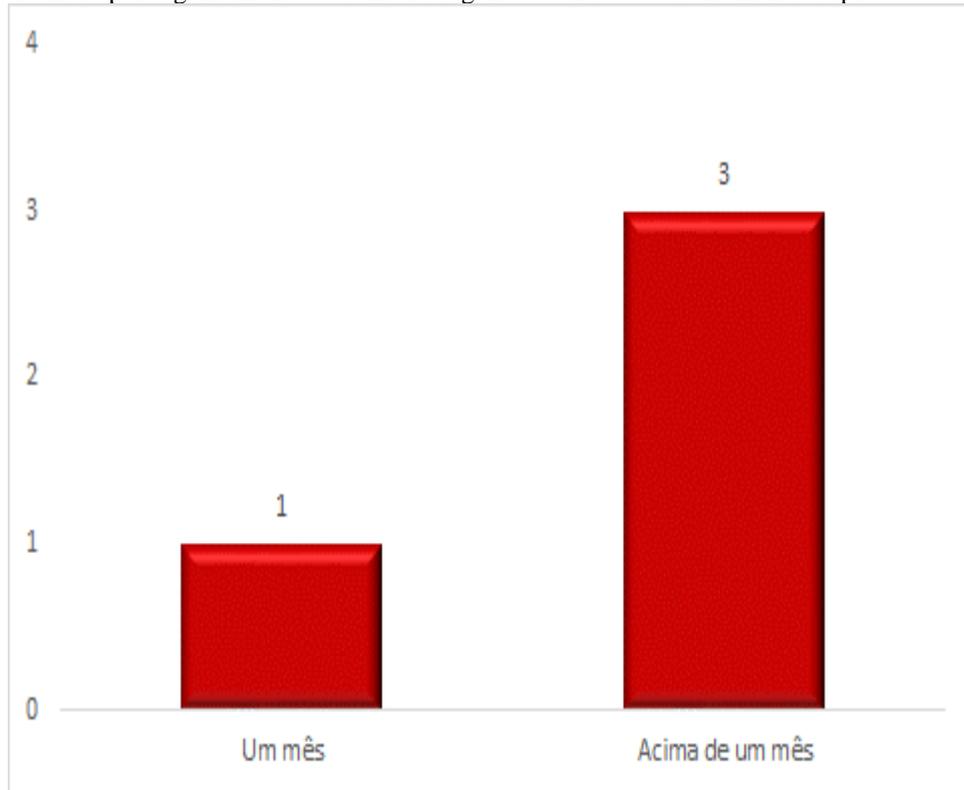
Quando questionados acerca do que seria necessário para que houvesse um aumento na qualidade do atendimento aos moradores do assentamento, os ACS de Cupiúba responderam, tendo a opção de múltiplas escolhas.

**Gráfico 5** – Necessidades para um melhor atendimento segundo os ACS de Cupiúba



**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos ACS de Cupiúba (2023).

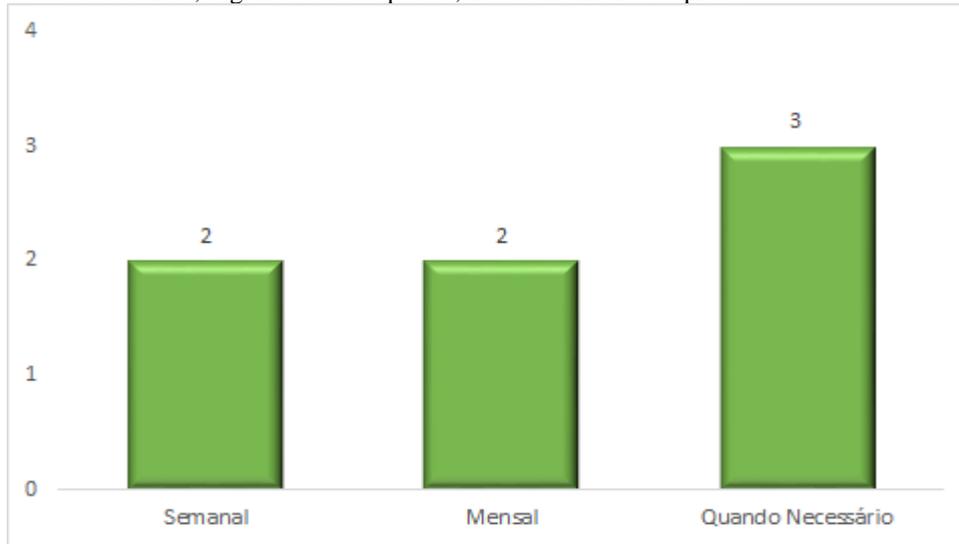
O (Gráfico 5) evidencia que a preocupação dos ACS diz respeito à falta de cobertura dos moradores com respeito à saúde bucal, visto que todos responderam necessitar de dentistas para atender à comunidade. Três deles destacaram o papel preponderante de ambulâncias para garantir o deslocamento dos moradores em ocasiões de emergência.

**Gráfico 6** – Período para agendamento de consulta segundo os ACS do assentamento Cupiúba

**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos ACS de Cupiúba (2023).

Quanto ao período para agendamento de consulta, destaca-se que a maioria dos ACS apontou que estes costumam levar mais de um mês e apenas um ACS respondeu que o agendamento ocorre em um mês (Gráfico 6). Em conformidade com Garnelo *et al.* (2020), o tempo de espera por uma consulta implica desistência por parte dos moradores. Em vista disso, pode-se afirmar, conforme a percepção dos autores, tratar-se de uma barreira ao acesso dos moradores à saúde. A questão do transporte em ocasiões de emergência, nesse caso, na ausência de tal transporte adequado, também se constitui em uma barreira de acesso ao sistema de saúde.

Quanto à frequência da visita médica, todos os ACS responderam que esta se dá mensalmente (Gráfico 6). No tocante à frequência da visita dos próprios ACS, dois deles responderam que a fazem semanalmente, enquanto dois afirmaram que as visitas são mensais. Três dos agentes comunitários de saúde destacaram realizar as visitas sempre que necessário (Gráfico 7).

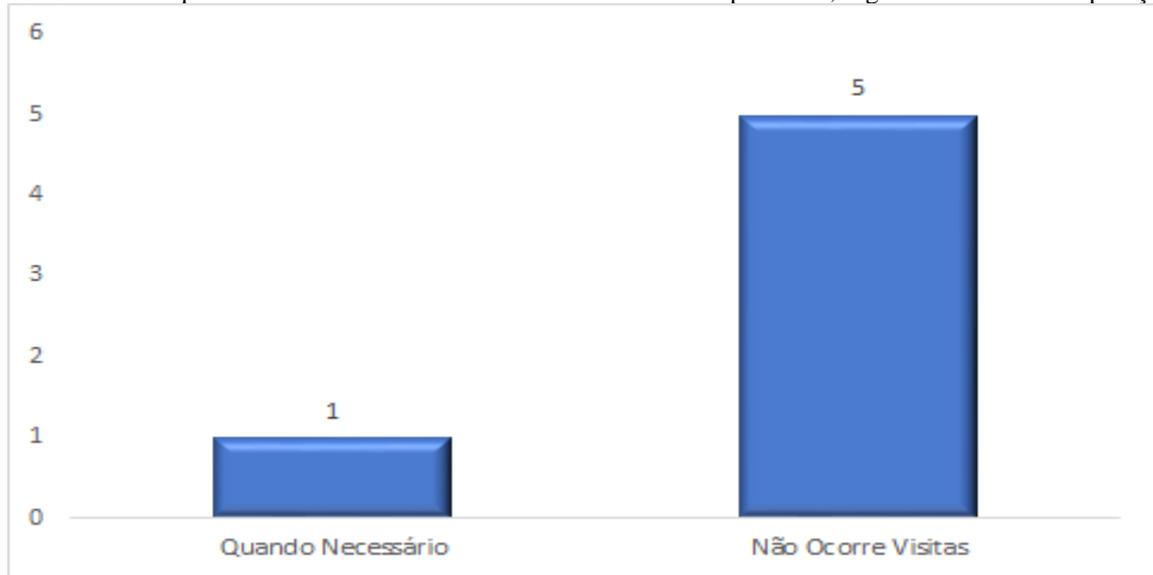
**Gráfico 7** – Visitas dos ACS, segundo suas respostas, no assentamento Cupiúba

**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos ACS de Cupiúba (2023).

No que tange ao transporte utilizado em ocasiões de emergência, os ACS afirmaram não haver uma ambulância disponível para o atendimento aos moradores. Estes, na verdade, utilizam carro próprio. Isso significa que, nas situações de emergência, é preciso que os moradores localizem algum residente do assentamento que tenha veículo para chegar ao suporte necessário (Gráfico 5). Quanto ao preenchimento de dados dos moradores, este se dá de forma totalmente eletrônica pelos ACS, que também afirmam não haver áreas descobertas na localidade.

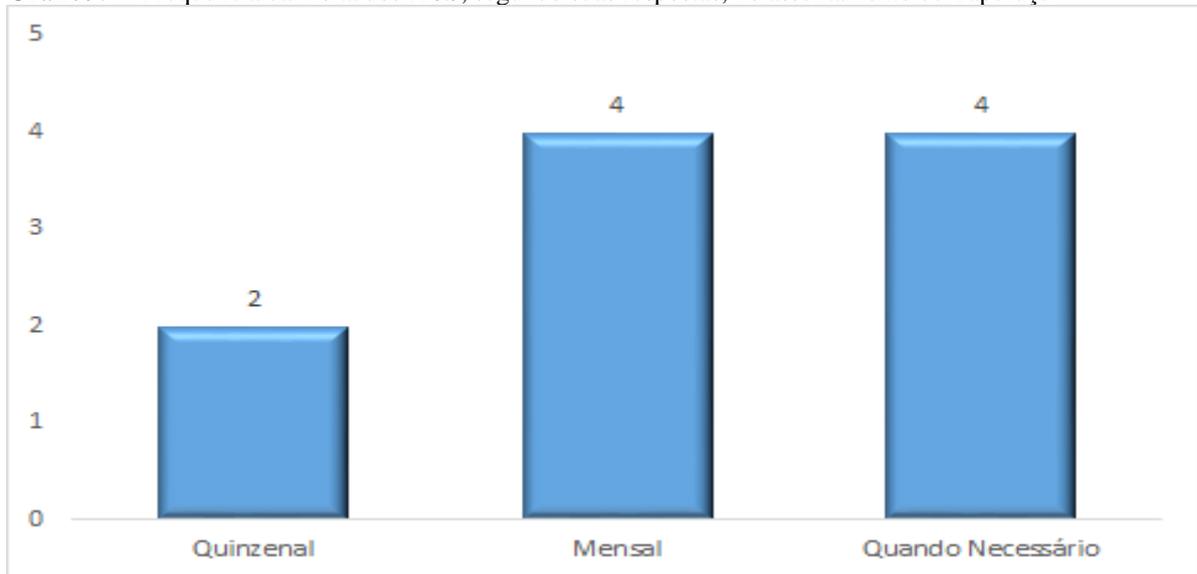
Quanto ao assentamento de Taperuçu, há um total de seis ACS (Tabela 13). Quando indagados acerca da formação da equipe de saúde da família, vê-se, pelas respostas dos ACS, que, embora a equipe esteja completa, contendo, ao menos, um membro para cada uma das funções, estes são em número reduzido, o que aumenta a carga de trabalho de todos. Pode-se afirmar, então, que o número de profissionais da saúde é insuficiente para a comunidade.

No que diz respeito à frequência das visitas médicas nas residências dos pacientes, a maioria dos AC asseverou que estas sequer ocorrem, sendo que apenas um deles afirmou que o médico visita os usuários quando necessário. Dessa maneira, a população desse assentamento rural não usufrui de um procedimento básico da estratégia saúde da família que é a visita domiciliar, particularmente, os usuários que precisam dessa atenção.

**Gráfico 8** – Frequência das visitas dos médicos nos domicílios dos pacientes, segundo os ACS de Taperuçu

**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos ACS de Taperuçu (2023).

Quanto à frequência da visita dos ACS aos moradores, esta ocorre com mais frequência, sendo que a maioria deles afirmou realizá-las mensalmente. Na mesma proporção, respondeu efetuá-la quando necessário, levando em consideração o quadro clínico do paciente. Um dos ACS apontou que realiza as visitas aos moradores quinzenalmente.

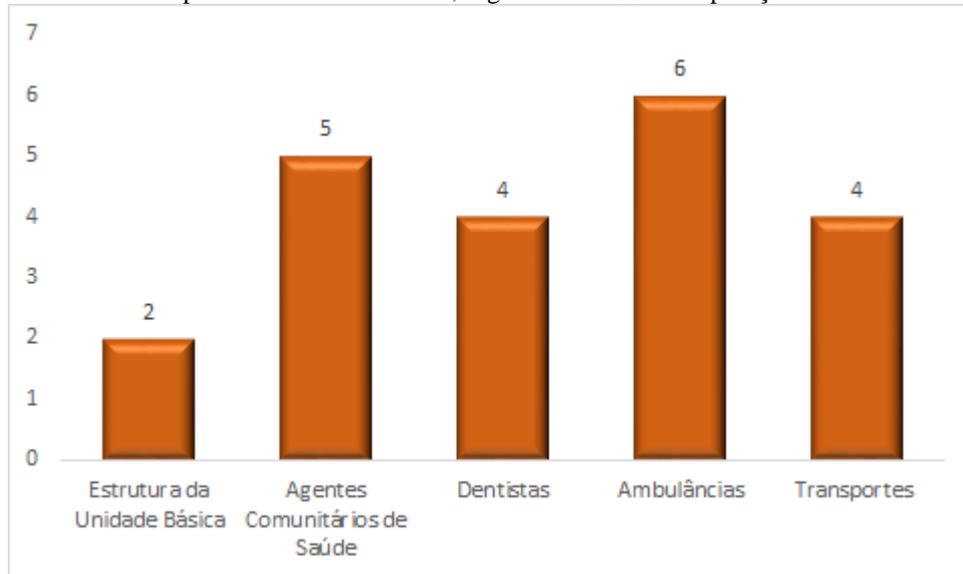
**Gráfico 9** – Frequência da visita dos ACS, segundo suas respostas, no assentamento de Taperuçu

**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos ACS de Taperuçu (2023).

Quanto à questão do transporte, dá-se o mesmo problema que no assentamento anterior. Não há ambulância e os moradores precisam recorrer a carros de outros membros da comunidade, sempre que ocorrem situações de emergência.

No que tange às necessidades para se proporcionar à população um melhor atendimento, as respostas foram unânimes quanto à opção ambulância (Gráfico 10).

**Gráfico 10** – Necessidades para melhor atendimento, segundo os ACS de Taperuçu



**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos ACS de Taperuçu (2023).

É notável o destaque dado pelos ACS à questão do transporte. A ambulância é uma demanda essencial dessa comunidade. Dessa forma, percebe-se, pelas respostas dos seis entrevistados, que o assentamento fica a 65 km de distância da sede do município de São Domingos do Capim, além de não possuir uma estrutura razoável para esses atendimentos. De acordo com Leal *et al.* (2010), entre as principais barreiras de acesso ao sistema de saúde pelos moradores de região Amazônica, o transporte é uma das mais importantes.

No tocante à questão do transporte, dá-se o mesmo problema que no assentamento anterior. Não há ambulância, e os moradores precisam recorrer a carros de outros membros da comunidade, sempre que ocorrem situações de emergência (Gráfico 10).

No que tange ao período para agendamento de uma consulta, todos os seis ACS destacaram que estas costumam demorar até seis meses, como ocorre no assentamento de Cupiúba. A forma de preenchimento dos dados pelos ACS é totalmente eletrônica. Além disso, estes relataram que, lamentavelmente, há áreas descobertas no assentamento, o que significa se tratar de espaços que não recebem visitas dos ACS e, portanto, encontram-se em completa situação de vulnerabilidade.

Nesse cenário, as comunidades de Baunilha, Santana, Santa Clara e Novo Horizonte não têm esse atendimento dos agentes, e, em decorrência disso, não conseguem realizar seus

devidos acompanhamentos na UBS e inserirem-se nos fluxos de referências para outras unidades de saúde.

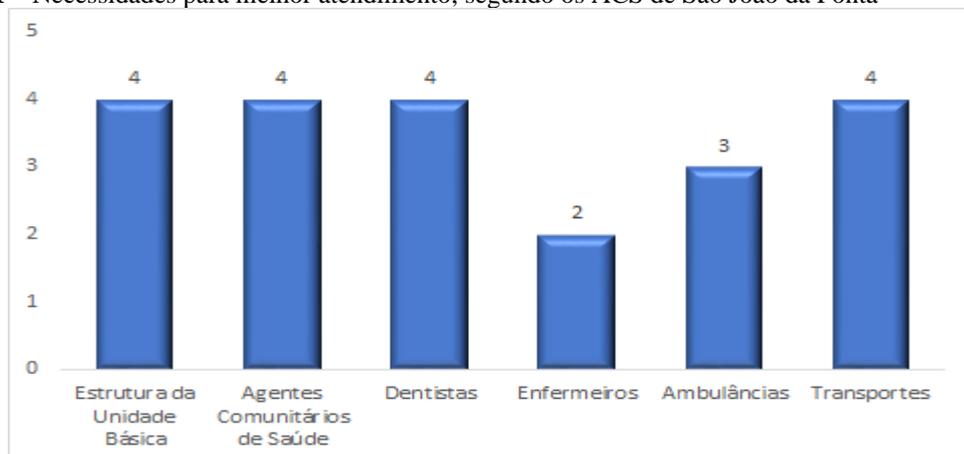
No que diz respeito à Reserva Extrativista de São João da Ponta, no quadro de profissionais da saúde, a equipe se encontra incompleta pela ausência desses ACS. Além desse tipo de profissional, necessitaria de mais um médico e um enfermeiro para que a equipe seja capaz de atender a todas as comunidades da Resex. Isso porque a carga de trabalho é bastante grande para os membros dessa equipe mínima, os quais estavam disponíveis no período da pesquisa. De tal forma que o número de profissionais está muito longe de ser o suficiente para os atendimentos de atenção básica de forma integral.

Quanto à frequência de visita médica, todos os ACS responderam que esta acontece mensalmente. Sobre as visitas realizadas pelos ACS, estes afirmaram que as realizam mensalmente e sempre que necessário. Um deles afirmou realizá-las semanalmente.

Acerca do transporte, na Reserva Extrativista de São João da Ponta, destaca-se que há ambulância apenas na sede do município de São João da Ponta. Quando existe a necessidade desse serviço, é preciso manter contato com a Secretaria de Saúde para o que o veículo se dirija até a Resex. Ainda assim, constatamos, na própria unidade de Deolândia, que estaria disponível apenas uma ambulância para todo território de São João da Ponta nos dias que estivemos na localidade.

Quanto às necessidades para um melhor atendimento aos moradores da localidade, nota-se, nas respostas dos ACS (Gráfico 11), que há uma demanda de todos os entrevistados por uma estrutura da Unidade Básica muito mais desenvolvida, bem como por um número maior de ACS, de dentistas e de ambulâncias. Dois dos ACS afirmaram ser necessário mais um enfermeiro(a) para melhorar o atendimento à comunidade.

**Gráfico 11** – Necessidades para melhor atendimento, segundo os ACS de São João da Ponta



**Fonte:** Elaborado pelo autor ACS de São João da Ponta (2023).

Na ótica de Lima (2022), há várias razões para essa escassez de enfermeiros, incluindo a falta de infraestrutura adequada, a dificuldade de recrutamento e retenção de profissionais de saúde e a falta de investimentos em treinamento e capacitação. Uma das principais consequências dessa ausência de enfermeiros é a dificuldade enfrentada pelos moradores da região de obter atendimento médico oportuno e de qualidade. Muitas comunidades da região Amazônica são remotas e de difícil acesso, entre as quais, as estudadas na presente pesquisa, o que torna ainda mais desafiador o fornecimento de cuidados de saúde adequados.

Para o autor, sem enfermeiros para fornecer atendimento primário e especializado, os moradores, frequentemente, têm de viajar longas distâncias para receber tratamento de saúde, o que pode ser caro e demorado. Além disso, a ausência de enfermeiros também impacta, negativamente, a prevenção de doenças e a promoção da saúde na região amazônica.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na educação da comunidade sobre práticas saudáveis e na prevenção de doenças através da vacinação e do aconselhamento acerca dos hábitos de vida saudáveis. Sem esses profissionais, o trabalho de promoção da saúde se torna muito mais difícil e menos eficaz. Destaca-se, então, a ausência de enfermeiros na região como uma das barreiras de acesso ao sistema de saúde pelos moradores da Reserva Extrativista.

A demora no agendamento de consultas, que ultrapassa o período de um mês, segundo os ACS, também se constitui em uma barreira de acesso, na medida em que promove a desistência por parte dos moradores.

Nessa comunidade, os ACS preenchem os dados por meios eletrônicos. Vale destacar que há, também, áreas descobertas, de tal modo que existem moradores que sequer recebem a visita dos ACS, ocasionando uma dificuldade considerável para que tenham acesso a outros serviços de saúde.

No que concerne à Reserva Extrativista de Mãe Grande de Curuçá, a Equipe de Saúde de Família se encontra completa, ainda que o número de funcionários seja bastante reduzido. Isso faz com que a carga de trabalho dos membros da equipe seja bastante grande e, conseqüentemente, seu atendimento seja ineficaz para cobrir todas as necessidades das localidades, as quais a UBS serve como referência para a Resex.

Quanto à frequência das visitas médicas, estas se dão quando necessário, conforme resposta dos ACS. A frequência de visita dos ACS aos moradores é mensal. Quanto ao transporte, todos afirmaram haver ambulância na localidade, entendendo que essa ambulância fica na unidade de saúde de Mutucal para cobrir toda a Ilha de Fora.

Quanto às necessidades para um melhor atendimento aos moradores da localidade, assim afirmaram os ACS em resposta à pergunta número 6 do questionário 2 (Apêndice G).

**Gráfico 12** – Necessidades para um melhor atendimento segundo os ACS de Mãe Grande de Curuçá

**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos ACS de Mãe Grande de Curuçá (2023).

Conforme apontado pelo (Gráfico 12), a maioria dos ACS se preocupa com a estrutura da Unidade Básica de Saúde, mencionando, principalmente, a ausência de materiais e equipamentos necessários para os atendimentos. Por esta, estende-se, também, a disponibilidade de funcionários em quantidade adequada para a carga de trabalho, como ocorre com os dentistas, uma das principais demandas citadas pelos ACS. Todavia, o que há de mais preocupante são as áreas descobertas que eles relatam haver nessa ilha da Reserva Extrativista, como no caso das comunidades de Tamaruteua e Pindobal, que não são cobertas pela visita dos ACS.

Após as respostas mais objetivas do questionário por parte dos ACS, fizeram-se questionamentos com perguntas semidirigidas a eles, com o propósito de averiguar a sua percepção a respeito do acesso dos moradores dos dois assentamentos e das duas Reservas Extrativistas aos serviços de saúde e as barreiras que estes enfrentam.

Dessa forma, quando questionados sobre os cidadãos excluídos (pergunta 13 dos Apêndices F e G), sem facilitação de atendimento em saúde pública em cada localidade, esses profissionais tiveram respostas diferentes. Embora trabalhem nas mesmas localidades, é notável que isso se deu em virtude de proteger suas condições de atuação, mas também suas vinculações com os gestores municipais.

Entre os ACS de Cupiúba, menciona-se que algumas pessoas não buscam atendimento nas unidades de saúde. Na verdade, há que se problematizar tal afirmação. Na perspectiva de Lima (2022), muitos cidadãos desistem do atendimento em vista da demora na realização das consultas, que, conforme os dados do (Gráfico 12), podem levar mais de um mês para acontecer.

Nesse contexto, os entrevistados também destacam que a falta de atendimentos necessários é uma realidade. A ausência de dentistas, por exemplo, é mencionada como uma limitação nos serviços prestados à comunidade. Essa falta de profissionais e especialidades pode contribuir para a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde adequados.

A leitura das entrevistas revela a existência de desafios no acesso aos serviços de saúde relacionados aos hábitos e à desistência dos cidadãos, como explicou D. M. S. R., ACS, há 21 anos em Cupiúba: com frequência, essa desistência se dá em razão da demora do atendimento médico, sobretudo, quando esses usuários são encaminhados às consultas especializadas. Isso indica a necessidade de aprimorar a oferta de serviços de saúde na localidade e na região, incluindo a garantia de profissionais e especialidades que atendam às demandas da população (Garnelo *et al.*, 2020).

Quanto aos ACS do assentamento de Taperuçu, o entrevistado V. R. B. destacou a necessidade de médicos e enfermeiros que realizem visitas domiciliares, mencionando a existência do Programa Mais Médicos, que ainda não chegou à sua região. Ele também evidenciou que houve alguma melhoria desde o início, embora ainda enfrentem desafios no atendimento a famílias que vivem a 28 km de distância.

O segundo entrevistado em Taperuçu, J. F. O. M. afirmou que todos que procuram a unidade de saúde são atendidos, ainda assim ressaltou a importância de as pessoas procurarem pelos serviços. Isso sugere que pode haver uma falta de conscientização ou busca pelos serviços de saúde por parte da população.

O terceiro entrevistado no mesmo assentamento, N. S. S., expressou sua percepção de que a região não possui o tratamento necessário e, em casos graves, os pacientes necessitam se deslocar para outras cidades como Tomé-Açu ou Belém. Aspecto que indica uma falta de recursos ou especialidades médicas na localidade (sede do município de São Domingos do Capim) e nos municípios mais próximos.

A quarta entrevistada M. S. L. concordou com o segundo entrevistado, afirmando que todos que vão até a unidade de saúde são atendidos. No entanto, essa afirmação pode ser contraditória com a falta de acesso mencionada pelos outros entrevistados.

O entrevistado T. S. C. P. mencionou as dificuldades da distância, ainda assim reforçou que aqueles que vão à unidade de saúde são atendidos. Ela também mencionou que algumas pessoas se excluem e não cuidam da própria saúde, o que pode contribuir para a falta de acesso aos serviços. A questão de “se excluir” ou de “não cuidar da própria saúde”, muitas vezes, tem relação direta com a demora na prestação dos atendimentos nessa região, em especial, as consultas especializadas.

No que diz respeito aos ACS da Reserva Extrativista de São João da Ponta, a primeira entrevista, realizada com M. B. C., destacou a importância dos Agentes Comunitários de Saúde para o funcionamento dos serviços de saúde. Ela afirma que, em áreas nas quais não há ACS, as coisas não acontecem e, portanto, o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde é prejudicado. Além disso, ela mencionou a necessidade de avisar aos usuários com antecedência sobre as consultas, pois se o aviso for feito com uma semana de antecedência, as pessoas não comparecem.

Na segunda entrevista, a ACS S. M. F. S. apontou a existência de pessoas sem tratamento que coincide, segundo ela, com cidadãos sem ocupação, desempregados e, em alguns casos, sem cuidados parentais, exceto pelos benefícios do governo que podem receber. Isso indica que algumas pessoas podem não ter acesso adequado aos serviços de saúde por falta de recursos ou oportunidades.

A terceira ACS entrevistada, L. A. C., apontou que todos que procuram o posto de saúde são atendidos, embora, raramente, as pessoas continuem seus tratamentos. Essa perspectiva sugere que a falta de acesso aos serviços de saúde pode ser atribuída à falta de interesse ou motivação dos cidadãos, ainda que o atendimento ao qual L. A. C. se referiu demore mais de um mês. Quando questionada acerca desse tempo de espera por uma consulta com ginecologista ou ortopedista, por exemplo, respondeu que, em média, são cinco meses de espera. Sendo, portanto, a isso que se pode atribuir a desistência dos cidadãos.

Pelas respostas dos Agentes Comunitários de Saúde entrevistados na Resex Mãe Grande de Curuçá, é possível verificar que a falta de acesso dos cidadãos aos serviços de saúde é um problema que vai além do isolamento e das dificuldades enfrentadas. O primeiro entrevistado, a ACS E. B. P., por exemplo, destacou que, mesmo cadastrando todas as pessoas, nem todos têm interesse de comparecer aos atendimentos. Isso pode indicar uma falta de conscientização ou motivação dos cidadãos em buscar os serviços de saúde disponíveis.

Garnelo *et al.* (2020) pontuam que, não raro, a demora nos atendimentos é o que desmotiva os cidadãos, criando barreiras de acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, podemos constatar que, além da demora nas consultas especializadas, as consultas médicas de atenção básica são bem reduzidas com a distribuição de 20 fichas a cada 15 dias na UBS de Mutucal.

O segundo entrevistado M. S. G., que atua há 26 anos como ACS na Resex, ressaltou a dificuldade de acesso no próprio local de atendimento. A limitação da quantidade de fichas para atendimento médico a cada 15 dias prejudica, especialmente, os idosos, que não têm condições de ir à UBS de Mutucal para pegar a ficha, tendo em vista que essa unidade de saúde é única

para os atendimentos em toda a Ilha de Fora na Resex de Curuçá. Como resultado, essas pessoas ficam sem atendimento, o que evidencia uma falha no sistema de distribuição de fichas, que deveria contemplar todas as comunidades da Resex, e uma dificuldade adicional para a população de obter os serviços de saúde.

Essas respostas indicam que, além dos desafios enfrentados pelos Agentes Comunitários de Saúde no acesso aos cidadãos, existem barreiras internas nos próprios serviços de saúde, que dificultam o acesso da população a esses serviços limitados na região. Tais barreiras internas são descritas por Lima *et al.* (2022), isso porque, não raro, a própria estrutura dos serviços de saúde cria dificuldades aos seus usuários.

Nesse contexto, também se indagou aos ACS se percebem diferenças de tratamento do poder público em relação a outras localidades que não são assentamentos rurais ou Reservas Extrativistas, embora estejam na zona rural dos seus municípios, conforme pergunta 14 dos questionários 1 e 2 (Apêndice F e G).

Os primeiros entrevistados pertencem ao assentamento de Cupiúba. O primeiro entrevistado, D. M. S. R., afirmou que a unidade de saúde em seu assentamento é tratada como um posto de saúde da cidade, indicando que recebe recursos e profissionais semelhantes aos encontrados nos postos de saúde urbanos. Ele também mencionou não perceber diferenças na política de saúde do poder público em relação a outros assentamentos.

Em contrapartida, os outros dois entrevistados expressaram uma visão diferente. Ambos afirmaram haver diferenças na atenção dada ao seu assentamento em comparação a outras comunidades. Eles acreditam que os gestores não dão a mesma atenção ou recursos para o seu assentamento como para outros locais, afirmando a ausência de profissionais como dentistas e não contando com o serviço de ambulância que permaneça no assentamento.

Quanto aos ACS do assentamento de Taperuçu, é possível observar que a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde é de que há diferenças no tratamento do poder público entre o assentamento e outras localidades, que ficam na região rural de São Domingos do Capim. Essas diferenças são percebidas, principalmente, em relação à prioridade dada para o atendimento e à chegada de recursos nessas localidades.

Os Agentes Comunitários de Saúde apontam que tudo chega com menos frequência ou demora mais a chegar à sua localidade, indicando que suas comunidades não são tratadas como prioritárias pelo poder público. Além disso, a distância entre essas comunidades e as unidades de saúde também é mencionada como um fator que dificulta o acesso aos serviços de saúde. A falta de informação e a de procura pelos atendimentos também são apontadas como obstáculos para a melhoria da assistência nessas áreas.

Por outro lado, vale destacar que um dos entrevistados não relatou diferença no tratamento dos profissionais que atendem nessas áreas, mas ressaltou que os atendimentos disponíveis são limitados em comparação com os disponíveis na sede do município ou nas localidades rurais mais próximas da cidade. As barreiras apontadas pelos ACS, como o esquecimento do poder público, também aparecem listadas por Lima *et al.* (2022).

Quanto aos entrevistados da Reserva Extrativista de São João da Ponta, a ACS M. B. C. mencionou que a localidade em que atua é bastante precária e necessita de diversas melhorias. Isso sugere que o poder público não tem dado a devida atenção e investimento nessa região, posto que, em toda a Resex, somente a unidade de Deolândia tem uma UBS para prestar os atendimentos em atenção básica em saúde.

A segunda entrevistada, S. M. F. S., evidenciou que as localidades mais distantes dentro da Resex são um desafio para as visitas dos Agentes Comunitários de Saúde, pois eles têm de dispor de transporte para se deslocar, além de não terem materiais básicos como aparelhos de verificação de pressão arterial, que, segundo eles mesmos, são muito necessários para a verificação e o monitoramento desse agravo. Essas áreas da Resex recebem menos suporte e atenção do poder público do que as outras regiões rurais do município.

A terceira entrevistada, a ACS L.A.C., ressaltou que outras áreas, como a Vila Nova, são mais desenvolvidas em comparação à Reserva Extrativista onde mora e atua. Essa disparidade indica que o poder público está direcionando mais recursos e investimentos para regiões consideradas mais prioritárias, deixando as comunidades da Reserva em uma situação de maior isolamento e menos desenvolvimento.

Por fim, os entrevistados da Reserva Extrativista de Mãe Grande de Curuçá afirmaram que o acesso dificultado torna tudo mais difícil e que a atenção do poder público não é adequada. Eles elucidaram que se sentem esquecidos e que a realidade dessas comunidades é mais difícil, o que demandaria mais atenção e recursos por parte do poder público. Além disso, os entrevistados mencionaram que a falta de treinamento e a escassez de recursos na unidade de saúde local também impactam, negativamente, o trabalho realizado nessas localidades. Eles destacaram que as coisas quase não chegam a essas comunidades e que as dificuldades de acesso e transporte são um obstáculo adicional.

Dito isso, cabe avaliar a percepção dos usuários e dos gestores, temática que será abordada adiante.

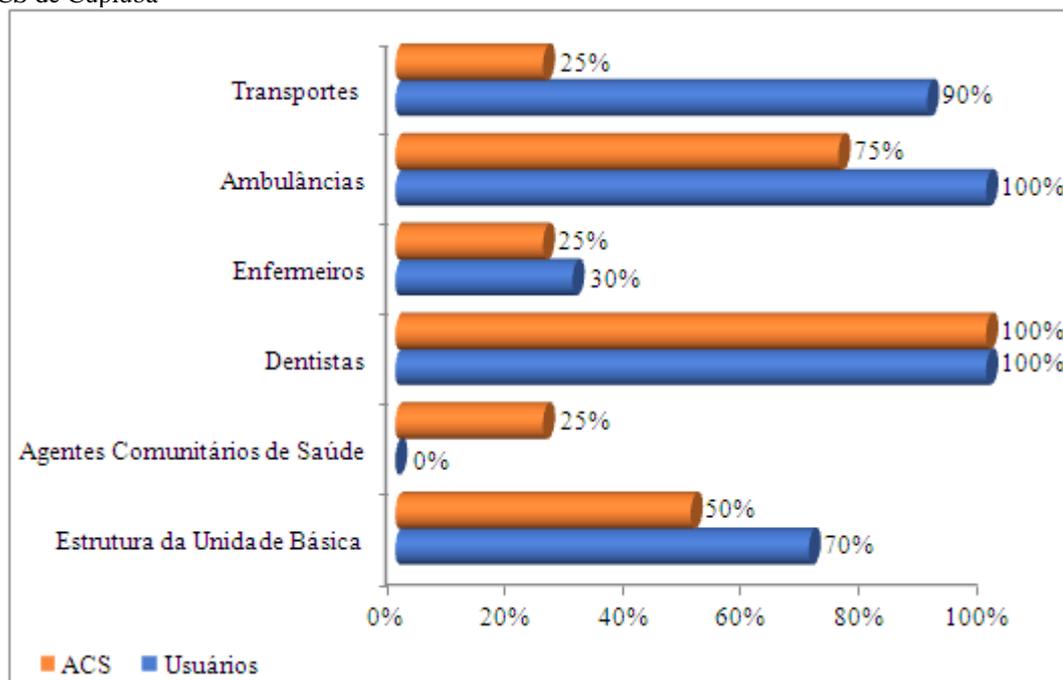
### 7.5 Resultados da percepção dos usuários da rede de saúde local residentes nas localidades levando em consideração as respostas dos ACS

Entrevistas com os usuários das UBS das quatro localidades pesquisadas foram realizadas, e o questionário aplicado foi o número 3 (Apêndice H), cujas perguntas se assemelhavam às realizadas com os ACS, com algumas diferenças, especialmente, no tocante à satisfação deles com os serviços prestados nas localidades e o tempo que eles tiveram da última consulta especializada.

Em Cupiúba, os usuários mantêm a mesma percepção dos ACS quanto ao fator dentista (100%), afirmando que precisam desse profissional na localidade, de modo que houvesse a implantação desse atendimento aos moradores do assentamento. A necessidade de ambulância também possui relevância para ambos (75% para os ACS e 100% para os usuários). Agora, quanto à ausência de transporte na região do assentamento, os usuários parecem sentir mais esse problema, pois 90% afirmaram ser uma necessidade que precisa de melhorias, ao passo que dos ACS apenas 1 (25%) afirmou que essa é uma necessidade de melhoria.

Nota-se que ambos estão alinhados quanto à percepção da necessidade de enfermeiros e estrutura da unidade básica, à medida que essa última necessidade evidencia um apontamento maior por parte dos usuários, não havendo, pois, por parte dos usuários, nenhuma indicação que precisasse melhorar o atendimento realizado pelos ACS (Gráfico 13).

**Gráfico 13** – Comparativo das necessidades para um melhor atendimento conforme a percepção dos usuários e dos ACS de Cupiúba

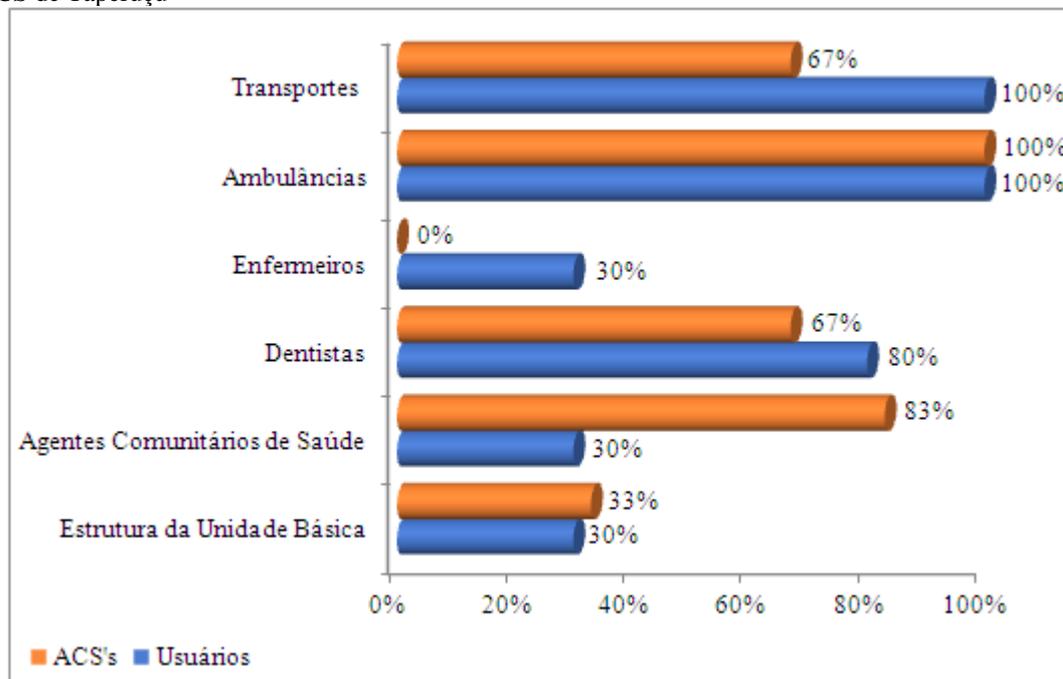


**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos usuários e ACS de Cupiúba (2023).

No assentamento de Taperuçu, os usuários e os ACS têm uma percepção semelhante quanto à necessidade de ambulância na localidade (100%) para que houvesse a destinação desse tipo de veículo para prestar os atendimentos de urgência e emergência aos moradores do assentamento. A ausência de transporte regular para a região foi apontada por 100% dos usuários e 67% dos ACS. Apesar de haver dentista na localidade de forma reduzida, as respostas de ambos os grupos também têm relevância (80% para os ACS e 67% para os usuários).

A necessidade de mais ACS no território do assentamento é sentida com maior relevância pelos próprios profissionais, visto que 83% deles evidenciaram como um problema a ser resolvido. Para os usuários, esse mesmo problema foi apontado por 30% deles. A percepção deles está alinhada quanto à estrutura da unidade básica (30% para os usuários e 33% para os ACS), isso porque a estrutura física da unidade está em boas condições. As necessidades que estes apontam dizem respeito à falta de equipamentos e aparatos para os atendimentos dos ACS e outros profissionais da unidade. Um problema de menor proporção é a falta de enfermeiros, conforme apontamento de 30% dos usuários, ao passo que, por parte dos ACS, nenhum deles optou por essa situação como um problema (Gráfico 14).

**Gráfico 14** – Comparativo das necessidades para um melhor atendimento conforme a percepção dos usuários e dos ACS de Taperuçu



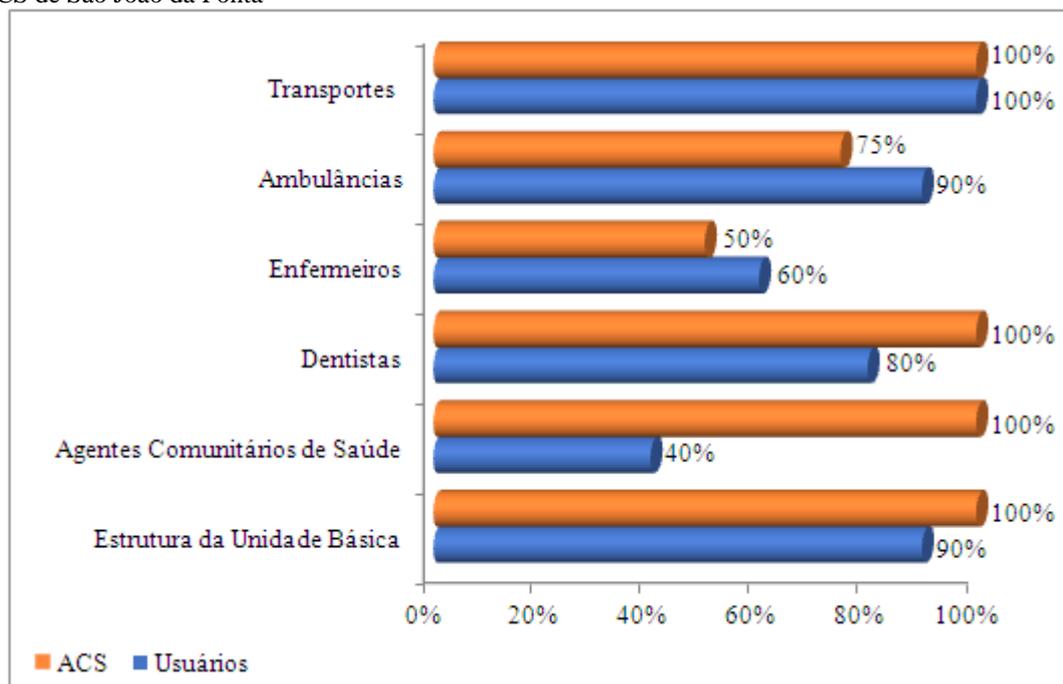
**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos usuários e ACS de Taperuçu (2023).

Os usuários entrevistados, moradores da Reserva de São João da Ponta, tiveram respostas muito próximas das respostas dadas pelos ACS, uma vez que os dois grupos mantêm percepção semelhante quanto ao fator transportes (100% para ambos). No tocante à necessidade

para que houvesse um atendimento no serviço de ambulâncias na localidade, 90% dos usuários e 75% dos ACS apontaram para esse problema. Diante desse cenário, 100% dos usuários responderam ser preciso melhorar os atendimentos de dentistas, assim como 80% dos ACS também assinalaram esse problema.

A necessidade de mais Agentes Comunitários de Saúde é sentida pela totalidade da categoria na Resex, pois 100% deles disseram se tratar de um problema que precisa melhorar. Dos usuários, 40% apontaram que esse problema precisa de uma resolução. A estrutura da UBS também é relevante para os usuários e os ACS (90% e 100%, respectivamente), pois, como registrado por esse pesquisador no momento da pesquisa, foi encontrada uma UBS improvisada, sem manutenção e sem equipamentos necessários para realizar os atendimentos básicos em saúde pública (Gráfico 15).

**Gráfico 15** – Comparativo das necessidades para um melhor atendimento conforme a percepção dos usuários e dos ACS de São João da Ponta



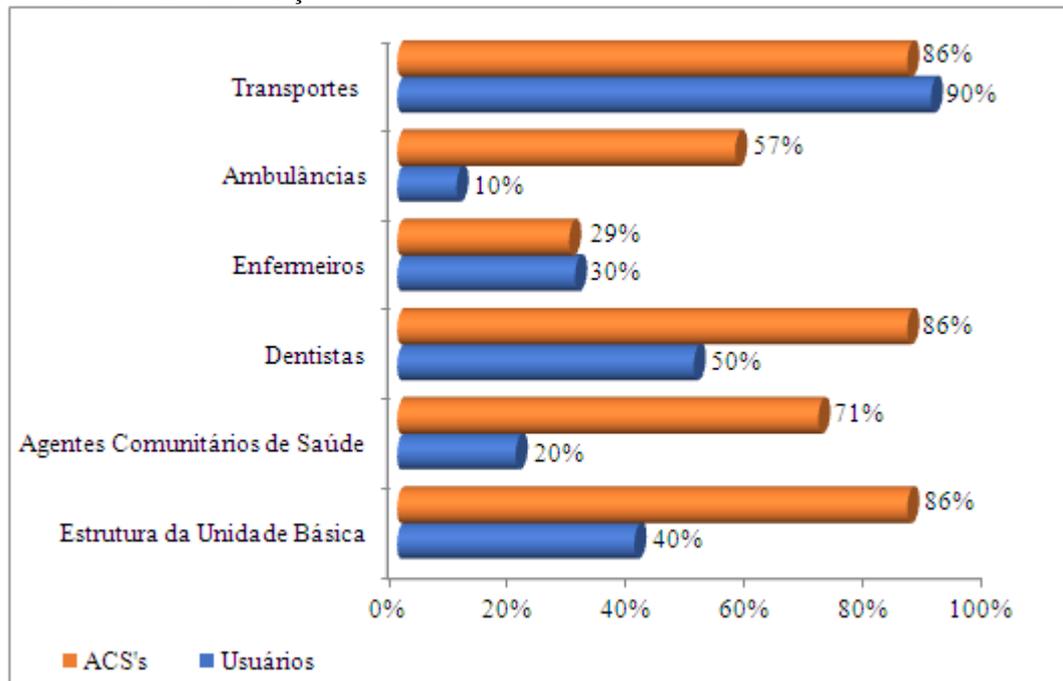
**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos usuários e ACS de São João da Ponta (2023).

Nas entrevistas realizadas na Ilha de Fora na Resex de Curuçá, os usuários da unidade de saúde local possuem, geralmente, uma percepção um pouco diferenciada dos Agentes Comunitários de Saúde, ainda assim essas respostas se alinham quanto ao fator transportes (90% e 86%, respectivamente), apontando que esse serviço precisa melhorar na localidade, além da necessidade de mais enfermeiros ou que houvesse uma melhora na qualidade do atendimento aos moradores da Ilha em Curuçá (ACS 29% e usuários 30%).

Perspectiva não vem ocorrendo para a percepção quanto ao serviço de ambulâncias, dado que 57% dos ACS elucidaram esse tema como problema, enquanto apenas 10% dos usuários mencionaram tal aspecto. Ainda nesse contexto, 86% dos ACS assinalaram que o serviço de dentistas precisa melhorar. Corroborando com esse viés, 50% dos usuários também assinalaram que esse é um problema a ser resolvido na localidade.

A falta de ACS em duas localidades é apontada pelos próprios profissionais, posto que 71% deles ressaltaram esse tema como problema e apenas 20% dos usuários relataram essa situação como necessidade de melhora. Esse último percentual representando, justamente, os moradores das comunidades que não têm o serviço. Sobre a estrutura da UBS, 86% dos ACS afirmaram que precisa melhorar, estes sentem falta de equipamentos e melhor suporte para os atendimentos. Para esse mesmo problema, 40% dos usuários afirmaram que precisa de melhorias (Gráfico 16).

**Gráfico 16** – Comparativo das necessidades para um melhor atendimento conforme a percepção dos usuários e dos ACS de Mãe Grande de Curuçá

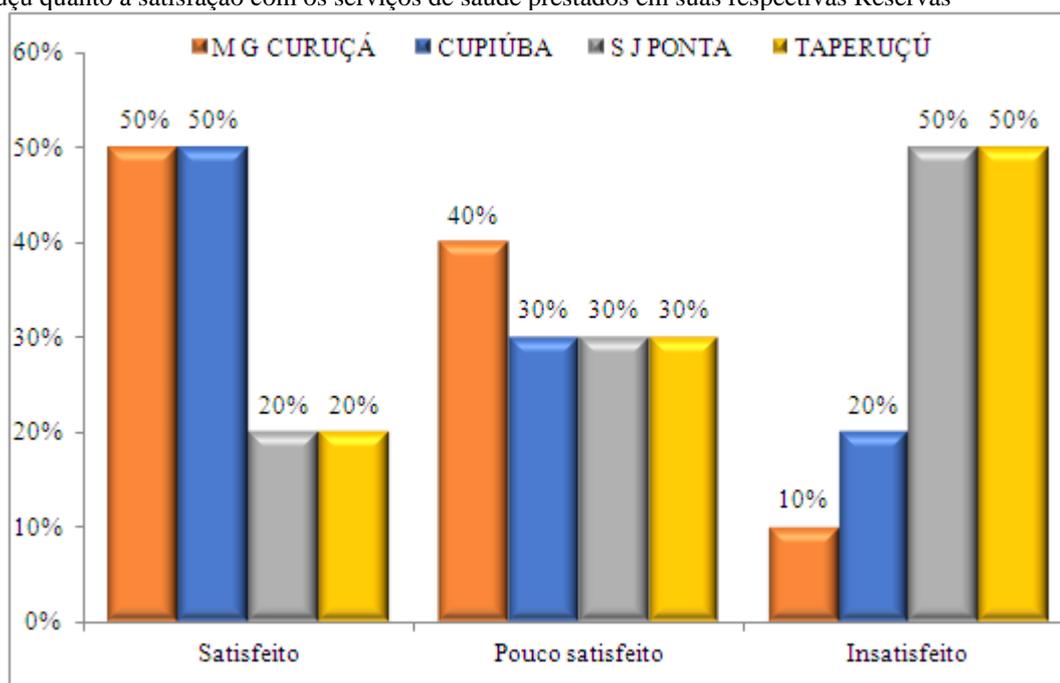


**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos usuários e ACS de Mãe Grande de Curuçá (2023).

Em relação ao grau de satisfação dos usuários com os serviços de saúde prestados nas localidades onde residem, os mais satisfeitos são da Ilha de Fora na Resex de Curuçá com 50%, assim como os usuários do assentamento de Cupiúba tendo o mesmo percentual (50%), em São João da Ponta e no assentamento de Taperuçu apenas 20% dos usuários estavam satisfeitos no período da pesquisa.

Na Resex de São João da Ponta e no assentamento de Taperuçu, por sua vez, ocorreu o inverso 50% dos usuários dessas localidades estavam insatisfeitos com os serviços prestados. Na opção de pouco satisfeito, 40% dos usuários da Ilha de Fora na Resex de Curuçá assinalaram essa opção, já em Cupiúba, São João da Ponta e em Taperuçu 30% estavam pouco satisfeitos (Gráfico 17).

**Gráfico 17** – Comparativo da percepção dos usuários de Mãe Grande de Curuçá, Cupiúba, São João da Ponta e Taperuçu quanto à satisfação com os serviços de saúde prestados em suas respectivas Reservas



**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos usuários de Mãe Grande de Curuçá, Cupiúba, São João da Ponta e Taperuçu (2023).

**Nota:** Nas quatro reservas, não houve, por parte dos usuários, escolha pela opção “Muito satisfeito”.

No (Quadro 7), temos as respostas subjetivas dos usuários das UBS das quatro localidades pesquisadas sobre cidadãos excluídos, sem facilitação de atendimento em saúde pública nas suas localidades. Essas respostas foram obtidas através do questionário “Percepção comunitária sobre saúde pública em assentamentos rurais e Resex”.

**Quadro 7** – Percepção comunitária sobre saúde pública em assentamentos rurais e Resex

Assentamento federal de Cupiúba	<p>“Deve ter sim, conheço algumas pessoas que não têm transporte, pessoas que dependem sempre de alguém para chegar a algum atendimento[...]” (M. R. C. L., 33 anos, morador desde do início do assentamento, sexo masculino).</p> <p>“Desconheço como excluído, mas tem uma pessoa aqui que se acidentou esses dias e nós moradores que estamos ajudando, pois se não ele iria morrer[...]” (F. L. B., 37 anos de idade, moradora há 16 anos na localidade, sexo feminino).</p> <p>“Conheço pessoas que não têm condições financeiras e aí acabam sofrendo muito quando precisam de atendimentos que não têm aqui[...]” (M. L. S. B., 72 anos de idade, moradora há 16 anos na localidade, sexo feminino).</p>
Assentamento federal de Taperuçu	<p>“Aqui é difícil para todos, só temos as fichas do médico quando ele vem duas vezes por mês, se tiver doença grave não tem nada de tratamento por aqui[...]” (R. S. A., 44 anos, moradora há 18 anos na localidade, sexo feminino).</p> <p>“Fui duas vezes naquele posto tomar a vacina dessa doença que teve, sempre é complicado os atendimentos no assentamento, levo minha mulher Concórdia quando ela adoce[...]” (J. F. S. O., 34 anos, morador há 16 anos na localidade, sexo masculino).</p> <p>“Minha vó começou o tratamento de pressão alta lá no postinho, às vezes, tem o medicamento, às vezes, não tem, ele serve para nos ajudar, e quem não tem? Aí fica excluído mesmo, só aparecer alguém para levar[...]” F. F. N., 22 anos, moradora há 18 anos na localidade, sexo feminino).</p> <p>“Sei que aqui somos esquecidos, de São Domingos não vem nada, tem essa distância toda que estamos de lá, então deve ter gente que fica doente e morre se não chegar ninguém para ajudar[...]” (J. F. C. S., 47 anos, moradora há 11 anos na localidade, sexo feminino).</p>
Resex de São João da Ponta	<p>“De toda a Reserva não sei, aqui em Deolândia acho que não tem ninguém excluído, a gente consegue uma consulta com o médico, a agente de saúde vem aqui, dá para fazer um curativo também, se for grave vamos para Castanhal[...]” (A. C. P. S., 61 anos, moradora há 43 anos na localidade, sexo feminino).</p> <p>“A nossa vila de Baunilha é muito pequena, o ACS que vinha aqui morreu, nós “penamos” para conseguir uma ficha em Deolândia, acredito que ser excluído é isso, gostaria de ter um posto de saúde aqui perto[...]” (M. C. M., 53 anos, moradora há 29 anos na localidade, sexo feminino).</p> <p>“Aqui onde moramos (Porto Grande) era para ter um posto de saúde, já tivemos um, mas fechou, aí vamos lá para Deolândia e, às vezes, se for para tomar uma vacina, vamos para Guarajuba, toda a Resex é excluída, cada um se vira [...], às vezes, vamos para Castanhal atrás de um atendimento ou fazer um exame ou vamos em São Caetano[...]” (L. R. S., 54 anos, morador há 44 anos na localidade, sexo masculino).</p>

Resex Mãe Grande de Curuçá	<p>“Nós da Ilha somos esquecidos, tem morador dentro dessas matas aí que não sei se ainda tá vivo, é uma “batalha” para conseguir uma consulta com o médico, tomamos muito remédio do mato aqui [...], as agentes de saúde são gente boa, se avisar ela vem aqui...” (A. B. F., 56 anos, nascido na localidade, sexo masculino).</p> <p>“Aqui em Mutucal não tem ninguém excluído, não se dizer lá para o Algodal ou Tamatuteua, essas vilas aqui perto como Recreio, a “turma” vem pra cá fácil, aí tem a ambulância, as enfermeiras, consegue ser atendido, mas só de manhã também[...]” (R. P. S. S., 62 anos, nascida na localidade, sexo feminino).</p> <p>“Somos excluídos de muita coisa aqui, eu não preciso de muita coisa de saúde, porque sou nova, meus pais até pagam a funerária para se consultar lá em Curuçá, o posto tem atendimento, tem ambulância, mas tem muita gente nessa Ilha, o médico vem pouco aí no posto, passa dias sem ter médico[...]” (S. P. N., 19 anos, nascida na localidade, sexo feminino).</p>
----------------------------	--

**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nas entrevistas (2023).

Em seguida, no (Quadro 8), veremos as respostas subjetivas dos usuários das unidades de saúde das quatro localidades pesquisadas sobre a prestação dos serviços dos profissionais locais e gestores municipais no âmbito de seus municípios em comparação a outras áreas que não são assentamentos rurais ou Reservas Extrativistas.

**Quadro 8** – Percepção comunitária sobre a prestação dos serviços dos profissionais locais e gestores municipais em assentamentos rurais e Resex

Assentamento federal de Cupiúba	<p>“Com certeza sim, pois pelo fato de ser um assentamento do Incra ainda dependemos deles, a Prefeitura sabe que ainda somos deles, o povo fica esperando uma melhoria como acontece em outros lugares, mas não vem, seria muito melhor se fosse um bairro de Castanhal[...]” (M. R. C. L., 33 anos, morador há 23 anos no assentamento, sexo masculino).</p> <p>“Existe muito preconceito por a gente ser de um assentamento, tem questão política por trás e isso atrapalha muito, também há desunião aqui, porque uns querem de um jeito e outros de outro jeito, precisamos de uma ambulância para a comunidade, porque meu marido é quem leva as pessoas para o hospital quando tem gente doente[...]” (F. L. B., 37 anos, moradora há 16 anos no assentamento, sexo feminino).</p> <p>“A diferença existe justamente porque aqui é um assentamento, a gente vê as outras comunidades que não são assentamento e é tudo asfaltado, com energia boa, aqui é lento. E na saúde não temos quase nada, não tem ambulância, não tem dentista e muitos medicamentos não têm[...]” (P. R. O. N., 58 anos, morador há 19 anos no assentamento, sexo masculino).</p>
---------------------------------	---

Assentamento federal de Taperuçu	<p>“Aqui o sofrimento é grande, somos isolados, muito longe de tudo, lá para outro lado do rio é bem desenvolvido, as coisas chegam pra lá, mas nós sabia quando viemos para cá[...]” (M. N. O., 41 anos e moradora há 17 anos no assentamento, sexo feminino).</p> <p>“Se você for em Perseverança ou outro lugar de São Domingos, tem o básico que o povo precisa, aqui tem o posto de saúde, mas o médico só vem de 15 em 15 dias, então para todo esse povo é difícil uma consulta, imagina o resto[...]” (V. T. A., 34 anos, moradora há 17 anos no assentamento, sexo feminino).</p> <p>“Nosso lugar é muito diferente dos outros lugares de São Domingos, pela distância que estamos aqui ajuda muito para ficar esse abandono, aqui não vem prefeito e nem vereador, a não ser na época das eleições. Falta oportunidade para o povo trabalhar, porque com o emprego a pessoa compra pelo menos o remédio[...]” (L. S. P., 26 anos, moradora há 22 anos no assentamento, sexo masculino).</p>
Resex de São João da Ponta	<p>“Se a gente comparar com a Vila Nova, aqui é muito atrasado, não sei se é porque é uma Resex, às vezes, acho que seria melhor que não fosse, porque só tem proibição em cima do caranguejo, já tivemos posto no Porto Grande e agora não tem mais, tem um posto pronto em Guarajuba, mas não funciona e olha que o prefeito é daqui[...]” (R. B. S. O., 50 anos, morador há 36 anos na Resex, sexo masculino).</p> <p>“Temos os mesmos problemas em toda a São João da Ponta, porque somos da Reserva. Aí fica mais atrasado mesmo para algumas coisas, mas outras é melhor, basta o governo querer, porque já tivemos auxílio aqui para a pesca, para as casas [...]. Estamos esperando essas melhorias de novo, muita gente como nós precisamos ajeitar as casas[...]” (T. M. R. S., 39 anos, nascida na Resex, sexo feminino).</p> <p>“Tem diferença aqui na Resex mesmo, na Deolândia tem asfalto nas ruas, posto de saúde, aqui no Porto Grande não tem nada, em comparação a outros lugares de São João nem se fala, o senhor ver as vilas crescendo, eles põem uma quadra, um transporte aí fica bom[...]” (J. N. P., 64 anos, morador há 27 anos na Resex, sexo masculino).</p>
Resex Mãe Grande de Curuçá	<p>“Aqui é bom em muita coisa, só falta ter mais um médico ou esse que tem vim mais uma vez ou duas na semana[...]” (F. P. D., há 36 anos na localidade, nascida na Resex, sexo feminino).</p> <p>“Nas vilas da estrada e em Murajá, tem mais atendimento do que aqui, porque é uma Ilha e tem muita gente que não trabalhar aqui, tem essa dificuldade para chegar[...]” (P. C. C. N., 31 anos, nascido na Resex, sexo masculino).</p> <p>“Aqui temos quase tudo para gente viver bem, só mais um pouco de atenção das autoridades para os atendimentos de quem presa, mas não vejo muita diferença para outras vilas de Curuçá, não[...]” (S. S. P., 24 anos, nascida na Resex, sexo feminino).</p> <p>“Pra mim não tem diferença, Curuçá é tudo igual, é um lugar bom, não tem tudo aqui no Mutucal, mas é um lugar bom, se tem doença feia, aí vamos na cidade ou Castanhal e Belém[...]” (M. R. C. S., 49 anos, nascido na Resex, sexo masculino).</p>

**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nas entrevistas (2023).

Sobre as respostas subjetivas, os relatos foram bem claros da própria percepção que os moradores têm dos serviços que recebem nas suas localidades. As afirmações mais contundentes foram as dos usuários da unidade de saúde Taperuçu e os da Resex de São João

da Ponta, chegando à noção de se sentirem excluídos quanto à falta de atenção do poder público, sobretudo, em nível da gestão municipal.

No que diz respeito ao tratamento e à falta de contemplação dos serviços de atenção em saúde, quando comparados a outras comunidades, os usuários, na sua maioria, afirmam que não se sentem priorizados ou, até mesmo, que pudessem receber os serviços na mesma equivalência das outras localidades. Nesse ponto, cria-se um contexto de segregação desses territórios como populações ou territórios “diferentes” na conjuntura local.

No (Quadro 9), reunimos uma classificação da intensidade das barreiras identificadas nos territórios pesquisados. Estabelecemos três intensidades para a imposição das barreiras sobre as populações locais: a intensidade baixa com a média do percentual das respostas dos ACS e usuários entre 0% e 35%; moderada, com a mesma média entre 36% e 70%; e alta, com a média de 71% a 100%, conforme a análise dos dados e as informações coletados na pesquisa de campo, considerando, também, as respostas subjetivas dos dois tipos de participantes citados.

A partir das respostas dos ACS, dos usuários e das informações colhidas na pesquisa e de estudos de alguns autores sobre o tema (Leal *et al.*, 2010; Garnelo *et al.*, 2020; Lima, 2022), identificamos 12 barreiras mais comuns que impedem ou retardam o acesso das pessoas aos atendimentos de saúde pública nas localidades e em serviços de referência. Verificamos que nos assentamentos rurais a imposição das barreiras é bem mais acentuada, em Cupiúba cinco das doze barreiras têm intensidade alta, em Tapuruçu constatamos que nove barreiras têm alta intensidade para dificultar o acesso da população da região aos serviços de saúde.

Nas Reservas Extrativistas, também verificamos a imposição de barreiras (Quadro 9), porém, com menor intensidade, com duas barreiras classificadas como alta em São João da Ponta e quatro na Resex de Curuçá. As barreiras encontradas na Ilha de Fora em Curuçá são de grande significância para o acesso da população local, como o atendimento restrito de consultas médicas na localidade e a longa espera por consultas especializadas.

**Quadro 9** – Barreiras ao acesso da população dos dois assentamentos e das duas Resex ao atendimento de saúde

<b>Barreiras</b>	<b>A1 Cupiúba</b>	<b>A2 Taperuçu</b>	<b>R1 S J Ponta</b>	<b>R2 Curuçá</b>
Restrições nos dias e horários de funcionamento da UBS	Moderada	Moderada	Moderada	Moderada
Indisponibilidade de profissionais	Alta	Alta	Moderada	Moderada
Oferta insuficiente de serviços	Alta	Moderada	Moderada	Moderada
Ausência de ambulâncias na localidade	Alta	Alta	Moderada	Baixa
Pouca oferta de unidade de saúde no assentamento ou Resex	Baixa	Alta	Moderada	Moderada
Longo tempo para o deslocamento da comunidade ao atendimento de saúde	Baixa	Alta	Moderada	Moderada
Ausência de transporte coletivo	Alta	Alta	Alta	Alta
Existência de áreas sem visitas dos ACS	Baixa	Moderada	Moderada	Moderada
Atendimento restrito de consultas médicas na localidade	Baixa	Alta	Baixa	Alta
Longa distância até os serviços de saúde/isolamento geográfico	Baixa	Alta	Moderada	Moderada
Espera acima de um mês ou ausência de oferta de consultas especializadas	Alta	Alta	Alta	Alta
Ausência de atualização e treinamento para as equipes da ESF	Baixa	Alta	Moderada	Alta

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2023).

## 7.6 A realidade dos assentamentos informais

### 7.6.1 Ocupação 5 de Outubro

Os atendimentos de atenção primária em saúde na localidade de 5 de Outubro são feitos na localidade de Bacabal, que fica a 6 km da ocupação. Contudo, por estarem numa área de litígio judicial, ainda não possuem um reconhecimento do poder público, de modo que as cerca de 140 famílias que residem nessa área recebem visitas esporádicas de um Agente Comunitário de Saúde. Para os atendimentos de rotina da unidade de Bacabal, esses usuários disputam as fichas disponíveis nos dias das consultas médicas, ao passo que os demais atendimentos buscam de forma direta e nos serviços de urgência na sede do município de Castanhal.

A partir da localidade de 5 de outubro (Tabela 14), temos as distâncias por via terrestre para chegar ao pronto-socorro ou à Upa 24h, à maternidade, ao centro de especialidades odontológicas, ao centro de referência para consultas especializadas, ao hospital para estrutura

para internação, ao centro de referência para diagnósticos laboratoriais e ao centro de referência para exames de imagem (ultrassom, tomografia e ressonância magnética).

**Tabela 14** – Distância via terrestre para acesso a partir de 5 de outubro

<b>Serviços de saúde</b>	<b>5 de Outubro</b>
Pronto-socorro ou UPA 24h	27 km
Maternidade	25 km
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	25 km
Centro de referência para consultas especialidades	27 km
Hospital com estrutura para internação	27 km
Centro de referência para diagnósticos laboratoriais	25 km
Centro de referência para exames de imagem	27 km

**Fonte:** Google Earth (2023).

As áreas de ocupação são consideradas “áreas descobertas” pelo sistema de saúde, isso porque esses territórios não são legalizados e, geralmente, não possuem estruturas públicas para prestar atendimentos de saúde, educação e assistência, por exemplo. Na pesquisa realizada com 10 comunitários na comunidade 5 de outubro, 100% deles afirmaram não receber visitas do médico da Estratégia Saúde da Família nas suas residências e que há um ACS responsável pelas famílias da ocupação.

Nesse quesito, todos afirmaram que esse profissional realiza visita uma vez ao mês. Todos responderam que os agendamentos de consultas especializadas ocorrem com prazo superior a um mês. Acerca disso, 100% dos entrevistados responderam que utilizam transporte próprio em casos de emergência. Quanto à satisfação como os serviços de saúde prestados na região, 80% dos pesquisados estão insatisfeitos e 20% pouco satisfeitos.

**Tabela 15** – Respostas objetivas dos comunitários da ocupação 5 de Outubro sobre a prestação dos serviços de saúde na comunidade

OCUPAÇÃO DE 05 DE OUTUBRO			
Equipe de Saúde da Família			
Frequência da Visita Médica	%	Frequência de Visita de ACS's	%
Semanal	0%	Semanal	0%
Quinzenal	0%	Quinzenal	0%
Mensal	0%	Mensal	100%
Quando Necessário	0%	Quando Necessário	0%
Não Ocorro Visitas	100%	Não Ocorre Visitas	0%
Período para Agendamento de Consultas		Transporte Utilizado em Emergência	
Uma semana	0%	Ambulância	0%
15 dias	0%	Próprio	100%
Um mês	0%		
Acima de um mês	100%		
Satisfação com os serviços de saúde prestados			
Muito satisfeito			0%
Satisfeito			0%
Pouco satisfeito			20%
Insatisfeito			80%

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2023).

### 7.6.2 Ocupação Vera Cruz

Os atendimentos de Atenção Primária em Saúde, na ocupação de Vera Cruz em Curuçá, não possuem referência direta. Tendo a UBS mais próxima a do Bairro Alto que fica a 5 km da ocupação, é um território que depende de decisão judicial para a posse definitiva dos lotes. Essa ocupação já existe há 10 anos, e vem crescendo o número de famílias por estar próxima da zona urbana do município de Curuçá e servir como alternativa para as pessoas que não dispõem de habitação própria na região.

Desse modo, eles não detêm um reconhecimento do poder público, ainda assim as cerca de 120 famílias que residem nessa área recebem visitas esporádicas de um Agente Comunitário de Saúde. Os moradores dessa ocupação disputam as fichas disponíveis nos dias das consultas médicas na unidade de saúde mencionada; quanto aos demais atendimentos, buscam, de forma direta, nos serviços de urgência na sede do município de Curuçá ou se deslocam até a cidade de Castanhal, que é referência regional para os serviços de saúde.

A partir da localidade de Vera Cruz, temos as distâncias para o pronto-socorro ou a Upa 24h, a maternidade, o centro de especialidades odontológicas, o centro de referência para consultas especializadas, o hospital para estrutura para internação, o centro de referência para

diagnósticos laboratoriais e o centro de referência para exames de imagem (ultrassom, tomografia e ressonância magnética).

**Tabela 16** – Distância via terrestre para acesso a partir de Vera Cruz

<b>Serviços de saúde</b>	<b>Vera Cruz</b>
Pronto-socorro ou UPA 24h	5 km
Maternidade	5 km
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	72 km
Centro de referência para consultas especialidades	72 km
Hospital com estrutura para internação	5 km
Centro de referência para diagnósticos laboratoriais	5 km
Centro de referência para exames de imagem	72 km

**Fonte:** Google Earth (2023).

Na comunidade de Vera Cruz em Curuçá, 100% dos 10 entrevistados disseram que não ocorrem visitas de médico de saúde da família na localidade, ressaltando, ainda, que um ACS realiza visitas nos domicílios uma vez por mês nas residências. Dois deles afirmaram que quando há necessidade o ACS é acionado.

Todos afirmaram que as consultas com médicos especialistas ocorrem com agendamento prazo acima de um mês, 80% deles referiram que, quando ocorre emergência na localidade, as pessoas utilizam transporte próprio e 20% que conseguem ambulância nesses casos. Quanto à satisfação com os serviços de saúde prestados na comunidade, 50% estavam insatisfeitos, 30% pouco satisfeitos e 20% satisfeitos (Tabela 17).

**Tabela 17** – Respostas objetivas dos comunitários da ocupação Vera Cruz sobre a prestação dos serviços de saúde na comunidade

OCUPAÇÃO VERA CRUZ			
Equipe de Saúde da Família			
Frequência da Visita Médica	%	Frequência de Visita de ACS's	%
Semanal	0%	Semanal	0%
Quinzenal	0%	Quinzenal	0%
Mensal	0%	Mensal	100%
Quando Necessário	0%	Quando Necessário	20%
Não Ocorro Visitas	100%	Não Ocorre Visitas	0%
Período para Agendamento de Consultas		Transporte Utilizado em Emergência	
Uma semana	0%	Ambulância	20%
15 dias	0%	Próprio	80%
Um mês	0%		
Acima de um mês	100%		
Satisfação com os serviços de saúde prestados			
Muito satisfeito			0%
Satisfeito			20%
Pouco satisfeito			30%
Insatisfeito			50%

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2023).

### 7.7 Posicionamento dos gestores acerca dos atendimentos de saúde prestados nos territórios de assentamentos rurais e Reservas Extrativistas em seus municípios

As respostas dos gestores discorreram sobre a descrição do funcionamento mais geral sobre os atendimentos prestados pelas equipes de saúde. Nesse contexto, é perceptível a evitação de falar, diretamente, dos problemas e das condições em que os serviços são prestados nas áreas de Resex e nos Assentamentos Rurais.

Quando questionados acerca da rotina de atendimentos nesses territórios, estes preferiram explicar as estratégias e as ações prestadas em todo o município e, em alguns momentos, caracterizando-os na zona rural, com a ideia de que os serviços são universais para todas as comunidades dos seus municípios. Tanto em Castanhal como em Curuçá e São Domingos do Capim, os gestores evidenciaram as estratégias itinerantes com a participação de equipes multiprofissionais, com o objetivo de realizar avaliações, consultas, imunizações etc.

No (Quadro 10), reuniram-se as respostas objetivas dadas pelos gestores em saúde dos três municípios que se disponibilizaram a colaborar com o projeto de pesquisa nos territórios em que estão localizados, reunindo, portanto, as questões relacionadas aos problemas existentes na prestação dos serviços de saúde, a confirmação de serviços estratégicos como o de telemedicina e o Programa Mais Médicos. Imperioso ressaltar a ausência das respostas da

gestão municipal da Secretaria Municipal de São João da Ponta, a qual, por diversas tentativas deste pesquisador, sempre se esquivou a responder o questionário para a obtenção das respostas.

É importante mencionar a percepção que obtive no contato durante a pesquisa com os gestores dos quatro municípios pesquisados. A colaboração para a participação ocorreu com insistência, por nossa parte, com alguns adiamentos para a ocorrência das entrevistas, mas apesar da apresentação de documentos comprobatórios para a realização dos trabalhos, no município de São João da Ponta não houve colaboração por parte da gestora municipal da secretaria de saúde. Essa atitude evidenciou, nesse aspecto de evitação e ausência de transparência por parte da mesma, o entendimento do poder a qual estava investida, sem a mínima empatia com a solicitação de colaboração com o nosso trabalho; daí, verificamos a aplicação do resultado das forças das relações de poder referenciadas na nossa base teórica, fundamentada em Foucault (2001).

**Quadro 10** – Respostas objetivas dos gestores dos quatro municípios em que os territórios pesquisados estão localizados

<b>Perguntas objetivas</b>	<b>Castanhal</b>	<b>Curuçá</b>	<b>S. D. do Capim</b>	<b>S. J. da Ponta</b>
Você tem conhecimento de alguns problemas ou deficiências nesses territórios?	Sim	Sim	Sim	---
No âmbito de sua gestão, existe o projeto da telemedicina?	Sim	Sim	Sim	---
No seu município, funciona o Programa Mais Médicos para esses territórios?	Sim	Sim	Sim	---
Existe algum incentivo financeiro para melhorar a cobertura ou facilitar o acesso aos atendimentos em saúde pública para os assentamentos rurais ou Reservas Extrativistas no seu município?	Não	Não	Não	---
A gestão municipal possui algum programa ou estratégia coordenada para os serviços de saúde, educação, assistência social e infraestrutura para os territórios rurais?	Não	Não	Sim	---

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2023).

Os gestores também responderam às perguntas subjetivas (Quadro 11), nas quais detalharam o funcionamento dos programas e estratégias no âmbito da atenção primária em saúde, explicando a caracterização dos serviços e particularidades utilizadas principalmente para o atendimento das populações rurais.

**Quadro 11** – Respostas subjetivas dos gestores dos quatro municípios em que os territórios pesquisados estão localizados

**Na condição de gestor, como você caracteriza a rotina de cobertura de saúde nos territórios de assentamentos rurais ou Reservas Extrativistas no seu município?**

“A cobertura de Atenção Primária à Saúde contempla 100% das agrovilas e assentamentos do município de Castanhal. Porém, temos uma deficiência de cobertura de agentes comunitários de saúde, visto que já tem pelo menos 12 anos desde o último concurso público e de lá para cá o número de moradores dessas áreas vem crescendo. Além disso, uma dificuldade encontrada são as grandes extensões territoriais de abrangência das microáreas dos ACS que se encontram na ativa, o que demanda de um intervalo de tempo maior para o alcance das visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da rede Sus municipal, quando comparados aos trabalhadores lotados no perímetro urbano. No entanto, medidas têm sido tomadas, a escuta qualificada dos profissionais e usuários do Sus tem sido levada em consideração para que melhorias sejam alcançadas a médio e longo prazo[...]” (Gestora na Sec. Municipal de Saúde de Castanhal).

“O município possui uma grande área territorial, no momento em processo de cadastramento das famílias para planejar as ações de saúde de acordo com a necessidade populacional. Busca ampliar o atendimento em localidades de difícil acesso por meio do deslocamento dos profissionais das ESF/UBS, possuímos 105 Agentes Comunitários de Saúde, distribuídos na zona rural e urbana, para realizar as visitas domiciliares diariamente[...]” (Gestora na Sec. Municipal de Saúde de Curuçá).

“A cobertura de saúde se caracteriza por atendimentos e ações dentro da Comunidade pela Equipe conforme programação em cronograma realizada pela Equipe dentro das necessidades encontradas pela Equipe e ACS. Ressaltamos que nossa área de abrangência é extensa e geograficamente cheia de fronteiras, rios e igarapés, dificultando assim o acesso da Comunidade à Unidade de Saúde. Todos os Assentamentos são cobertos por Equipe de Saúde da Família[...]” (Gestor na Sec. Municipal de Saúde de São Domingos do Capim).

**Quais as ações para melhorar ou superar essas deficiências nesses territórios?**

“Por meio de reuniões intersetoriais realizadas junto à equipe de gestão, equipes de saúde da família, secretária de saúde, secretarias de assistência social, educação, etc. temos discutido a respeito da necessidade de ampliação do número de equipes multiprofissionais da saúde, o que inclui o credenciamento de profissionais para atuarem de forma itinerante em diferentes localidades, tais como: psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas etc., estes profissionais serão ofertados com base no estudo do perfil epidemiológico de cada área de abrangência, seguindo critérios de maior necessidade. Medida adotada a médio prazo, já em discussão. Além disso, temos buscado a parceria com as associações de moradores, centros comunitários e por meio de ações extramuro, temos levado serviços como imunização, educação em saúde, consultas médicas, de enfermagem etc. para áreas distantes do centro urbano[...]” (Gestora na Sec. Municipal de Saúde de Castanhal).

“Temos o projeto ‘blitz da Saúde’, que realiza atendimentos toda sexta-feira em áreas com dificuldade de acesso a ESF/UBS, com seguintes profissionais: médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, além de realizar testagem rápida de IST, imunização, coleta de PCCU[...]” (Gestora na Sec. Municipal de Saúde de Curuçá).

“Nosso problema maior é falta de recurso para custeio de Ações e Visitas nas Comunidades distantes, que são geograficamente cheias de fronteiras, rios e igarapés visto que o repasse financeiro pelo Ministério da Saúde é insuficiente para a manutenção das Equipes[...]” (Gestor na Sec. Municipal de Saúde de São Domingos do Capim).

**Existe alguma pactuação ou programa específico para a prestação dos serviços de saúde nos territórios de Assentamentos Rurais ou Reservas Extrativistas no seu município?**

“Sim, temos pactuado com as equipes estratégias de busca ativa nas áreas mais distantes, através de atividades extramuro, temos, por exemplo, uma parceria com a comunidade de remanescentes

quilombolas e frequentemente levamos serviços que são ofertados para a população rural na própria sede da associação[...]" (Gestora na Sec. Municipal de Saúde de Castanhal).

"Não temos nada específico, mas atendemos a população por meio das 14 unidades de saúde instaladas no município, três na zona urbana e 11 na zona rural[...]" (Gestora na Sec. Municipal de Saúde de Curuçá).

"Não, os assentamentos existentes fazem parte da área de abrangência das Equipes de Saúde da Família e seus atendimentos são realizados conforme programação da Unidade de Saúde no qual são cadastrados e/ou inseridos[...]" (Gestor na Sec. Municipal de Saúde de São Domingos do Capim).

**Existe alguma estratégia no seu município para melhorar o acesso geral das populações rurais aos atendimentos em saúde pública?**

"Sim, atualmente nós temos uma unidade odontológica móvel a qual oferece procedimentos clínicos e cirúrgicos em locais onde não temos equipe de saúde bucal; temos um carro na Central de Imunização de Castanhal que realiza mutirões de imunização etc. O foco é a população mais vulnerável[...]" (Gestora na Sec. Municipal de Saúde de Castanhal).

"Sim, cronograma de atendimentos voltados para as localidades distantes das unidades, sob responsabilidade de cada Equipe de Saúde da Família[...]" (Gestora na Sec. Municipal de Saúde de Curuçá).

"Segundo dados do Ministério da Saúde, o município já está Estrategicamente coberto em sua totalidade por 14 Equipes de Saúde da Família e uma Unidade Básica de Saúde Fluvial, sendo coberto em todas as suas áreas[...]" (Gestor na Sec. Municipal de Saúde de São Domingos do Capim).

**Como funciona a telemedicina no Município?**

"A telemedicina funciona, mas não está vinculada à Atenção Primária à Saúde e sim à média e alta complexidade, em parceria com o governo do Estado, atendendo às especialidades[...]" (Gestora na Sec. Municipal de Saúde de Castanhal).

"O local de atendimento é no Centro de Especialidades Médicas (CEM), incluindo atendimento com neuropediatra, neuro-adulto, cardiologista, pneumologista, endocrinologista, Reumatologista, Psiquiatria clínica, com agendamento semanal e consultas na terça e quarta[...]" (Gestora na Sec. Municipal de Saúde de Curuçá).

"Tínhamos pactuação com o COSEMS e Albert Einstein. Com a suspensão do COSEMS ao final de 2023, estamos atuando apenas com o Sistema do Albert Einstein funcionando diariamente em uma Unidade Básica de Saúde[...]" (Gestor na Sec. Municipal de Saúde de São Domingos do Capim).

**Caracterização do funcionamento do programa "Mais Médicos" para esses territórios de Assentamentos Rurais ou Resex no município.**

"Em algumas áreas de abrangência da zona rural apenas. O critério mais utilizado pelo município para a lotação de Médicos dos Mais Médicos são as áreas de população mais vulnerável e de grande quantidade de população, isto é, áreas que exijam um maior cuidado continuado[...]" (Gestora na Sec. Municipal de Saúde de Castanhal).

"Atualmente, o município tem sete profissionais atuando no Mais Médicos nas seguintes ESF, Abade, Caratateua, São Pedro, Mutucal, Umarizal, Murajá e Bairro Alto, atendimento de segunda a quinta-feira[...]" (Gestora na Sec. Municipal de Saúde de Curuçá).

"Temos dois Médicos do programa vinculados em Unidades de Saúde da Zona Rural[...]" (Gestor na Sec. Municipal de Saúde de São Domingos do Capim).

**Comentários sobre o funcionamento de incentivo financeiro para melhorar a cobertura ou facilitar o acesso aos atendimentos em saúde pública para os assentamentos rurais ou Reservas Extrativistas no seu município?**

“Não temos especificamente recurso destinado para incentivo na zona rural. Todavia, temos alguns subsídios básicos, como: transporte adequado para a locomoção das equipes até as UBS, bem como transporte para visitas domiciliares em áreas de difícil acesso, como em ramais e vicinais[...]” (Gestora na Sec. Municipal de Saúde de Castanhal).

“Conforme programação em cronograma realizado pela Equipe dentro das necessidades encontradas pela Equipe e ACS[...]” (Gestor na Sec. Municipal de Saúde de São Domingos do Capim).

**A gestão municipal possui algum programa ou estratégia coordenada para os serviços de saúde, educação, assistência social e infraestrutura para os territórios rurais?**

“Temos dentro da APS (Atenção Primária em Saúde), Programas como: Saúde na Escola-PSE, IAF (Incentivo para a Atividade Física) entre outros programas preconizados pelo Ministério da Saúde que são lavados a todas as Unidades de Saúde[...]” (Gestor na Sec. Municipal de Saúde de São Domingos do Capim).

**Considerações a respeito do atendimento em saúde para as populações rurais, principalmente para os Assentamentos Rurais e as Reservas Extrativistas?**

“Percebo que ainda há muito a ser destinado para essas populações, especialmente em relação à cartilha de serviços básicos e essenciais que fazem parte da cartilha do Sus. Há necessidade de melhorias na estrutura física das unidades de saúde, para esse fim, temos realizado visitas técnicas programadas, onde são levantadas todas as necessidades estruturais, de recursos humanos, de materiais e insumos para a execução adequada do serviço, no entanto, precisamos do suporte mais efetivo da gestão municipal[...]” (Gestora na Sec. Municipal de Saúde de Castanhal).

“A Gestão Municipal busca levar os serviços de saúde mais próximo da população, principalmente em relação ao gasto financeiro dos pacientes para chegar à unidade, além da ausência de transporte público nesses locais mencionados, como ônibus. Realiza mutirões de imunização e de atendimento médico; contamos também com o Projeto do Laboratório Volante, onde a equipe desloca-se do Hospital Municipal até as unidades, para realizar a coleta de material para exames; atendimento com nutricionista, fisioterapeuta, pediatra em algumas unidades[...]” (Gestora na Sec. Municipal de Saúde de Curuçá).

“Atendimento na Zona Rural é sempre um desafio para ampliar o acesso da população rural a ações ofertadas na APS. Limitações para deslocamento tornam-se uma importante questão tanto para as equipes chegarem aos territórios rurais quanto para a população rural acessar ações e serviços de saúde. Sobre isso, cabe destacar, por um lado, o uso de critérios clínicos pelas equipes para definir prioridades de atendimento nas áreas rurais e, por outro, o ônus físico e financeiro imputado à população rural para se deslocarem até a cidade e acessar serviços de saúde. É importante destacar os movimentos inventivos que marcam o trabalho do ACS da zona rural, profissional que representa uma personificação do acesso à saúde para as comunidades rurais e que dinamiza as lógicas de funcionamento do transporte e da UBS para potencializar o atendimento às necessidades da comunidade[...]” (Gestor na Sec. Municipal de Saúde de São Domingos do Capim).

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2023).

## 8 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA REALIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DOS TERRITÓRIOS PESQUISADOS

As estratégias de prevenção, no âmbito do programa saúde da família, são fundamentais, posto que quando estas falham, podem aparecer acometimento de mais agravos, conforme visto no perfil epidemiológico nas tabelas de prevalência e de agravos dos dois assentamentos federais rurais. Em Cupiúba, 11% de toda a população é hipertensa, enquanto em Taperuçu 5% se trata desse problema na ESF local.

Em Mutucal, na Resex de Curuçá, também verificamos uma quantidade significativa de hipertensos (12%) quando comparada a outra Resex de São João da Ponta, onde 6,9% são hipertensos, de onde decorre que se pode tratar de uma efetividade de controle da unidade de Mutucal sobre desse agravo, ou uma ausência de estratégia e prevenção. De todo modo, é um agravo que demanda atenção para a assistência em saúde local por conta da própria dificuldade das barreiras existentes para tratamento em saúde, tendo associação com a avaliação de saúde ruim das pessoas e a relação com maior prevalência do acesso precário aos serviços de saúde (Medeiros *et al.*, 2016; Ho *et al.*, 2017).

Uma barreira detectada nas observações em campo se refere aos serviços prestados e ao horário de atendimento das unidades, tendo em vista que o Sistema Único de Saúde estabelece pela Portaria do Ministério da Saúde nº 430/2020 condições e incentivos para a ampliação e os horários para o atendimento das unidades. Decerto, o horário de atendimento nas estratégias de saúde da família é 40 horas semanais, ou seja, oito horas diárias.

Contudo, a realidade que verificamos é que as unidades localizadas nos assentamentos pesquisados (Cupiúba e Taperuçu) e nas Reservas Extrativistas (São João da Ponta e Curuçá) funcionam apenas meio turno, mais especificamente na parte da manhã, pois essas áreas não oferecem atrativos de lazer, de infraestrutura educacional, distância da família e da capital do estado, além da própria dificuldade para acessibilidade às áreas rurais (Fausto *et al.*, 2023).

Nas localidades pesquisadas, as que possuem atendimentos médicos com maior frequência são as do assentamento Cupiúba, com atendimento médico duas vezes por semana e a da Resex de São João da Ponta, com atendimento três vezes por semana. No assentamento de Taperuçu e na Reserva de Curuçá, mais especificamente na Unidade de Mutucal, o atendimento médico ocorre a cada 15 dias.

Com os dados apresentados nos resultados das quatro localidades, com as menores frequências de atendimento médico, são as que possuem as maiores populações nos seus territórios (2.115 pessoas em Taperuçu e 1.301 em Mutucal). Dessa forma, nessas duas

localidades, a distribuição das fichas de atendimento para as consultas médicas está muito reduzida. Essa condição estabelece uma barreira para o acesso dessas populações ao atendimento à atenção primária, devido, principalmente, à dificuldade para fixar os profissionais de Medicina nessas áreas (Silveira, 2013; IBGE, 2017; Figueiredo, 2020).

Outra barreira que se constituiu numa limitação para as pessoas poderem ser socorridas e levadas até as unidades de maior complexidade é a ausência de ambulâncias. No assentamento de Taperuçu, essa é a situação mais preocupante, pois não há ambulâncias nessa localidade rural e a maioria da população não tem acesso a nenhum veículo e precisam se locomover, na maioria das vezes, para o município de Concórdia do Pará, que fica a 20 km da entrada do assentamento, podendo chegar a 40 km para os que residem no final dele.

Essa barreira identificada em Taperuçu é evidente que se trata de um limitador muito forte para o atendimento dessa população, isso porque, mesmo nesse serviço de urgência, essa população não pertence ao município de Concórdia do Pará, visto que ele não dispõe de estrutura hospitalar adequada até mesmo para sua população. Para a comunidade de Taperuçu, essa dificuldade é muito abrangente, pois no seu município-sede, que é São Domingos do Capim, a estrutura de saúde é bastante reduzida, além dos 65 km de distância do assentamento até a cidade.

A análise dessas condições em que as pessoas dessas áreas vivem, como em Taperuçu, ganha ainda mais relevância ao identificarmos obstáculos multifacetados que fragilizam a estruturação de serviços de saúde que deveriam ser acessíveis, universais e equânimes. Em sua pesquisa sobre a realidade de saúde de assentados, Córdova, Ribas e Wosny (2011) destacam que as principais dificuldades no acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde estão relacionadas à distância, ao desconhecimento por parte dos gestores e profissionais sobre a realidade dos assentamentos e à carência de ACS na comunidade.

A distância geográfica se revela como um obstáculo significativo, impondo barreiras logísticas que impactam, diretamente, a acessibilidade aos serviços de saúde. Além disso, a falta de familiaridade dos gestores e profissionais de saúde com a realidade específica dos assentamentos, como no caso de Taperuçu, cria um descompasso entre as necessidades reais da comunidade e os serviços oferecidos. Alguns autores afirmam que populações rurais têm mais dificuldade de acesso aos serviços de saúde, mesmo entre os indivíduos com características socioeconômicas semelhantes que habitam em localidades urbanas (Franco; Andrade; Ferreira, 2009; Arruda; Maia; Alves, 2018).

Diante disso, não encontramos estratégias dos governos municipais e estadual para facilitar um acesso mais amplo de atendimento em saúde para essas populações nos relatos dos

profissionais que trabalham nessas áreas. Nas páginas oficiais das secretarias, as campanhas se reduzem às programações de vacinações e às campanhas de calendário mensal como o “outubro rosa”, que incentiva o diagnóstico precoce dos cânceres de mama e de colo uterino, e o “novembro azul”, cujo objetivo é a detecção precoce do câncer de próstata.

A quantidade insuficiente de Agentes Comunitários de Saúde nas comunidades é apontada como um fator crítico pelos próprios Agentes que trabalham, na atualidade, nas comunidades do assentamento, visto que esses profissionais desempenham um papel fundamental na promoção da saúde e no estabelecimento de pontes entre a comunidade e os serviços de saúde.

A caracterização das Unidades de Saúde da Família (USF) como meros paliativos, adotando programas destinados à área urbana, evidencia a necessidade premente de adaptação das práticas de saúde à singularidade dos assentamentos rurais. Particularmente nessa realidade, as características estruturais da APS determinam uma importante influência na prestação dos serviços e nas práticas profissionais exercidas nos territórios de cobertura das mesmas (Hogg; Rowman; Geneau; Muldoon, 2008; Paré-Plante; Boivin; Berbiche; Breton; Guay, 2018).

Cupiúba também não dispõe de ambulância na localidade, ficando a população na dependência de se acionar esse serviço na central de ambulâncias da sede do município de Castanhal. Nesse sentido, o que difere de Taperuçu é a distância, dado que de Cupiúba até o pronto-socorro local a distância é de 15 km por um bom acesso de um trecho quase todo pavimentado. Apesar de a distância não ser considerada muito longa para uma realidade Amazônica (em torno de 15 km), ela se constitui como barreira para os atendimentos, sobretudo, de urgência e emergência na localidade.

Essa barreira identificada em Cupiúba se refere à falta de ambulância para a remoção e o transporte dos pacientes desse assentamento, visto que pessoas acidentadas, mulheres em trabalho de parto e idosos acamados são transportados em veículos comuns particulares de pessoas da comunidade, quando esses se encontram disponíveis na localidade.

A Resex de São João da Ponta também não dispõe de ambulância na localidade, fato comprovado pelas respostas dos usuários da estratégia de saúde da família local; mas nas respostas dos ACS, alguns deles disseram que a população usufrui desse serviço, tendo, assim, uma percepção mais individualizada da realidade local (Lotta, 2018).

O que podemos concluir, a partir das respostas dos ACS e dos usuários dessa localidade, é que nos dois assentamentos rurais, Cupiúba e Taperuçu, o serviço de ambulância é inexistente, apesar de Cupiúba ficar muito próximo da área urbana do município de Castanhal. No entanto,

há outras localidades da zona rural desse município que dispõem desse serviço de ambulância para o deslocamento de seus pacientes na comunidade.

Em Taperuçu, apesar de ser distante, a UBS serve de referência para a toda região do assentamento com quase 20 comunidades; assim, a gestão municipal de saúde de São Domingos do Capim poderia dispor desse serviço para a região do assentamento, tendo em vista que outras vilas da zona rural, que não são assentamentos, dispõem de ambulância na localidade para remoção de seus pacientes do mesmo município. Para esse cenário, a atuação da gestão municipal deveria implementar metas para diminuir a força da barreira geográfica (Wong; Regan, 2009; Haggerty *et al.*, 2014).

Podemos destacar a importância de elementos como acessibilidade, localização geográfica do serviço, horários e dias de funcionamento, bem como o processo de utilização dos serviços pela população para que seja, efetivamente, considerada a porta de entrada do sistema de saúde (Fausto *et al.*, 2018). Além disso, Malta *et al.* (2016) ressaltaram que a resolutividade da Estratégia Saúde da Família exige a expansão do acesso às demandas dos usuários, abrangendo acolhimento e capacidade para resolver demandas espontâneas ou programadas. Essa resolutividade, por sua vez, depende da integração efetiva com os outros níveis de assistência do sistema de saúde municipal e estadual.

Contudo, ao abordar essa questão, torna-se evidente a limitada capacidade de referenciar e contrarreferenciar os usuários, devido à concentração dos serviços nas maiores cidades ou na capital (Belém). Dada a sua presença como equipamentos sociais no território, a falta de uma rede de referência mais abrangente pode comprometer a continuidade e a integralidade dos cuidados, principalmente, para usuários terem acesso aos tratamentos especializados, que, em todas as localidades pesquisadas, constitui-se como barreira premente para as populações desses territórios, demonstrando as evidências de outras pesquisas que afirmam que indivíduos residentes nas regiões Norte e Nordeste apresentaram mais dificuldades quando comparados aos da região Sudeste (Augusto *et al.*, 2015).

Os profissionais de saúde enfrentam constantes desafios para reorganizar seus processos de trabalho e o funcionamento dos serviços, buscando facilitar o vínculo com as famílias nessas comunidades. Isso não se limita apenas àqueles que procuram atendimento na USF, dado que também envolve a realização de busca ativa para alcançar as famílias que, por diversas razões, não conseguem acessar a unidade, pois, além dos desafios geográficos, verificou-se, na pesquisa, a baixa oferta de consultas médicas, especialmente, em Taperuçu e na Ilha de Fora na Resex de Curuçá, em que ocorrem a cada 15 dias e com baixa oferta de fichas (15 a 20).

Leal, Theme-Filha, Moura e Cecatti. (2010) afirmam que a ausência de ambulâncias na região Amazônica tem se mostrado uma grande barreira de acesso ao serviço de saúde para os moradores locais. A Amazônia é uma região vasta e de difícil acesso, com inúmeras comunidades remotas e povoados distantes dos centros urbanos. De acordo com os autores, a ausência de ambulâncias compromete a qualidade e a efetividade do atendimento médico.

Com frequência, os moradores da região Amazônica precisam aguardar horas ou, até mesmo, dias por uma ambulância, o que pode resultar em agravamento do quadro clínico e em óbitos evitáveis. Sem o transporte adequado, os pacientes enfrentam dificuldades para chegar a um hospital ou ao centro de saúde, o que compromete o acesso a tratamentos especializados e de urgência.

No assentamento de Cupiúba, não há atendimento odontológico; na unidade de saúde, as pessoas de todo o assentamento não contam com esse serviço, que faz parte da composição básica da Estratégia da Saúde da Família, com uma população de 1.160 pessoas inscritas na unidade de saúde e 554 famílias. Conseqüentemente, diversos problemas de saúde são desencadeados pela ausência da realização de procedimentos na área da Odontologia. A ausência desse serviço acarreta um problema sério para o desenvolvimento infanto-juvenil que precisa de cuidados preventivos e tratamento no âmbito da saúde bucal.

A respeito desses problemas, é necessário investir em infraestrutura e logística na região e é fundamental melhorar as estradas e garantir meios de transporte adequados para as pessoas que residem nesses territórios. Além disso, é importante capacitar profissionais de saúde para atender às necessidades específicas das comunidades e assistência a todas as faixas etárias, mormente, nas estratégias de atendimento as crianças.

Para Garnelo *et al.* (2020, não paginado, tradução nossa), a saúde infantil, nessas condições de barreiras geográficas, sai prejudicada, dado que:

A saúde infantil também é precária nas áreas rurais e estudos abrangentes para toda a Amazônia também são escassos. Um estudo realizado em uma área rural da região norte, que avaliou as condições de saúde de crianças menores de 2 anos, incluindo estado nutricional, desenvolvimento físico-motor e problemas de saúde no último mês, constatou que 59,4% das crianças examinadas apresentavam estado de saúde ruim; destas, 17,3% tinham baixo peso e altura para a idade. Em relação aos problemas de saúde, 18,5, 14,3 e 32,6% das crianças < 6 meses, 6-11 meses e 12-23 meses, respectivamente, apresentaram diarreia 15 dias antes da coleta de dados<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> “Child health is also poor in rural areas and comprehensive studies for the whole Amazon are also scarce. A study conducted in a rural area of the northern region that evaluated the health conditions of children under the age of 2 years, including nutritional status, physical-motor development and health problems in the last month, found 59.4% of the children examined presented poor health status; of these, 17.3% had low weight and height-for-age. Regarding health problems, 18.5, 14.3 and 32.6% of children < 6 months, 6–11 months and 12–23 months, respectively, presented with diarrhea 15 days prior to data collection”.

Por isso, é necessário investir em unidades de saúde das localidades rurais para que as pessoas tenham acesso a serviços básicos sem precisar se deslocar por longas distâncias. Isso pode incluir a construção de mais unidades de saúde e um melhor aparelhamento das existentes e a disponibilização de equipamentos e profissionais qualificados, com a comunicação adequada das equipes das unidades e as gestões municipais para a implantação do que é exequível em cada localidade (Almeida *et al.*, 2018).

Nos resultados a partir das respostas dos ACS e usuários da UBS das localidades pesquisadas, verificamos a barreira da restrição às consultas especializadas, uma vez que, em todas as localidades, quase 100% das respostas apontaram que esse tipo de consulta ocorre acima de um mês, a partir da solicitação do médico da unidade local. Quando perguntado aos usuários da última vez que tiveram esse tipo de atendimento, as respostas perfizeram em torno de um ano da ocorrência desse tipo de consulta.

Essa restrição remete a uma exclusão dessas populações ao acesso aos tratamentos dos problemas de saúde, que verificamos no perfil epidemiológico das localidades como elevados índices de hipertensão, pessoas com vários tipos de diabetes, além das necessidades mais comuns para cuidados preventivos e tratamentos, tais como: problemas ginecológicos, traumatológicos e ortopédicos, riscos cardiovasculares, endócrinos, pediátricos etc.

É perceptível que os prestadores e os gestores dos serviços de saúde locais não criaram esforços e estratégias para que esses atendimentos fossem disponibilizados através de mutirões de consultas ou aumento de oferta de consultas especializadas para diminuir suas demandas reprimidas. Geralmente, essas necessidades são encaminhadas e ficam em espera de marcação em outro município ao qual foi feita a pactuação regional de saúde, valendo, nesse contexto, o peso político-administrativo das decisões (Lotta, 2015).

Quanto à pactuação entre os municípios em que estão localizados esses territórios, vale ressaltar que o município polo é Castanhal, o qual detém a estrutura de receber os pacientes referenciados nas suas unidades locais. Com esse entendimento, expomos, a seguir, as quantidades de procedimentos pactuados por São Domingos do Capim (Taperuçu), São João da Ponta e Curuçá (Resex Mãe Grande de Curuçá e Ocupação de Vera Cruz).

---

**Tabela 18** – Quantidade de procedimentos pactuados e realizados entre São Domingos do Capim, São João da Ponta e Curuçá com Castanhal na região de saúde Metropolitana III

Procedimento	SÃO DOMINGOS DO CAPIM		SÃO JOÃO DA PONTA		CURUÇÁ	
	Quantidade pactuada	Quantidade utilizada	Quantidade pactuada	Quantidade utilizada	Quantidade pactuada	Quantidade utilizada
Alergologia	27	0	7	0	30	0
Angiologia	114	0	10	0	60	0
Cardiologia	369	9	10	1	95	0
Cirurgia geral	604	1	60	0	100	0
Clínica geral	0	20	76	2	50	1
Dermatologia	280	0	0	11	90	0
Endocrinologia	160	0	20	9	180	12
Fisioterapia	2200	21	20	0	59	0
Gastroenterologia	80	24	360	2	600	5
Infectologia	0	30	14	0	80	11
Mastologista	52	0	23	30	30	23
Neurologia	100	0	20	0	80	0
Nefrologista	100	0	24	0	200	0
Oftalmologia	500	41	90	11	100	0
Ortopedia	540	3	110	7	750	33
Otorrinolaringologia	140	25	20	7	300	0
Pneumologia	100	4	17	1	200	27
Proctologia	12	0	19	8	22	0
Psiquiatria	70	0	4	0	120	7
Reumatologia	70	6	25	11	29	0
Urologia	150	0	14	4	40	1
Raio x	2500	0	32	0	65	7
Ecocardiograma	149	0	510	0	250	0
Teste ergométrico	149	0	25	0	1356	0
Mapa	149	0	25	0	75	0
Holter	149	0	25	0	75	0
Ultrassonografia	585	0	25	0	75	0
Endoscopia	200	0	180	0	75	0
Mamografia bilateral	490	42	14	0	250	0
Mamografia unilateral	223	0	50	8	120	0
Ressonância	67	52	40	0	842	0
Tomografia	212	165	12	6	154	0
Densitometria	26	23	38	11	88	46
Audiometria	75	0	5	5	279	143
Videolaringoscopia	75	4	12	1	34	0
Logoaudiometria	75	0	12	1	129	0
Imitanciometria	75	0	12	0	129	5
PSA	400	0	12	0	129	0
Colposcopia	300	35	50	0	129	0

**Fonte:** Relatório do 5º CRS/SESPA (2023).

Ao observarmos as quantidades dos procedimentos pactuados dos três municípios (São Domingos do Capim, São João da Ponta e Curuçá) com o município em que são referenciados

os procedimentos na regional de saúde, que é Castanhal, verificamos que uma quantia significativa dos procedimentos não foi acessada pelos usuários desses municípios. Desse modo, essa conjuntura termina se configurando como uma barreira para que esses usuários não consigam realizar seus diagnósticos e seus tratamentos.

A partir dos dados apresentados (Tabela 17), destacamos, na área de Cardiologia, da consulta com o especialista aos exames como ecocardiograma, teste ergométrico, MAPA e Holter, com as suas correspondentes quantidades pactuadas, não ter havido disponibilidade de agendamento para os exames dessa área, ao passo que as consultas apresentaram um quantitativo pequeno de pacientes agendados para esses municípios, sendo nove de 369 pactuados de São Domingos do Capim, um de 10 pactuados de São João da Ponta e nenhum dos 95 pactuados de Curuçá.

Em vista do exposto, verificou-se, nas unidades e nas entrevistas com os ACS, que os gestores locais e regionais não disponibilizam tais vagas de consultas especializadas para suas unidades locais de saúde, impedindo, assim, que essas populações não tenham acesso ao prosseguimento dos seus tratamentos.

Comumente, os moradores dessas regiões Amazônicas vivem em áreas remotas, de difícil acesso e com pouca oferta de serviços de saúde, de acordo com Garnelo *et al.* (2020). Tal aspecto dificulta a realização de consultas e exames, posto que é necessário percorrer longas distâncias para chegar aos centros urbanos onde estão localizados os hospitais e as clínicas. Adicionalmente, a região Amazônica enfrenta problemas relacionados à escassez de profissionais de saúde. A falta de médicos, enfermeiros e outros profissionais compromete a capacidade de atendimento, aumentando ainda mais o tempo de espera para o agendamento de consultas (França; Modena; Confalonieri, 2016; Stopa, 2017).

Em conformidade com Garnelo *et al.* (2020), a demora no agendamento de consultas pode ter consequências graves para a saúde dos moradores da região Amazônica. Doenças e condições médicas que poderiam ser tratadas ou prevenidas com uma consulta precoce podem se agravar em virtude da demora no atendimento. Isso pode resultar em complicações de saúde mais sérias e, até mesmo, em óbitos evitáveis.

As demandas no contexto de vida das famílias assentadas e nas áreas de Resex transcendem a atuação preconizada, nacionalmente, na Atenção Primária à Saúde e desafiam algumas abordagens estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Nesse cenário, torna-se evidente a influência crucial de fatores sociais, econômicos, culturais e educacionais na dinâmica saúde-adoecimento, refletindo a carência por serviços públicos. As respostas que obtivemos nessas comunidades ecoam discursos recorrentes que abordam o modo de vida no campo, permeando

questões como moradia, transporte, escola, saneamento básico, trabalho, alimentação, segurança pública e outros aspectos estruturais que determinam a saúde dessas populações. Dessas estruturas, o grau de inclusão ou exclusão depende da diferenciação entre os sistemas a partir dos padrões de acesso (Luhmann, 1997).

Evidencia-se, de maneira contundente, a dificuldade enfrentada no que tange ao transporte e à locomoção nesses territórios, identificando isso como um dos principais obstáculos para garantir a efetividade das ações de saúde. As condições precárias das estradas, aliadas à insegurança e à escassez de transporte público acessível e econômico, criam barreiras significativas para as famílias que necessitam se deslocar até onde se centralizam as atividades oferecidas pela equipe de saúde e os serviços de maior complexidade em saúde, que se concentram nos centros urbanos das maiores cidades.

A realidade logística das famílias assentadas identificada, principalmente no assentamento de Taperuçu, e a interdependência entre a acessibilidade aos serviços de saúde e uma gama de fatores estruturais moldam seu cotidiano. A falta de infraestrutura adequada impacta, diretamente, a eficácia das intervenções de saúde, mas também ressoa em outras esferas da vida, como o acesso à educação, ao trabalho e à segurança. Assim, torna-se necessária uma atuação efetiva dos gestores com planejamento e monitoramento (Patton, 1997; Vasconcelos *et al.*, 2006; Oliveira, 2012; Campos, 2014).

Em geral, os índices de saúde e as condições sociais em áreas rurais são desfavoráveis em comparação com as áreas urbanas. Problemas de saúde específicos são mais prevalentes no ambiente rural, as taxas de cobertura preventiva são inferiores e a autoavaliação da saúde é menos positiva nessa população. Diante desse panorama desafiador, torna-se notável que as equipes de saúde atuantes nessas regiões tenham a capacidade de realizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos que, em contextos urbanos, poderiam ser encaminhados para outras instâncias do sistema de saúde (Lima *et al.*, 2019).

Outros estudos, como o de Castro e Simonian (2019), evidenciaram que os serviços de saúde disponíveis às comunidades indígenas em Oriximiná no Pará não ofereciam as condições adequadas para as necessidades de efetivação dos serviços que aquelas populações indígenas necessitavam, principalmente nos aspectos das peculiaridades culturais, dos seus conhecimentos e vivências com a natureza.

Para resolver tal problema, os autores são unânimes ao pontuar ser necessário investir na melhoria da infraestrutura de saúde na região Amazônica. Isso inclui a construção de mais hospitais e clínicas, bem como a contratação de mais profissionais de saúde. Além disso, é fundamental implementar políticas que facilitem o acesso aos serviços de saúde, como a

ampliação do atendimento público e a criação de programas de telemedicina, que permitiriam aos moradores da região obter consultas remotas e acesso à Internet para as UBS desses territórios (Floss, 2020).

É imperioso evidenciar que as barreiras são construídas nessas localidades pela dinâmica que ocorre da baixa oferta dos serviços, da falta de estratégia para o acesso das populações, gerando, assim, uma baixa adesão das pessoas para engajamento dos seus acompanhamentos e tratamentos, conforme relatado nas entrevistas por alguns ACS. Isso ocorre porque os usuários das unidades de saúde locais não comparecem às consultas justamente porque, a partir delas, não conseguem dar continuidade aos seus tratamentos, por não disporem das avaliações especializadas.

As áreas descobertas de atendimento, com base na atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, constituem-se barreiras para uma exclusão das comunidades descobertas. Tal exclusão caracteriza-se pela falta de acesso direto aos serviços de Atenção Básica em Saúde e, conseqüentemente, às demais complexidades. Esse comprometimento do acesso ocorre porque é o ACS quem inscreve e acompanha os usuários nos atendimentos.

Com exceção do assentamento de Cupiúba, as demais localidades têm áreas descobertas. No assentamento de Taperuçu, havia duas comunidades no complexo do assentamento sem ACS; em São João da Ponta, duas comunidades e, na Resex de Curuçá, havia uma comunidade. Devido à proximidade com a outra, recebia atendimento esporádico da ACS local.

Nas áreas de ocupação ou assentamentos informais, a conjuntura é mais problemática quanto a esse serviço, pois essas áreas são denominadas pelo sistema de saúde de áreas “descobertas”. Na ocupação de 5 de outubro em Castanhal e na de Vera Cruz em Curuçá, congregando cerca de 260 famílias nas duas áreas, só há visitas esporádicas de Agentes Comunitários de Saúde e campanhas pontuais de vacinação.

Uma alternativa para atender a essas comunidades sem cobertura e com dificuldade de acesso geográfico seria a telemedicina, isso posto que temos registrado algumas experiências exitosas no Brasil, especialmente em algumas regiões da Amazônia, como o projeto que funciona há mais de uma década através do Núcleo de Apoio à População Ribeirinha (Napra), cujo objetivo foi o atendimento das comunidades ribeirinhas da região do “baixo rio Madeira” no norte do Estado de Rondônia (Machado *et al.*, 2010).

Mais recentemente em 2021, o programa nacional já operava com 23 núcleos estaduais ou regionais de telessaúde, em sua maior parte, vinculados a universidades federais, com algumas modalidades de funcionamento ofertados como a teleconsultoria (consulta fundamentada entre profissionais de saúde), teleeducação (oferta de palestras, cursos ou

materiais didáticos) e telediagnóstico (apoio diagnóstico em diversas situações e especialidades). Embora não se tenha uma avaliação mais sistemática da eficácia dos serviços, representa acesso para algumas comunidades ou pessoas para receberem seus atendimentos (Santos *et al.*, 2019; BVS, 2023).

Com base nesses dados, nas informações coletadas e na leitura de trabalhos como os de Garnelo *et al.* (2020), é perceptível a imprescindibilidade de garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade, promover ações de prevenção e controle das doenças crônicas, oferecer suporte para tratamento de problemas relacionados ao tabagismo, álcool e drogas, além de se investir em programas educativos no que concerne à saúde mental e a outras questões que afetam essas populações.

As ações de saúde de caráter comunitário e preventivo desempenharam um papel basilar ao longo dos anos, inicialmente, direcionadas para a mitigação de epidemias que assolavam as populações em áreas rurais ou periféricas. Em um contexto no qual a presença de profissionais médicos era escassa, essas iniciativas emergiram como uma resposta vital para oferecer, no mínimo, cuidados básicos de saúde. Ainda assim, não constatamos a ocorrência dessas estratégias nesses territórios pesquisados.

Na condição de pesquisador, pude perceber que existem preocupações diferentes sobre as condições as quais os serviços são disponibilizados para as populações pesquisadas. Os Agentes Comunitários de Saúde conhecem muito bem os problemas e limitações que envolvem as rotinas onde atuam nas suas comunidades, porém não existe uma articulação dos gestores para ouvi-los e assim realizarem os ajustes para melhorar os atendimentos. Em algumas localidades, os ACS apontaram em níveis percentuais mais acentuados dos que os usuários que recebem os serviços quando demonstramos suas respostas quantitativas.

Já as repostas dos gestores não debatem os problemas específicos da prestação dos serviços de saúde dos territórios pesquisados; os mesmos preferiram discorrer genericamente sobre as ações e programas que perfazem toda a estrutura de atendimentos dos seus municípios. Percebi, então, que existe uma evitação em refletir e responder sobre a realidade das estruturas de atendimento que tem ou que poderiam ter nos Assentamentos e nas Resex.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário geral que constatamos na pesquisa desses territórios foi um acentuado contexto de dificuldades para se ter o mínimo de assistência em saúde pública nas próprias comunidades em que essas pessoas vivem. As populações têm de enfrentar as adversidades de regiões remotas, nas quais a carência de recursos e a distância geográfica representavam desafios significativos. A ausência de profissionais da saúde, sobretudo de médicos e dentistas, constitui-se como uma barreira presente em todas as regiões pesquisadas.

No contexto dos assentamentos rurais, constatou-se uma insatisfação maior no que diz respeito aos atendimentos recebidos, com destaque para as comunidades de Tapuruçu, em cujas respostas dos usuários e discursos do ACS se evidenciaram um desapontamento com a falta de atenção por parte dos gestores municipais em saúde. Notou-se que os gestores precisam ter um conhecimento aprofundado das especificidades locais. De tal modo que a mobilização eficaz de recursos disponíveis e a organização estratégica tornam-se necessidades para a busca de meios de forma a assegurar o direito à saúde nessas áreas rurais. Uma estratégia viável seria o monitoramento das atividades e ações das atividades de trabalho (Jones, 1993; Rua, 2004; Jannuzzi, 2013).

Além das práticas relacionadas à saúde, destaca-se a relevância da promoção de estratégias coletivas que vão além do escopo tradicional dos cuidados médicos, ambulatoriais e preventivos. Válido ressaltar que não identificamos, nessas comunidades, áreas de lazer e opções estruturadas para práticas esportivas, como as academias de saúde, inexistentes em todas as comunidades pesquisadas, mas também as atividades socioculturais como parte integrante das estratégias de promoção da saúde. Tais iniciativas abordam aspectos físicos da saúde, mas também reconhecem a importância da saúde mental e do bem-estar geral, promovendo a coesão social e fortalecendo os laços comunitários.

É indubitável que alguns usuários associam a USF predominantemente à abordagem da doença, buscando os cuidados da equipe apenas quando há queixas específicas, em vez de adotar uma abordagem preventiva e promocional da saúde. Esse aspecto também é percebido nos discursos dos ACS, quando estes relataram o desinteresse dos usuários de comparecer a alguns atendimentos e as adesões aos tratamentos comuns como hipertensão e diabetes.

Nesse panorama, é possível constatar, também, que a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, que estão nessas comunidades, funciona de acordo com os preceitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, com o cumprimento das visitas domiciliares regulares, registro dos atendimentos, acompanhamento dos pacientes etc. Relevante elucidar que não se registraram

reclamações dos usuários para com esses profissionais. A falta de contratação de mais agentes para as áreas descobertas constitui-se uma falha e uma desatenção também dos gestores, fato evidenciado pelos próprios ACS pesquisados neste trabalho.

Diferentemente dos ACS, a falta ou o atendimento reduzido de médicos caracteriza-se como barreira frequente nesses territórios, visto que em nenhum deles os atendimentos médicos são realizados todos os dias da semana, embora as situações mais críticas dessa situação tenham ocorrido no assentamento de Tapuruçu e na Resex Mãe Grande de Curuçá, tendo apenas atendimento médico a cada 15 dias.

Em vista disso, essa realidade depende da resolubilidade dos gestores municipais para contratar mais profissionais para essas áreas. Diante disso, concluímos que, em alguns pontos, as barreiras de acesso têm imposição semelhante nos assentamentos e nas Resex, com múltiplos contextos e formas variadas desses territórios, mas com variáveis que propiciam exclusão (Luhmann, 1988).

A abordagem em áreas de assentamento e Reservas Extrativistas requer uma compreensão holística e sensível às peculiaridades locais, indo além do modelo tradicional de cuidados de saúde. A adaptação criativa das práticas, aliada à valorização de estratégias coletivas, desempenha uma função essencial na promoção da saúde e no enfrentamento dos desafios únicos enfrentados por essas comunidades. Isso ocorre porque, ao adentrar num assentamento rural com mais de 4 mil hectares de área e um acesso geográfico dificultado como Tapuruçu, percebe-se a emergência de estratégias para o mínimo de acesso aos serviços de saúde pública (Jannuzzi, 2019; Freitas *et al.*, 2022).

Tal aspecto foi elucidado por diversos entrevistados, tanto ACS quanto os usuários, no que concerne ao tratamento desigual dos gestores nas áreas em que vivem em relação a outras que não são assentamentos rurais ou Resex, de maneira que apareceram em seus discursos, inclusive, os nomes das outras localidades para efeito de comparação. Mediante tal percepção, verificamos um nível considerado de exclusão social dessas comunidades, não sendo vistas como prioridade para a atenção adequada das políticas públicas de saúde.

Quanto à falta de atenção dos gestores com essas comunidades, não se averiguou nenhuma estratégia para facilitar o acesso dessas populações, como mutirões de atendimentos, ações coordenadas com profissionais especialistas e um controle melhor dos pacientes dessas áreas através de buscas ativas multiprofissionais. A busca ativa, portanto, revela-se como uma estratégia crucial para superar as barreiras que impedem o acesso aos serviços de saúde, proporcionando uma abordagem proativa na identificação e no atendimento às necessidades da comunidade.

A colaboração estreita entre a comunidade, os gestores de saúde e os profissionais pode superar as barreiras identificadas e acomodar um modelo de atenção à saúde mais eficaz, participativo e adaptado à realidade única dos assentamentos e das comunidades tradicionais. A resolução desses desafios requer intervenções na esfera da saúde e a promoção de políticas públicas abrangentes que visem melhorar as condições estruturais e, assim, elevar o acesso aos serviços públicos pelas populações dessas comunidades.

Nesse contexto, seria importante reformular currículos de graduação e estratégias de educação permanente. Programas inovadores, como as residências multiprofissionais em saúde da família, saúde mental e saúde do campo, representam passos significativos para promover uma formação mais alinhada com as necessidades específicas dos assentamentos rurais e das Reservas Extrativistas. Essas iniciativas capacitariam os profissionais para lidar com os desafios complexos do ambiente rural e contribuiriam com uma visão integrada de saúde que reconhece a interconexão entre práticas agrícolas, condições de vida e bem-estar humano nesses ambientes.

Dessa forma, será possível melhorar as condições de saúde e qualidade de vida dos moradores desses espaços pesquisados, contribuindo com o desenvolvimento sustentável dessas comunidades, com ações programadas e acompanhamento da rede de assistência existente no Sus.

Não se pode deixar de mencionar que o objetivo desta pesquisa foi, justamente, o de identificar a existência de tais barreiras que dificultam o acesso das populações ao atendimento de saúde. Mediante a análise dos dados e informações expostos, notou-se que essas barreiras exercem um impedimento para que os usuários sejam atendidos no âmbito da saúde pública.

É certo que tais barreiras constituem fatores de exclusão social, dado que refletem grupos humanos marginalizados, o que é uma das hipóteses desta pesquisa. Isso significa que as barreiras de acesso aos serviços de saúde enfrentadas pelas populações dos assentamentos rurais e das Reservas Extrativistas são uma forma de exclusão social e afetam, negativamente, essas comunidades. A falta de acesso a serviços de saúde de qualidade contribui para o ciclo de pobreza e marginalização dessas populações, reforçando as desigualdades sociais e a exclusão (Silveira; Pinheiro, 2014).

Em primeiro lugar, é importante ressaltar as dificuldades enfrentadas pelas populações rurais e das Reservas Extrativistas para alcançar os serviços de saúde. A distância geográfica é um dos principais obstáculos enfrentados, uma vez que muitas comunidades estão localizadas em áreas remotas e de difícil acesso, o que dificulta o deslocamento dos moradores até os centros urbanos nos quais estão concentrados os serviços de saúde (Leal *et al.*, 2010).

Além disso, a falta de infraestrutura adequada também se impõe como uma barreira. Diversos assentamentos rurais e Reservas Extrativistas não têm postos de saúde ou hospitais próximos; como consequência, as pessoas precisam percorrer longas distâncias para ter acesso a atendimento médico e a outros serviços de saúde. A falta de transporte público e de estradas de qualidade agrava ainda mais essa conjuntura, tornando o acesso aos serviços de saúde ainda mais difícil (El Kadri; Santos; Lima, 2019).

Diante dessas barreiras de acesso, as populações dos assentamentos rurais e das Reservas Extrativistas são excluídas ou têm um acesso restrito aos serviços de saúde, o que perpetua a desigualdade social. Ademais, a falta de acesso a cuidados de saúde básicos e de qualidade comprometem o bem-estar e a qualidade de vida dessas comunidades, dificultado, ainda, o desenvolvimento social e econômico.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, p. 244-260, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>

ALONSO, C. M. C.; BEGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 14, 2018.

ALVES FILHO, J. P.; RIBEIRO, H. Saúde ambiental no campo: o caso dos projetos de desenvolvimento sustentável em Assentamentos Rurais do Estado de São Paulo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 448-466, 2014.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad. Saúde Pública**, [S.l.], v. 34, n. 6, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>

AUGUSTO, A. O. *et al.* Mapeamento dos casos de violência contra a mulher na região metropolitana de Belém narrados pela mídia impressa do estado do Pará. **Rev Para Med**, [S.l.], v. 29, n. 2, p. 23-32, 2015.

BACKER, J. A.; KLINKENBERG, D.; WALLINGA, J. Incubation period of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infections among travellers from Wuhan, China, 20-28 January 2020. **Euro Surveill**, [S.l.], v. 25, n. 5, fev. 2020. DOI: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.5.2000062>

BAUMGARTNER, F.; JONES, B. **Agendas and instability in American politics**. Chicago: University of Chicago Press, 1993.

BAUMAN, Z. **Identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

BRASIL. **Lei N° 9.985, de 18 de julho de 2000**. Regulamenta o art. 225, § 1o, incisos I, II, III e VII da Constituição Federal, institui o Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19985.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19985.htm). Acesso em: 20 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei no 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrução normativa nº 1, de 7 de março de 2005**. Regulamenta a Portaria nº 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/int0001\\_07\\_03\\_2005\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/int0001_07_03_2005_rep.html). Acesso em: 3 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial**, Brasília, DF, n. 204, p. 55, 24 out. 2011. Seção

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta**. Brasília, DF: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial**, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_integracao\\_atencao\\_basica\\_vigilancia\\_saude\\_modulo\\_1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf). Acesso em: 3 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-Gestor Atenção Básica**: informação e gestão da atenção básica. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 28 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano nacional de operacionalização da vacinação contra Covid-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/coronavirus/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacinacao-contr-a-covid-19-pno-2a-edicao-com-isbn>. Acesso em: 3 ago. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informação e gestão da atenção básica**. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/para/2023/janeiro/hanseniose-para-notifica-maior-numero-de-casos-em-2022-da-regiao-norte>. Acesso em: 30 out. 2023.

BVS. **Atenção Primária à Saúde**. Núcleos do Programa Telessaúde Brasil Redes. Disponível em: <https://aps.bvs.br/rede-de-colaboradores/>. Acesso em: 20 dez. 2023.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, [S.I.], v. 38, Numero especial, p. 252-264, out. 2014.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro – população e perfil sanitário [*on-line*]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; IPEA; Ministério da Saúde, 2013. v. 2, p. 19-38.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O.; RÊGO, D. P. Interacionismo Simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social. **Psicologia, Ciência e Profissão**, [S.I.], v. 30, n. 1, p. 146-161, 2010.

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

CASTRO, R. R. A. **Comunidades tradicionais e Unidades de Conservação no Pará**: a influência da criação da Reserva Extrativista Rio Xingu – Terra do Meio, nos modos de vida das famílias locais. Orientadora: Myriam Cyntia Cesar de oliveira. 2013. 167 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2013.

CASTRO, N. J. C. de; SIMONIAN, L. T. L. . Estrutura dos serviços de atenção à saúde: polo indígena de Oriximiná-PA, Brasil. **AMAZÔNIA INVESTIGA JCR**, v. 8, p. 231-242, 2019.

COIMBRA JUNIOR. C. E. A. Saúde rural no Brasil: tema antigo mais que atual. **Rev. Saúde Pública**, [S.I.], v. 52 Suppl 1:2s, 2018.

CONFALONIERI, U. E. C. Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. **Estud Av**, [S.I.], v. 19, p. 221-236, abr. 2005.

CÓRDOVA, T. A. B.; RIBAS, C. E. D. C.; WOSNY, A. M. A assistência à saúde dos Sem-Terra: o caso do assentamento Butiá, Santa Catarina, Brasil. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, [S.I.], v. 1, n. 2, p. 67-78, 2011.

CORREA, M. S. *et al.* Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [S.I.], v. 28, n. 12, p. 2257-2266, dez. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400005>

CRESWELL, John W. **Educational research**: planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research. 4. ed. Boston: Pearson, 2012.

DOLEA, C.; STORMONT, L.; BRAICHET, J. M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. **Bull World Health Organ**, [S.I.], v. 88, n. 5, p. 379-385, 2010. DOI: <https://doi.org/10.2471/BLT.09.070607>

EL KADRI, M. R.; SANTOS, B. S.; LIMA, R. T. S. Floating Primary Health Center: a new approach to Primary Care in the Amazon, Brazil. **Interface**, [S.I.], v. 23, n. e180613, 2019.

ESTEVES, M. P. O Cadastro Nacional de Imóveis Rurais - CNIR: implicações para os projetos de reforma agrária e para a tributação fundiária no Brasil. **Revista Geográfica de América Central**, Costa Rica, Número Especial EGAL, p. 1-15, 2011.

FARIAS FILHO, M. C. **Elaboração de artigos para publicação**: um guia para as ciências sociais, sociais aplicadas e humanidades. Série Produção Científica. São Paulo: Motres, 2018.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* O futuro da atenção primária à saúde no Brasil. **Saúde em debate**, v. 42, p. 12-14, 2018.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* Atenção primária à saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 32, n. 1, e220382pt, 2023.

FIGUEIREDO, D. C. M. M.; SHIMIZU, H. E.; RAMALHO, W. M. A acessibilidade da atenção básica no Brasil na avaliação dos usuários. **Cad Saúde Colet**, [S.l.], v. 28, n. 2, p. 288-301, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000020288>

FINCHER, R.; IVESON, K. (2008). **Planning and Diversity in the city [planejamento e diversidade nas cidades]**; Vicki-Ann Ware, Hellene Gronda and Laura Vitis (2010), **AHURI Research Synthesis Service: addressing locational disadvantage effectively [AHURI Serviços de Pesquisa Sintética: Enfrentando as desvantagens da localização eficientemente]**; Mitlin, D. and Satterthwaite, D. (2013), **Urban Poverty in the Global South [A Pobreza Urbana no Sul Global]**.

FISCHER, L. R. C. **Ordenamento territorial e planejamento municipal: estudo de caso das limitações supralocais à aplicação do art. 30, VIII da Constituição de 1988, pelo município de Parauapebas, Pará**. Orientador: José Helder Benatti. 2014. 627 f. Tese (Doutorado em Direito) – Instituto de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Pará. Universidade Paris 13 centre de recherche sur l'action locale (tese en co-tutela/thèse en co-tutelle), Belém, 2014.

FONTOURA JÚNIOR, E. E. *et al.* Relações de saúde e trabalho em assentamento rural do MST na região de fronteira Brasil-Paraguai. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 379-397, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Dits et écrits (1954-1988)**. Paris: Gallimard, 2001. 2 v.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANÇA, V. H.; MODENA, C. M.; CONFALONIERI, U. E. C. Visão multiprofissional sobre as principais barreiras na cobertura e no acesso universal à saúde em territórios de extrema pobreza: contribuições da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [S.l.], n. 24, p. 2795, 2016.

FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. organizadores. **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec; 2009.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, DF, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

FREITAS, J. S. *et al.* Reservas extrativistas sem extrativismo: uma tendência em curso na Amazônia? **Revista de Gestão Social e Ambiental**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 56-72, jan./abr. 2018.

FREITAS, J. S. **Conflitos entre sobrevivência familiar e conservação ambiental em Reservas Extrativistas da Amazônia**. Orientador: Armin Mathis. 2018. 165 f. Tese (Doutorado em desenvolvimento Sustentável) – Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.

FREITAS, J. S. *et al.* Necessity of Productive Association with Technological Innovations for Sustainability of Extractive Reserves in the Amazon. **Journal of Management Andsustainability**, [S.l.], v. 12, p. 83-95, 2022.

FREITAS, J.; SILVA, D.; RODRIGUES, M. Áreas protegidas en el Amazon: un análisis institucional extractiva reserva el Alto Jurua. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, Málaga, v. 6, p. 1-13, 2016.

GARCIA, R. C. **Subsídios para organizar avaliações da ação governamental**. Brasília, DF: Ipea, 2001. (Textos para Discussão; 776).

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. O. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1.225-1.234, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>

GARNELO, Luiza. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, p. 1-4, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00220519>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/vb3KBsxsHwPFM3kd3JfwDpN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 ago. 2023.

GARNELO, L. *et al.* Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. **International Journal for Equity in Health**, v. 19, n. 54, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01171-x>

GONZÁLEZ, C. A. *et al.* Expansión de la medicina familiar en América Latina: desafíos y líneas de acción. **Rev. Panam. Salud Publica**, [S.I.], v. 42, n. e149, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.149>

HOGG, W.; ROWMAN, M. R. G.; GENEAU R.; MULDOON L. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. **Int J Qual Health Care**, v. 20, n. 13, 308-313, 2008.

IBGE. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil**: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017.

IBGE. Brasília, DF. 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/busca.html>. Acesso em: 6 Nov. 2023.

INSTITUTO CHICO MENDES DE BIODIVERSIDADE - ICMBio. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://www.icmbio.gov.br/portal>. Acesso em: 7 jul. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA - INCRA. Brasília, DF, 2018 Disponível em: <http://www.incra.gov.br/>. Acesso em: 13 jun. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA - INCRA. Brasília, DF, 2019 Disponível em: <http://www.incra.gov.br/>. Acesso em: 20 mai. 2021.

JANNUZZI, P. M. A. Sistema de monitoramento e avaliação de programas sociais: revisitando mitos e recolocando premissas para sua maior efetividade na gestão. **Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação**, [S.l.], v. 1, p. 4-27, 2013.

JANNUZZI, P. M. A. A implementação no centro da avaliação de políticas públicas. **Revista Aval**, [S.I.], v. 2, n. 16, págs. 64-81, jul./dez. 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/337801411>. Acesso em: 9 ago. 2023.

JONES, M. D.; MCBETH, M. K.; SHANAHAN, E. A. Introducing the narrative policy framework. In: JONES, M. D.; SHANAHAN, E. A.; MCBETH, M. K. (ed.). **The science of stories: applications of the narrative policy framework in public policy analysis**. New York: Palgrave Macmillan US, 2014. p. 1-25.

KULIG, J. C. *et al.* How do registered nurses define rurality? **Aust J Rural Health**, [S.I.], v. 16, n. 1, p. 28-32, fev. 2008. DOI: 10.1111/j.1440-1584.2007.00947.x

LAGANÁ, M. T. C. *et al.* Alterações Citopatológicas, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Periodicidade dos Exames de Rastreamento em Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S.I.], v. 59, n. 4, p. 523-530, 2013. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_59/v04/pdf/05](http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v04/pdf/05). Acesso em: 19 jul. 2018.

LEAL, M. C.; THEME-FILHA, M. M.; MOURA, E. C.; CECATTI, J. G. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.I.], v. 15, n. 1, p. 91-104, 2015.

LIMA, J. *et al.* Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, 2022, e00616190. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>

LIMA, Ângela Roberta Alves *et al.* Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? **Saúde em Debate**, [S.I.], v. 43, p. 755-764, 2019

LIMA, F. J.; SILVA, F. T. Barreiras atitudinais: obstáculos à pessoa com deficiência na escola. In: SOUZA, O. S. H. (org.). **Itinerários da inclusão escolar: múltiplos olhares, saberes e práticas**. Canoas: ULBRA; Porto Alegre: AGE, 2008. p. 23-32.

LIPSCOMB, M.; PRABAKARAN, N. Property rights and deforestation: evidence from the Terra Legal land reform in the Brazilian Amazon. **World Development**, v. 129, p. 104854, 2020.

LOTTA, G. S. **Burocracia e implementação de políticas de saúde: os agentes comunitários na Estratégia Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

LOTTA, G. S. “Burocracia, redes sociais e interação: uma análise da implementação de políticas públicas”. **Revista de Sociologia e Política**, [S.I.], v. 26, n. 66, p. 145-173, 2018.

LUHMANN, N. **Ökologische Kommunikation: Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen?**. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1988.

LUHMANN, N. **Die Gesellschaft der gesellschaft**. Frankfurt: a. M. Suhrkamp, 1997.

LUHMANN, N. **Introdução à teoria dos sistemas** (Aulas publicadas por J.T. Nafarrate). Petrópolis, RJ: Vozes, [1995] 2009. 414 p.

MACHADO, F. S. N. *et al.* Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 247-254, 2010.

MACHADO, P. P. A política de terras em Santa Catarina: posse, propriedade e legitimação no Planalto Serrano e Meio-oeste no final do Império e início da República (1854-1912). *In*: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 26., jul., 2011. **Anais [...]**, São Paulo: ANPUH, 2011.

MALTA, D. C. *et al.* A cobertura da Estratégia de Saúde da Família – ESF. no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 21, p. 327-338, 2016.

MEDEIROS, S. M. *et al.* Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3377-86, 2016. DOI. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.1875201535>

MEDEIROS, M. S. *et al.* A saúde no contexto de uma reserva de desenvolvimento sustentável: o caso de Mamirauá, na Amazônia Brasileira. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 128-148, 2018.

NASCIMENTO, E. P. **Exclusão social no Brasil**: as múltiplas dimensões do fenômeno. Série Sociológica, Brasília, DF: UnB, 1993.

NEWTON, P.; ENDO, W.; PERES, C. A. Determinants of livelihood strategy variation in two extractive reserves in Amazonian flooded and unflooded forests. **Environmental Conservation**, Cambridge, v. 39, n. 2, p. 97- 110, 2011.

OLIVEIRA, L. S. *et al.* Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Cien Saúde Colet**, [S.I.], v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012.

OLIVEIRA, R. A. D.; DUARTE, C. M. R.; PAVÃO, A. L. B.; VIACAVA, F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, [S.I.], v. 35, n. 11, e00120718, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Resolução CP 53.14, de 2014**. Estabelece condições ambientais favoráveis para a manutenção da saúde. Disponível em: <https://www.paho.org/annual-report-2017/Portugues.htm>. Acesso em: 7 jul. 2018.

OSTRÖM, E. Institutional rational choice: an assessment of the institutional analysis and development framework. *In*: SABATIER, P. (ed.). **Theories of the policy process**. 2. ed. Boulder: Westview Press, 2007. p. 21-64.

OSTRÖM, E. Background on the institutional analysis and development framework. **Policy Studies Journal**, Hoboken, v. 39, n. 1, p. 7-27, 2011. DOI:10.1111/j.1541-0072.2010.00394.x

PARÁ. **Boletim de Saúde do Estado do Pará**. Belém: FAPESPA, 2017.

PARÉ-PLANTE, A.; BOIVIN, A.; BERBICHE, D.; BRETON, M.; GUAY, M. Primary health care organization – al characteristics associated with better accessibility: data from the QUALICO-PC survey in Quebec. **BMC Fam Pract**, v. 19, n. 188, 2018.

PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation: the next century text**. Thousand Oak: Sage, 1997.

PITILIN, E. B.; LENTSCK, M. H. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 726-732, 2015.

PRIETO, G.F.T. Sob o império da grilagem. Os fundamentos da absolutização da propriedade privada capitalista da terra no Brasil (1822-1850). Terra Brasilis (Nova Série). **Revista da Rede Brasileira de História da Geografia e Geografia Histórica**, n. 8, 2017. ISSN 1519-1265. doi:10.4000/terrabrasilis.

RESENDE, L. M. **Monitoramento e avaliação do Proinfância: uma proposta metodológica**. Orientador: Albertina Mitjás Martínez. 2013. 177 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

RESTREPO-ZEA, J. H.; SILVA-MAYA, C.; ANDRADE-RIVAS, F.; VH-DOVER, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. **Rev. Gerenc. Polít. Salud**, [S.I.], v. 13, n. 27, p. 242-265, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyeps13-27.assa>

ROSANVALLON, P. **La nueva cuestión social: repensar el Estado providencia**. Buenos Aires: Manantial, 1995.

RUA, M. G. **A avaliação no ciclo da gestão pública**. Brasília, DF: Enap, 2004. Apostila do curso de Especialização em Políticas Públicas da Educação com ênfase em Monitoramento e Avaliação

SAMPIERI, Hernández Roberto; MENDOZA, Paulina Christian. **Metodología de la investigación: las rutas cuantitativas, cualitativas y mixta**. México, DC: McGraw-Hill, 2018.

SANTORO, P. F. Entre o rural e o urbano: zonas de chácaras, sítios de recreio ou ranchos e a preservação do meio ambiente. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE O TRATAMENTO DE ÁREAS DE PRESERVAÇÃO PERMANENTE EM MEIO URBANO E RESTRIÇÕES AMBIENTAIS AO PARCELAMENTO DO SOLO. Painel “a dimensão ambiental da cidade”, 3., 2014, Belém. **Anais [...]**. Belem: Universidade Federal do Pará, 10 a 13 set. 2014; 2015.

SANTOS, A. F. *et al.* Implementation of telehealth resources in primary care in Brazil and its association with quality of care. **Telemed J E Health**, v. 25, p. 996-1004, 2019.

SARLO, B. **Tempo presente**. Notas sobre a mudança de uma cultura. Rio de Janeiro: José Olympio, 2005.

SCHNEIDER, A.; INGRAM, H. Social construction of target populations: implications for politics and policy. **American Political Science Review**, New York, v. 87, n. 2, p. 334-347, 1993. DOI: 10.2307/2939044

SCHNEIDER, A.; INGRAM, H.; DELEON, P. Democratic policy design: social construction of target populations. *In*: SABATIER, P.; WEIBLE, C. (ed.). **Theories of the policy process**. 3. ed. Boulder: Westview Press, 2014.

SCOPINHO, R. A. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 1, p. 1575-1584, jun. 2010.

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* (org.). **História e política pública de saúde**. Série Saúde & Amazônia. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 214.

SILVA, A. R.; SOUSA, A. I.; SANT'ANNA, C. C. Barreiras no tratamento da infecção latente por tuberculose (ILTB) na criança: um estudo de caso. **Esc Anna Nery**, [S.I.], v. 18, n. 3, p. 386-391, 2014.

SILVA, J. A. **Curso de direito constitucional positivo**. 36. ed. São Paulo: Malheiros, 2012.

SILVA, A. M. B. *et al.* Ocorrência de enteroparasitos es em comunidades ribeirinhas do Município de Igarapé Miri, Estado do Pará, Brasil. **Revista PanAmazônica de Saúde**, [S.I.], v. 5, n. 4, p. 45-51, 2014. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2176-62232014000400006&lng=pt&nrm=iss](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2176-62232014000400006&lng=pt&nrm=iss). Acesso em: 10 ago. 2020.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. *In*: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [*on-line*]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 15-39.

SILVEIRA, R.; PINHEIRO, R. Sobre o rural, a interiorização na saúde e a formação médica: concepções e ações com destaque para o contexto da Amazônia Legal. *In*: PINHEIRO, R.; MÜLLER NETO, J. S.; TICIANEL, F. A.; SPINELLI, M. A. S. (org.). **Construção social da demanda por cuidado**: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. Rio de Janeiro: CEPESC, 2013. p. 147-72.

SILVEIRA, R. P., PINHEIRO, R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia - Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 38, n. 4, p. 451-9, 2014.

SIMONIAN, L. T. L. Políticas públicas e participação social nas Reservas Extrativistas amazônicas: entre avanços, limitações e possibilidades. **Desenvolv. Meio Ambiente**, v. 48, Edição especial: 30 Anos do Legado de Chico Mendes, p. 118-139, nov. 2018.

STOPA, S. R. *et al.* Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl.1, n. 3, 2017.

SOUSA, A. N. A.; SHIMIZU, H. E. Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 26, n. 8, p. 2981-2995, ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.08972020>

SOUZA, E. C. F. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad Saúde Pública**, [S.I.], v. 24, Supl. 1, p. S100-S110, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>

SOUZA, M. V. M. **Sistemas socioecológicos em comunidades da Reserva Extrativista Chico Mendes e projeto de assentamento, na bacia hidrográfica do riozinho do Rôla, Acre, Brasil**: diagnóstico participativo sobre usos e impactos diferenciados sobre os recursos naturais. Orientador: Maria Auxiliadora Drumond. 2012. 104 f. Dissertação (Mestrado em Conservação e Uso de Recursos Naturais) – Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia, Manaus, 2012.

TOMASI, E. *et al.* Adequação do cuidado a pessoas com hipertensão arterial no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 31, n. 2, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000200005>

VASCONCELOS, L. R.; PAGLIUCA, M. F. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. **Esc Anna Nery R Enferm**, [S.I.], v. 10, n. 3, p. 494-500, 2006.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa saúde da família. **Physisb**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005.

WEISS, C. H. If program decisions hinged only on information: A response to patton. **Evaluation Practice**, v. 9, Issue 3, Pages 15-28, August 1988. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0886-1633\(88\)80042-4](https://doi.org/10.1016/S0886-1633(88)80042-4)

WONG, S. T.; REGAN, S. **Patient perspectives on primary health care in rural communities**: effects of geography on access, continuity and efficiency. **Rural and Remote Health**, Austrália, v. 9, n. 1, p. 1-12, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19298094/>. Acesso em: 14 set. 2023.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Autorização para atividades com finalidade científica



Ministério do Meio Ambiente - MMA  
 Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade - ICMBio  
 Sistema de Autorização e Informação em Biodiversidade - SISBIO

### Autorização para atividades com finalidade científica

Número: 89376-1	Data da Emissão: 28/06/2023 12:42:13	Data da Revalidação*: 28/06/2024
De acordo com o art. 28 da IN 03/2014, esta autorização tem prazo de validade equivalente ao previsto no cronograma de atividades do projeto, mas deverá ser revalidada anualmente mediante a apresentação do relatório de atividades a ser enviado por meio do Sisbio no prazo de até 30 dias a contar da data do aniversário de sua emissão.		

#### Dados do titular

Nome: ANTONIO IDALMIR RODRIGUES DE OLIVEIRA	CPF: 591.389.982-20
Título do Projeto: O estudo tem o intuito de avaliar os fenômenos que afetam o acesso aos serviços de saúde em grupos populacionais que residem em Reservas Extrativistas no Nordeste Paraense, com a perspectiva de verificar a existência de exclusão social configurada pelas barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde. Na região Amazônica brasileira. As áreas inseridas no projeto de pesquisa são : a Reserva Extrativista de São João da Ponta e a Reserva Extrativista Mãe Grande de Curuçá.	
Nome da Instituição: Universidade Federal do Pará	CNPJ: 34.621.748/0001-23

#### Cronograma de atividades

#	Descrição da atividade	Início (mês/ano)	Fim (mês/ano)
1	Pesquisa de Campo/Aplicação de Entrevistas	06/2023	09/2023

#### Observações e ressalvas

1	Todos os membros da equipe de pesquisa devem estar cientes das recomendações e boas práticas a serem seguidas neste momento de emergência zoonosária no Brasil devido à gripe aviária. Informe-se na página do CEMAVE na Internet: <a href="https://www.gov.br/icmbio/pt-br/assuntos/centros-de-pesquisa/cehave/destaques/gripe-aviaria/gripe-aviaria-1">https://www.gov.br/icmbio/pt-br/assuntos/centros-de-pesquisa/cehave/destaques/gripe-aviaria/gripe-aviaria-1</a> .
2	Deve-se observar as as recomendações de prevenção contra a COVID-19 das autoridades sanitárias locais e das Unidades de Conservação a serem acessadas.
3	Esta autorização NÃO libera o uso da substância com potencial agrotóxico e/ou inseticida e NÃO exime o pesquisador titular e os membros de sua equipe da necessidade de atender às exigências e obter as autorizações previstas em outros instrumentos legais relativos ao registro de agrotóxicos (Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989, Decreto nº 4.074, de 4 de janeiro de 2002, entre outros).
4	Esta autorização NÃO libera o uso da substância com potencial agrotóxico e/ou inseticida e NÃO exime o pesquisador titular e os membros de sua equipe da necessidade de atender às exigências e obter as autorizações previstas em outros instrumentos legais relativos ao registro de agrotóxicos (Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989, Decreto nº 4.074, de 4 de janeiro de 2002, entre outros).
5	As atividades de campo exercidas por pessoa natural ou jurídica estrangeira, em todo o território nacional, que impliquem o deslocamento de recursos humanos e materiais, tendo por objeto coletar dados, materiais, espécimes biológicos e minerais, peças integrantes da cultura nativa e cultura popular, presente e passada, obtidos por meio de recursos e técnicas que se destinem ao estudo, à difusão ou à pesquisa, estão sujeitas a autorização do Ministério de Ciência e Tecnologia.
6	Este documento somente poderá ser utilizado para os fins previstos na Portaria ICMBio nº 748/2022, no que especifica esta Autorização, não podendo ser utilizado para fins comerciais, industriais ou esportivos. O material biológico coletado deverá ser utilizado para atividades científicas ou didáticas no âmbito do ensino superior.
7	Este documento não dispensa o cumprimento da legislação que dispõe sobre acesso a componente do patrimônio genético existente no território nacional, na plataforma continental e na zona econômica exclusiva, ou ao conhecimento tradicional associado ao patrimônio genético, para fins de pesquisa científica, bioprospecção e desenvolvimento tecnológico. Veja maiores informações em <a href="http://www.mma.gov.br/gen">www.mma.gov.br/gen</a> .
8	O titular de licença ou autorização e os membros da sua equipe deverão optar por métodos de coleta e instrumentos de captura direcionados, sempre que possível, ao grupo taxonômico de interesse, evitando a morte ou dano significativo a outros grupos; e empregar esforço de coleta ou captura que não comprometa a viabilidade de populações do grupo taxonômico de interesse em condição in situ.
9	Esta autorização NÃO exime o pesquisador titular e os membros de sua equipe da necessidade de obter as anuências previstas em outros instrumentos legais, bem como do consentimento do responsável pela área, pública ou privada, onde será realizada a atividade, inclusive do órgão gestor de terra indígena (FUNAI), da unidade de conservação estadual, distrital ou municipal, ou do proprietário, arrendatário, posseiro ou morador de área dentro dos limites de unidade de conservação federal cujo processo de regularização fundiária encontra-se em curso.
10	Em caso de pesquisa em UNIDADE DE CONSERVAÇÃO, o pesquisador titular desta autorização deverá contactar a administração da unidade a fim de CONFIRMAR AS DATAS das expedições, as condições para realização das coletas e de uso da infraestrutura da unidade.

Este documento foi expedido com base na Instrução Normativa nº Portaria ICMBio nº 748/2022. Através do código de autenticação abaixo, qualquer cidadão poderá verificar a autenticidade ou regularidade deste documento, por meio da página do Sisbio/ICMBio na Internet ([www.icmbio.gov.br/sisbio](http://www.icmbio.gov.br/sisbio)).

Código de autenticação: 0893760120230628

Página 1/3



Ministério do Meio Ambiente - MMA  
 Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade - ICMBio  
 Sistema de Autorização e Informação em Biodiversidade - SISBIO

### Autorização para atividades com finalidade científica

Número: 89376-1	Data da Emissão: 28/06/2023 12:42:13	Data da Revalidação*: 28/06/2024
De acordo com o art. 28 da IN 03/2014, esta autorização tem prazo de validade equivalente ao previsto no cronograma de atividades do projeto, mas deverá ser revalidada anualmente mediante a apresentação do relatório de atividades a ser enviado por meio do Sisbio no prazo de até 30 dias a contar da data do aniversário de sua emissão.		

#### Dados do titular

Nome: ANTONIO IDALMIR RODRIGUES DE OLIVEIRA	CPF: 591.389.982-20
Título do Projeto: O estudo tem o intuito de avaliar os fenômenos que afetam o acesso aos serviços de saúde em grupos populacionais que residem em Reservas Extrativistas no Nordeste Paraense, com a perspectiva de verificar a existência de exclusão social configurada pelas barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde. Na região Amazônica brasileira. As áreas inseridas no projeto de pesquisa são : a Reserva Extrativista de São João da Ponta e a Reserva Extrativista Mãe Grande de Curuçá.	
Nome da Instituição: Universidade Federal do Pará	CNPJ: 34.621.748/0001-23

#### Observações e ressalvas

11	O titular de autorização ou de licença permanente, assim como os membros de sua equipe, quando da violação da legislação vigente, ou quando da inadequação, omissão ou falsa descrição de informações relevantes que subsidiaram a expedição do ato, poderá, mediante decisão motivada, ter a autorização ou licença suspensa ou revogada pelo ICMBio, nos termos da legislação brasileira em vigor.
----	--

#### Outras ressalvas

1	Conforme parágrafo único, art. 16 da Portaria ICMBio nº 748/2022 foi estabelecido que: ?Para execução de pesquisa científica em Reserva de Desenvolvimento Sustentável e Reserva Extrativista deverá ser ouvido o conselho deliberativo da unidade?. Para consulta ao referido conselho, deve ser encaminhado projeto ou apresentação da pesquisa com modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, via protocolo digital do ICMBio, disponível no seguinte link: <a href="https://www.gov.br/pt-br/servicos/protocolar-documentos-junto-ao-instituto-chico-mendes-de-conservacao-da-biodiversidade-icmbio">https://www.gov.br/pt-br/servicos/protocolar-documentos-junto-ao-instituto-chico-mendes-de-conservacao-da-biodiversidade-icmbio</a>	RESEX Mãe Grande de Curuçá
---	---	----------------------------

#### Locais onde as atividades de campo serão executadas

#	Descrição do local	Município-UF	Bioma	Caverna?	Tipo
1	Reserva Extrativista Mãe Grande de Curuçá	PA	Amazônia	Não	Dentro de UC Federal

#### Atividades

#	Atividade	Grupo de Atividade
1	Pesquisa socioambiental em UC federal	Dentro de UC Federal

Este documento foi expedido com base na Instrução Normativa nº Portaria ICMBio nº 748/2022. Através do código de autenticação abaixo, qualquer cidadão poderá verificar a autenticidade ou regularidade deste documento, por meio da página do Sisbio/ICMBio na Internet ([www.icmbio.gov.br/sisbio](http://www.icmbio.gov.br/sisbio)).

Código de autenticação: 0893760120230628

Página 2/3



## APÊNDICE B – Autorização para atividades com finalidade científica



Ministério do Meio Ambiente - MMA  
 Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade - ICMBio  
 Sistema de Autorização e Informação em Biodiversidade - SISBIO

### Autorização para atividades com finalidade científica

Número: 87445-1	Data da Emissão: 28/06/2023 14:45:31	Data da Revalidação*: 28/06/2024
De acordo com o art. 28 da IN 03/2014, esta autorização tem prazo de validade equivalente ao previsto no cronograma de atividades do projeto, mas deverá ser revalidada anualmente mediante a apresentação do relatório de atividades a ser enviado por meio do Sisbio no prazo de até 30 dias a contar da data do aniversário de sua emissão.		

#### Dados do titular

Nome: ANTONIO IDALMIR RODRIGUES DE OLIVEIRA	CPF: 591.389.982-20
Título do Projeto: O estudo tem o intuito de avaliar os fenômenos que afetam o acesso aos serviços de saúde em grupos populacionais que residem em Reservas Extrativistas no Nordeste Paraense, com a perspectiva de verificar a existência de exclusão social configurada pelas barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde. Na região Amazônica brasileira. As áreas inseridas no projeto de pesquisa são : a Reserva Extrativista de São João da Ponta e a Reserva Extrativista Mãe Grande de Curuçá.	
Nome da Instituição: Universidade Federal do Pará	CNPJ: 34.621.748/0001-23

#### Cronograma de atividades

#	Descrição da atividade	Início (mês/ano)	Fim (mês/ano)
1	Pesquisa de Campo	07/2023	07/2023
2	pesquisa de campo	08/2023	09/2023

#### Observações e ressalvas

1	Todos os membros da equipe de pesquisa devem estar cientes das recomendações e boas práticas a serem seguidas neste momento de emergência zoonosária no Brasil devido à gripe aviária. Informe-se na página do CEMAVE na Internet: <a href="https://www.gov.br/icmbio/pt-br/assuntos/centros-de-pesquisa/cemave/destaques/gripe-aviaria/gripe-aviaria-1">https://www.gov.br/icmbio/pt-br/assuntos/centros-de-pesquisa/cemave/destaques/gripe-aviaria/gripe-aviaria-1</a> .
2	Deve-se observar as as recomendações de prevenção contra a COVID-19 das autoridades sanitárias locais e das Unidades de Conservação a serem acessadas.
3	Esta autorização NÃO libera o uso da substância com potencial agrotóxico e/ou inseticida e NÃO exime o pesquisador titular e os membros de sua equipe da necessidade de atender às exigências e obter as autorizações previstas em outros instrumentos legais relativos ao registro de agrotóxicos (Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989, Decreto nº 4.074, de 4 de janeiro de 2002, entre outros).
4	Esta autorização NÃO libera o uso da substância com potencial agrotóxico e/ou inseticida e NÃO exime o pesquisador titular e os membros de sua equipe da necessidade de atender às exigências e obter as autorizações previstas em outros instrumentos legais relativos ao registro de agrotóxicos (Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989, Decreto nº 4.074, de 4 de janeiro de 2002, entre outros)
5	As atividades de campo exercidas por pessoa natural ou jurídica estrangeira, em todo o território nacional, que impliquem o deslocamento de recursos humanos e materiais, tendo por objeto coletar dados, materiais, espécimes biológicos e minerais, peças integrantes da cultura nativa e cultura popular, presente e passada, obtidos por meio de recursos e técnicas que se destinem ao estudo, à difusão ou à pesquisa, estão sujeitas a autorização do Ministério de Ciência e Tecnologia.
6	Este documento somente poderá ser utilizado para os fins previstos na Portaria ICMBio nº 748/2022, no que especifica esta Autorização, não podendo ser utilizado para fins comerciais, industriais ou esportivos. O material biológico coletado deverá ser utilizado para atividades científicas ou didáticas no âmbito do ensino superior.
7	Este documento não dispensa o cumprimento da legislação que dispõe sobre acesso a componente do patrimônio genético existente no território nacional, na plataforma continental e na zona econômica exclusiva, ou ao conhecimento tradicional associado ao patrimônio genético, para fins de pesquisa científica, bioprospecção e desenvolvimento tecnológico. Veja maiores informações em <a href="http://www.mma.gov.br/cgen">www.mma.gov.br/cgen</a> .
8	O titular de licença ou autorização e os membros da sua equipe deverão optar por métodos de coleta e instrumentos de captura direcionados, sempre que possível, ao grupo taxonômico de interesse, evitando a morte ou dano significativo a outros grupos; e empregar esforço de coleta ou captura que não comprometa a viabilidade de populações do grupo taxonômico de interesse em condição in situ.
9	Esta autorização NÃO exime o pesquisador titular e os membros de sua equipe da necessidade de obter as anuências previstas em outros instrumentos legais, bem como do consentimento do responsável pela área, pública ou privada, onde será realizada a atividade, inclusive do órgão gestor de terra indígena (FUNAI), da unidade de conservação estadual, distrital ou municipal, ou do proprietário, arrendatário, posseiro ou morador de área dentro dos limites de unidade de conservação federal cujo processo de regularização fundiária encontra-se em curso.
10	Em caso de pesquisa em UNIDADE DE CONSERVAÇÃO, o pesquisador titular desta autorização deverá contactar a administração da unidade a fim de CONFIRMAR AS DATAS das expedições, as condições para realização das coletas e de uso da infraestrutura da unidade.

Este documento foi expedido com base na Instrução Normativa nº Portaria ICMBio nº 748/2022. Através do código de autenticação abaixo, qualquer cidadão poderá verificar a autenticidade ou regularidade deste documento, por meio da página do Sisbio/ICMBio na Internet ([www.icmbio.gov.br/sisbio](http://www.icmbio.gov.br/sisbio)).

Código de autenticação: 0874450120230628

Página 1/3



Ministério do Meio Ambiente - MMA  
 Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade - ICMBio  
 Sistema de Autorização e Informação em Biodiversidade - SISBIO

### Autorização para atividades com finalidade científica

Número: 87445-1	Data da Emissão: 28/06/2023 14:45:31	Data da Revalidação*: 28/06/2024
De acordo com o art. 28 da IN 03/2014, esta autorização tem prazo de validade equivalente ao previsto no cronograma de atividades do projeto, mas deverá ser revalidada anualmente mediante a apresentação do relatório de atividades a ser enviado por meio do Sisbio no prazo de até 30 dias a contar da data do aniversário de sua emissão.		

#### Dados do titular

Nome: ANTONIO IDALMIR RODRIGUES DE OLIVEIRA	CPF: 591.389.982-20
Título do Projeto: O estudo tem o intuito de avaliar os fenômenos que afetam o acesso aos serviços de saúde em grupos populacionais que residem em Reservas Extrativistas no Nordeste Paraense, com a perspectiva de verificar a existência de exclusão social configurada pelas barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde. Na região Amazônica brasileira. As áreas inseridas no projeto de pesquisa são : a Reserva Extrativista de São João da Ponta e a Reserva Extrativista Mãe Grande de Curuçá.	
Nome da Instituição: Universidade Federal do Pará	CNPJ: 34.621.748/0001-23

#### Observações e ressalvas

11	O titular de autorização ou de licença permanente, assim como os membros de sua equipe, quando da violação da legislação vigente, ou quando da inadequação, omissão ou falsa descrição de informações relevantes que subsidiaram a expedição do ato, poderá, mediante decisão motivada, ter a autorização ou licença suspensa ou revogada pelo ICMBio, nos termos da legislação brasileira em vigor.
----	--

#### Outras ressalvas

1	Conforme parágrafo único, art. 16 da Portaria ICMBio nº 748/2022 foi estabelecido que: "Para execução de pesquisa científica em Reserva de Desenvolvimento Sustentável e Reserva Extrativista deverá ser ouvido o conselho deliberativo da unidade? Para consulta ao referido conselho, deve ser encaminhado projeto ou apresentação da pesquisa, via protocolo digital do ICMBio, disponível no seguinte link: <a href="https://www.gov.br/pt-br/servicos/protocolar-documentos-junto-ao-instituto-chico-mendes-de-conservacao-da-biodiversidade-icmbio">https://www.gov.br/pt-br/servicos/protocolar-documentos-junto-ao-instituto-chico-mendes-de-conservacao-da-biodiversidade-icmbio</a> Para a realização de atividades de campo no interior da RESEX, o pesquisador deverá informar à administração da RESEX a data de realização destas, com no mínimo 15 dias de antecedência, através do email: <a href="mailto:ngi.salgadoparaense@icmbio.gov.br">ngi.salgadoparaense@icmbio.gov.br</a> Conforme Portaria ICMBIO nº 945, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2018, que dispõe sobre as regras comunitárias comuns e específicas para a gestão da RESEX São João da Ponta, fica estabelecido que: Art. 22. É obrigatório, às pesquisas apresentadas ao SISBIO, garantir a devolutiva dos resultados às comunidades, quando afetarem ou trazerem informações relevantes sobre as comunidades. a) Para pesquisas que envolvam acesso à informação tradicional e/ou vivência na comunidade os pesquisadores e responsáveis deverão buscar a concordância das comunidades envolvidas por meio de termo de consentimento.	RESEX São João da Ponta
---	---	-------------------------

#### Locais onde as atividades de campo serão executadas

#	Descrição do local	Município-UF	Bioma	Caverna?	Tipo
1	Reserva Extrativista de São João da Ponta	PA	Amazônia	Não	Dentro de UC Federal

#### Atividades

#	Atividade	Grupo de Atividade
1	Pesquisa socioambiental em UC federal	Dentro de UC Federal

Este documento foi expedido com base na Instrução Normativa nº Portaria ICMBio nº 748/2022. Através do código de autenticação abaixo, qualquer cidadão poderá verificar a autenticidade ou regularidade deste documento, por meio da página do Sisbio/ICMBio na Internet ([www.icmbio.gov.br/sisbio](http://www.icmbio.gov.br/sisbio)).

Código de autenticação: 0874450120230628

Página 2/3



**APÊNDICE C – Levantamento de Informações relativas à caracterização de Assentamentos Rurais**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO  
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO**

Levantamento de informações relativas à caracterização de assentamentos rurais

Assentamento: \_\_\_\_\_

Entidade: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1- Qual a quantidade de famílias que habitam no assentamento atualmente?

\_\_\_\_\_

2- O Assentamento possui Unidade Básica de Saúde? Qual o horário de funcionamento?

Sim                       Manhã                       Dia inteiro (dois horários)  
 Não                          Tarde

3- Sobre a oferta de escolas:

a) O assentamento possui escola pública?

Sim                       Não

b) Quais as séries que são ofertadas na localidade?

\_\_\_\_\_

c) Existe na localidade outro tipo de escola que não seja pública, podendo ser de iniciativa da comunidade ou projeto social?

Sim                       Não

Comente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4- Existe outros equipamentos públicos no assentamento?

Sim                       Não

Quais: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5- Instituições e entidades que atuam ou desenvolvem projetos no assentamento rural.

INCRA: \_\_\_\_\_

ITERPA: \_\_\_\_\_

IBAMA: \_\_\_\_\_

Universidades: \_\_\_\_\_

EMATER: \_\_\_\_\_

Outras: \_\_\_\_\_

Qual a frequência das presenças dos representantes desses órgãos no assentamento?

Regular       Ocasional

Quais os representantes ou servidores que comparecem no assentamento?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6- Têm representantes do assentamento rural no Conselho Municipal de Saúde?

\_\_\_\_\_  
 Sim

Não

7- Quais as associações comunitárias que atuam no assentamento rural?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**APÊNDICE D** – Levantamento de informações relativas à caracterização de Reservas Extrativistas



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO  
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO

Levantamento de informações relativas à caracterização de Reservas Extrativistas

Resex: \_\_\_\_\_

Entidade: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1- Qual a quantidade atual de famílias que habitam nas áreas da Resex?

\_\_\_\_\_

2- Quais as entidades que compõe o Conselho gestor da Resex?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3- Quais as localidades da Resex que possui Unidade Básica de Saúde?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4- Qual o horário de funcionamento das Unidades de Saúde?

Manhã       Tarde       Dia inteiro (dois horários)

5- Sobre a Educação na Resex

a) Quais as localidades da Resex que possui Escola Pública?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

b) Quais as séries que são ofertadas na localidade?

c) Existe na localidade outro tipo de Escola que não seja pública, podendo ser de iniciativa da comunidade ou projeto social?

Sim                       Não

Comente: \_\_\_\_\_

---

---

6- Existe outros equipamentos públicos nas localidades da Resex?

CRAS (localidade \_\_\_\_\_)

Outros: \_\_\_\_\_

7- Instituições e entidades que atuam ou desenvolvem projetos nas áreas da Resex.

Colônia de Pescadores: \_\_\_\_\_

ICMbio: \_\_\_\_\_

INCRA: \_\_\_\_\_

ITERPA: \_\_\_\_\_

IBAMA: \_\_\_\_\_

Marinha de Brasil: \_\_\_\_\_

Universidades: \_\_\_\_\_

EMATER: \_\_\_\_\_

Outras: \_\_\_\_\_

8- Tem representantes da Resex no Conselho Municipal de Saúde?

Sim

Não

9- Quais as associações comunitárias atuam nas localidades da Resex?

---

---

---

**APÊNDICE E – Formulário de perfil epidemiológico da Unidade Básica de Saúde**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO  
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO**

**Formulário de perfil epidemiológico da Unidade básica de Saúde**

Localidade: \_\_\_\_\_ Enfermeiro (a): \_\_\_\_\_

Mês: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Área / ACS	ACS - 01	ACS - 02	ACS - 03	ACS - 04	TOTAL
População cadastrada					
Nº de famílias					
Visita ao RN até o 7º dia					
Idoso maior de 80 anos					
Crianças < de 6 meses					
Crianças < de 2 meses					
Crianças < de 5 anos					
Adolescentes (10 a 19 anos)					
Mulheres idade fértil (10 a 49 anos)					
Mulheres de 25 a 64 anos					
Idosos					
Auxílio Brasil					
Gestantes / Pré-natal de alto risco					
Hipertensos					
Diabéticos					
HAS/DM					
Insulinos dependentes					

Obesidades					
Tabagismo					
Acamados					
Domiciliados					
Hanseníase					
Tuberculose					
Álcool/Drogas					
Saúde Mental					

**APÊNDICE F – Questionário 1 – Cobertura de atendimentos em saúde pública assentamentos rurais**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO  
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO**

**Questionário 1 – Cobertura de atendimentos em saúde pública em Assentamentos Rurais**

Assentamento: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1- Qual a distância da comunidade até:

a) Pronto-socorro ou UPA 24h mais próximos?

\_\_\_\_\_

b) Maternidade?

\_\_\_\_\_

c) Centro de Especialidades Odontológicas?

\_\_\_\_\_

d) Centro de referência para consultas especializadas?

\_\_\_\_\_

e) Hospital com estrutura para internação?

\_\_\_\_\_

f) Centro de Referência para diagnósticos laboratoriais?

\_\_\_\_\_

g) Centro de referência para exames de imagem - ultrassom, tomografia e ressonância magnética?

\_\_\_\_\_

2- Qual a composição da equipe de saúde da família do assentamento?

ACS ( )       Técnico(a) em Enfermagem ( )       Enfermeiro(a) ( )

Dentista ( )       Auxiliar de dentista ( )       Médico(a) ( )

Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3- Com que frequência ocorre a visita do Médico(a) da Família no assentamento?

- Semanal       Mensal       Não ocorrem visitas  
 Quinzenal       Quando Necessário

4- Com que frequência ocorre a visita dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS'S) no Assentamento?

- Semanal       Mensal       Não ocorrem visitas  
 Quinzenal       Quando Necessário

5- Quando ocorre emergência na localidade, qual o transporte é utilizado?

- Ambulância       Próprio

Tipo: \_\_\_\_\_

6- O que mais precisa melhorar para o bom atendimento em saúde pública no Assentamento?

- Estrutura da Unidade básica de saúde  
 Agentes Comunitários de Saúde  
 Dentistas  
 Enfermeiros(as)  
 Ambulâncias  
 Transportes  
 Outras: \_\_\_\_\_

7- Qual o tempo médio de espera por consultas especializadas?

- Uma semana       Um mês  
 15 dias       Acima de um mês

8- Qual a forma de preenchimento das informações e dados dos pacientes nas rotinas de trabalho na unidade de saúde e nas visitas?

- Formulário manual       Formulário eletrônico

Comente: \_\_\_\_\_

9- Existem áreas descobertas de atenção em saúde pública básica no território que compreende o Assentamento rural?

- Sim       Não

Comente: \_\_\_\_\_

10- Existe alguma iniciativa da própria comunidade para prevenir ou tratar doenças?

---

---

---

---

11- Quais são os principais problemas de saúde enfrentados pela comunidade?

---

---

---

12- Qual o apoio que você gostaria de ter para poder melhor desempenhar a sua função aqui no Assentamento?

---

---

---

13- Na sua percepção existem cidadãos excluídos dos atendimentos em saúde, não tendo acesso aos serviços básicos para prevenção e tratamento de seus problemas de saúde?

---

---

---

14- Pelo fato de ser um assentamento rural, percebe que há diferenciação na prestação dos serviços de saúde por parte dos profissionais e gestores em saúde?

---

---

---

15- Na condição de profissional de saúde que trabalha nessa área, comente sobre a sua experiência de atuação na localidade.

---

---

---

**APÊNDICE G – Questionário 2 – Cobertura de atendimentos em saúde pública em Reservas Extrativistas**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO  
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO

**Questionário 2 – Cobertura de atendimentos em saúde pública em Reservas Extrativistas**

Resex: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1- Qual a distância da comunidade até:

a) Pronto-socorro ou UPA 24h mais próximos?

\_\_\_\_\_

b) Maternidade?

\_\_\_\_\_

c) Centro de Especialidades Odontológicas?

\_\_\_\_\_

d) Centro de referência para consultas especializadas?

\_\_\_\_\_

e) Hospital com estrutura para internação?

\_\_\_\_\_

f) Centro de referência para diagnósticos laboratoriais?

\_\_\_\_\_

g) Centro de referência para exames de imagem - ultrassom, tomografia e ressonância magnética?

\_\_\_\_\_

2- Qual a composição da Equipe de saúde da família da UBS?

ACS ( )       Técnico(a) em Enfermagem ( )       Enfermeiro(a) ( )

Dentista ( )       Auxiliar de dentista ( )       Médico(a) ( )

Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3- Com que frequência ocorre a visita do Médico(a) da Família na área da Resex?

- Semanal       Mensal       Não ocorrem visitas  
 Quinzenal       Quando necessário

4- Com que frequência ocorre a visita dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Resex?

- Semanal       Mensal       Não ocorrem visitas  
 Quinzenal       Quando Necessário

5- Quando ocorre emergência na localidade, qual o transporte é utilizado?

- Ambulância       Próprio

Tipo: \_\_\_\_\_

6- O que mais precisa melhorar para o bom atendimento em saúde pública na área da Resex?

- Estrutura da Unidade básica de saúde  
 Agentes Comunitários de Saúde  
 Dentistas  
 Enfermeiros(as)  
 Ambulâncias  
 Transportes  
 Outros: \_\_\_\_\_

7- Qual o tempo médio de espera por consultas especializadas?

- Uma semana       Um mês  
 15 dias       Acima de um mês

8- Qual a forma de preenchimento das informações e dados dos pacientes nas rotinas de trabalho na unidade de saúde e nas visitas?

- Formulário manual       Formulário eletrônico

Comente: \_\_\_\_\_

9- Existem áreas descobertas de atenção em saúde pública básica no território que compreende a Resex?

- Sim       Não

Comente: \_\_\_\_\_

10- Existe alguma iniciativa da própria comunidade para prevenir ou tratar doenças?

---

---

---

11- Quais são os principais problemas de saúde enfrentados pela comunidade?

---

---

---

12- Qual o apoio que você gostaria de ter para poder melhor desempenhar a sua função aqui na área da Resex?

---

---

---

13- Na sua percepção, existem cidadãos excluídos dos atendimentos em saúde, não tendo acesso aos serviços básicos para prevenção e tratamento de seus problemas de saúde?

---

---

---

14- Pelo fato de ser uma Reserva Extrativista, percebe que há diferenciação na prestação dos serviços de saúde por parte dos profissionais e gestores em saúde?

---

---

---

15- Na condição de profissional de saúde que trabalha nessa área, comente sobre a sua experiência de atuação na localidade.

---

---

---

---

**APÊNDICE H – Questionário 3 – Percepção comunitária sobre saúde pública em assentamentos rurais e Reservas Extrativistas**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO  
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO

**Questionário 3 – Percepção comunitária sobre saúde pública em assentamentos rurais e Reservas Extrativistas**

Assentamento: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M  Ocupação: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1- Quando você ou algum familiar precisa de atendimentos nas estruturas abaixo, como ocorre o acesso a elas?

a) Pronto-socorro ou UPA 24hs mais próximos?

\_\_\_\_\_

b) Maternidade?

\_\_\_\_\_

c) Centro de Especialidades Odontológicas?

\_\_\_\_\_

d) Centro de referência para consultas especializadas?

\_\_\_\_\_

e) Hospital com estrutura para internação?

\_\_\_\_\_

f) Centro de referência para diagnósticos laboratoriais?

\_\_\_\_\_

g) Centro de referência para exames de imagem - ultrassom, tomografia e ressonância magnética?

\_\_\_\_\_

2- Com que frequência ocorre a visita do médico(a) da família na sua residência ou na residência de pessoas que precisam de atendimento domiciliar na comunidade?

- Semanal       Mensal       Não ocorrem visitas  
 Quinzenal       Quando necessário

3- Com que frequência ocorre a visita dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na sua residência ou na residência de pessoas que precisam desse acompanhamento domiciliar na comunidade?

- Semanal       Mensal       Não ocorrem visitas  
 Quinzenal       Quando necessário

4- Quando ocorre emergência na localidade, qual o transporte é utilizado?

- Ambulância       Próprio

Tipo: \_\_\_\_\_

5- O que mais precisa melhorar para o bom atendimento em saúde pública no assentamento?

- Estrutura da Unidade básica de saúde  
 Agentes Comunitários de Saúde  
 Dentistas  
 Enfermeiros(as)  
 Ambulâncias  
 Transportes  
 Outros : \_\_\_\_\_

6- Qual o tempo médio de espera por consultas especializadas?

- Uma semana       Um mês  
 15 dias       Acima de um mês

7- Quando você se consultou com médicos especialistas a última vez?

\_\_\_\_\_

8- Existem áreas descobertas de atenção em saúde pública básica no território que compreende o assentamento rural, ou seja, pessoas e famílias que não recebem atendimento em saúde pública?

- Sim       Não

Comente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9- Existe alguma iniciativa da própria comunidade para prevenir ou tratar doenças?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

10- Quais são os principais problemas de saúde enfrentados pela comunidade?

---

---

---

---

11- Na sua percepção, existem cidadãos excluídos dos atendimentos em saúde, não tendo acesso aos serviços básicos para prevenção e tratamento de seus problemas de saúde?

---

---

---

12- Pelo fato de ser um assentamento rural, você percebe que há diferenciação na prestação dos serviços de saúde por parte dos profissionais e gestores em saúde?

---

---

---

13- Quanto à satisfação, como você avalia os serviços de saúde prestados em sua comunidade?

Muito satisfeito     Satisfeito     Pouco satisfeito     Insatisfeito

**APÊNDICE I – Questionário 4 – Informações dos gestores sobre a cobertura de saúde pública em assentamentos rurais e Resex**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO  
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO

**Questionário 4 – Informações dos gestores sobre a cobertura de saúde pública em assentamentos rurais e Resex**

Município: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1- Na condição de gestor, como você caracteriza a rotina de cobertura de saúde nos territórios de Assentamentos Rurais ou Reservas Extrativistas no seu município?

---



---



---



---



---

2- Você tem conhecimentos de alguns problemas ou deficiências nesses territórios?

Sim  Não

3- Quais as ações para melhorar ou superar essas deficiências?

---



---



---

4- Existe alguma pactuação ou programa específico para a prestação dos serviços de saúde nos territórios de assentamentos rurais ou Reservas Extrativistas no seu município?

---



---



---



---

5- Existe alguma estratégia no seu município para melhorar o acesso geral das populações rurais aos atendimentos em saúde pública?

---

---

---

6- No âmbito de sua gestão, existe o projeto da telemedicina?

Sim  Não

Funcionamento: \_\_\_\_\_

---

---

7- No seu município, funciona o programa “Mais médicos” para esses territórios?

Sim  Não

Caraterização: \_\_\_\_\_

---

---

8- Existe algum incentivo financeiro para melhor a cobertura ou facilitar o acesso aos atendimentos em saúde pública para os assentamentos rurais ou Reservas Extrativistas no seu município?

Sim  Não

Funcionamento: \_\_\_\_\_

---

---

9- A gestão municipal possui algum programa ou estratégia coordenada para os serviços de saúde, educação, assistência social e infraestrutura para os territórios rurais?

Sim  Não

Funcionamento: \_\_\_\_\_

---

---

10- Comente sobre suas considerações a respeito do atendimento em saúde para as populações rurais, principalmente, para os assentamentos rurais e as Reservas Extrativistas?

---

---

**APÊNDICE J – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – ACS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO  
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(Baseado na Resolução nº 466 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CONEP)**

Você foi convidado(a) a participar da pesquisa sobre as **barreiras de acesso ao sistema de saúde: A Realidade dos Assentamentos Rurais e Reservas Extrativistas no Nordeste Paraense**. Essa pesquisa está sendo realizada pelo doutorando Antonio Idalmir Rodrigues de Oliveira do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO, Curso de Doutorado em desenvolvimento socioambiental, tendo como orientador o Prof. Dr. Armin Mathis. O objetivo é identificar e avaliar a existência de barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde, através dos seus principais programas, nos Assentamentos Rurais e nas Reservas Extrativistas na Microrregião do Guamá no Nordeste Paraense.

Você foi selecionado(a) porque é um profissional de saúde, exercendo o cargo de Agente Comunitário de Saúde (ACS). Sua participação nessa pesquisa consistirá em responder a uma entrevista com perguntas objetivas e subjetivas sobre a cobertura de saúde pública na localidade onde trabalha. Você tem direito a pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação nela a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo no seu trabalho. Caso queira, os resultados podem ser disponibilizados para você. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação, os dados serão guardados por um período de 05 anos, em seguida deletados. Os dados não serão divulgados em qualquer hipótese ou de forma a possibilitar sua identificação.

De forma preventiva, para que os dados e informações da pesquisa não sejam usados indevidamente todas as respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, usando codificação numérica ao invés de nomes dos participantes. Informo ainda, que lhe serão assegurados: o direito de não participar, se assim o desejar, sem que isso acarrete qualquer prejuízo; o acesso a qualquer momento às informações de procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa; será mantido sigilo em relação ao seu nome e/ou quaisquer outros aspectos que possam vir a identificá-los (a); as informações utilizadas possuirão a única finalidade de colaborar com o estudo.

Serão procedidos todos os cuidados para evitar-se prejuízo aos participantes, porém existem riscos mínimos como a identificação de algum participante ou a possibilidade de desconforto em reservar o tempo para responder às entrevistas, por exemplo. Os benefícios estão relacionados ao conhecimento da realidade da cobertura de saúde pública dos territórios onde a pesquisa será realizada, como também o levantamento de informações que poderão subsidiar a sugestão de programas e políticas de saúde a nível local. Contudo, em caso de dano pessoal, diretamente relacionado aos procedimentos desse estudo, em qualquer fase, fica assegurado ao participante o respeito aos seus direitos legais, bem como procurar e obter indenizações por danos eventuais.

Esse termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado em duas vias, e precisa estar assinado em todas suas páginas pelo participante e pelo pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas em relação à pesquisa ou aos seus direitos.

### **DECLARAÇÃO:**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e compreendi as informações que me foram explicadas sobre o estudo em questão. Autorizo a aplicação do questionário com perguntas estabelecidas, ficando claro para mim quais são os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também que minha participação não tem despesas, nem receberei nenhum tipo de pagamento, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos. Se houver danos posso legalmente solicitar indenização. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

Leia atentamente as informações acima e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Certo de contar com sua cooperação, desde já agradeço.  
Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
**Antonio Idalmir Rodrigues de Oliveira**  
Pesquisador - CPF: 591.389.982-20

\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Armin Mathis**  
Orientador

No caso de dúvidas, estarei disponível a quaisquer outros esclarecimentos, no endereço: **Rua Irituia n. 154, Bairro: Nova Olinda – Castanhal - PA ou pelo telefone: (91) 99115-7441, e-mail: antonio\_idalmir@hotmail.com, ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará (CEP - ICS/UFPA). Rua Augusto Corrêa, nº 1, Campus do Guamá. UFPA, Faculdade de Enfermagem do ICS, sala 13, 2º andar, CEP: 66.075-110, Belém-Pará. Tel.: 3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br.**

## APÊNDICE K – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Morador



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO  
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(Baseado na Resolução 466 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde- CONEP)

Você foi convidado(a) a participar da pesquisa sobre as **barreiras de acesso ao sistema de saúde: A Realidade dos Assentamentos Rurais e Reservas Extrativistas no Nordeste Paraense**. Essa pesquisa está sendo realizada pelo doutorando Antonio Idalmir Rodrigues de Oliveira do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO, Curso de Doutorado em desenvolvimento socioambiental, tendo como orientador o Prof. Dr. Armin Mathis. O objetivo é identificar e avaliar a existência de barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde, através dos seus principais programas, nos Assentamentos Rurais e nas Reservas Extrativistas na Microrregião do Guamá no Nordeste Paraense.

Você foi selecionado(a) porque é um morador dessa localidade selecionada nesse projeto de pesquisa. Sua participação nessa pesquisa consistirá em responder a uma entrevista com perguntas objetivas e subjetivas sobre a cobertura de saúde pública na localidade onde mora. Você tem direito a pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação nela a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo no seu trabalho. Caso queira, os resultados podem ser disponibilizados para você. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação, os dados serão guardados por um período de 05 anos, em seguida deletados. Os dados não serão divulgados em qualquer hipótese ou de forma a possibilitar sua identificação.

De forma preventiva, para que os dados e informações da pesquisa não sejam usados indevidamente todas as respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, usando codificação numérica ao invés de nomes dos participantes. Informo ainda, que lhe serão assegurados: o direito de não participar, se assim o desejar, sem que isso acarrete qualquer prejuízo; o acesso a qualquer momento às informações de procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa; será mantido sigilo em relação ao seu nome e/ou quaisquer outros aspectos que possam vir a identificá-los (a); as informações utilizadas possuirão a única finalidade de colaborar com o estudo.

Serão procedidos todos os cuidados para evitar-se prejuízo aos participantes, porém existem riscos mínimos como a identificação de algum participante ou a possibilidade de desconforto em reservar o tempo para responder às entrevistas, por exemplo. Os benefícios estão relacionados ao conhecimento da realidade da cobertura de saúde pública dos territórios onde a pesquisa será realizada, como também o levantamento de informações que poderão subsidiar a sugestão de programas e políticas de saúde a nível local. Contudo, em caso de dano pessoal, diretamente relacionado aos procedimentos desse estudo, em qualquer fase, fica assegurado ao participante o respeito aos seus direitos legais, bem como procurar e obter indenizações por danos eventuais.

Esse termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado em duas vias, e precisa estar assinado em todas suas páginas pelo participante e pelo pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas em relação à pesquisa ou aos seus direitos.

### **DECLARAÇÃO:**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e compreendi as informações que me foram explicadas sobre o estudo em questão. Autorizo a aplicação do questionário com perguntas estabelecidas, ficando claro para mim, quais são os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também que minha participação não tem despesas, nem receberei nenhum tipo de pagamento, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos. Se houver danos posso legalmente solicitar indenização. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

Leia atentamente as informações acima e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Certo de contar com sua cooperação, desde já agradeço.  
Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
**Antonio Idalmir Rodrigues de Oliveira**  
Pesquisador - CPF: 591.389.982-20

\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Armin Mathis**  
Orientador

No caso de dúvidas, estarei disponível a quaisquer outros esclarecimentos, no endereço: **Rua Irituia n. 154, Bairro: Nova Olinda – Castanhal - PA** ou pelo telefone: **(91) 99115-7441**, e-mail: **antonio\_idalmir@hotmail.com**, ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará (CEP - ICS/UFGPA). **Rua Augusto Corrêa, nº 1, Campus do Guamá. UFGPA, Faculdade de Enfermagem do ICS, sala 13, 2º andar, CEP: 66.075-110, Belém-Pará. Tel.: 3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br.**

## **ANEXOS**

**ANEXO A – Termo de anuência para coleta de dados em projeto de pesquisa**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CASTANHAL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



**TERMO DE ANUÊNCIA PARA COLETA DE DADOS EM PROJETO DE PESQUISA**

Autorizo a realização de coleta de dados e entrevistas no território abrangente da USF Cupiúba - incluindo seus anexos (Bacuri e Assentamento João Batista) para o projeto de pesquisa intitulada “Barreiras de acesso ao sistema de saúde: A realidade dos Assentamentos Rurais e Reservas Extrativistas no Nordeste Paraense”, a ser conduzida sob a responsabilidade do discente Antonio Idalmir Rodrigues de Oliveira, do Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Tropicó Úmido do NAEA/UFPa.

Esta autorização é válida desde que sejam assegurados os requisitos abaixo:

- Garantia de receber esclarecimentos do pesquisador responsável sobre qualquer questionamento, a qualquer momento, mesmo após a conclusão da pesquisa e encerramento dos trabalhos;
- Ausência de despesa para esta Secretaria Municipal de Saúde;
- Liberdade para retirar a anuência em qualquer momento da pesquisa, sem penalização, caso não haja cumprimento dos requisitos acima.

Castanhal, 12 de maio de 2023.

Cristina Andrade Yokote  
Secretária Municipal de Saúde, Interna  
Decreto N° 102/2023  
*Cristina Yokote*

Cristina Andrade Yokote  
*Secretária Municipal de Saúde*  
*Decreto n° 102/2023*

## ANEXO B – Termo de anuência para coleta de dados em projeto de pesquisa



ESTADO DO PARÁ  
 Prefeitura Municipal de São Domingos do Capim  
 Poder Executivo  
 C.N.P.J. 05193115/0001-63

### TERMO DE ANUÊNCIA PARA COLETA DE DADOS EM PROJETO DE PESQUISA

Autorizo a realização de coleta de dados e entrevistas na UBS Taperuçu para o projeto de pesquisa intitulada “Barreiras de acesso ao sistema de saúde: A realidade dos Assentamentos Rurais e Reservas Extrativistas no Nordeste Paraense”, a ser conduzida sob a responsabilidade do discente Antonio Idalmir Rodrigues de Oliveira, do Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Tropicó Úmido do NAEA/UFPa.

Esta autorização é válida desde que sejam assegurados os requisitos abaixo:

- Garantia de receber esclarecimentos do pesquisador responsável sobre qualquer questionamento, a qualquer momento, mesmo após a conclusão da pesquisa e encerramento dos trabalhos;
- Ausência de despesa para esta Secretaria Municipal de Saúde;
- Liberdade para retirar a anuência em qualquer momento da pesquisa, sem penalização, caso não haja cumprimento dos requisitos acima.

São Domingos do Capim, 07 de junho de 2023

Documento assinado digitalmente  
 SERGIO ROMERO DE ALMEIDA OLIVEIRA  
 Data: 07/06/2023 21:50:01-0300  
 Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Sergio Romero de Almeida Oliveira**  
**Secretário Municipal de Saúde - SDC/PA**

Rua Padre José de Anchieta, 117, CENTRO.  
 CEP. 68635-000 – São Domingos do Capim – Pará  
 E-mail: [secsaudesdc@gmail.com](mailto:secsaudesdc@gmail.com)



## ANEXO C – Parecer consubstanciado do CEP

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** BARREIRAS DE ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE: A Realidade dos Assentamentos Rurais e Reservas Extrativistas no Nordeste Paraense

**Pesquisador:** ANTONIO IDALMIR RODRIGUES DE OLIVEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 74884123.1.0000.0018

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Pará - Núcleo de Altos Estudos Amazônicos

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.483.134

**Apresentação do Projeto:**

O estudo tem o intuito de avaliar os fenômenos que afetam o acesso aos serviços de saúde em grupos populacionais que residem em Assentamentos Rurais e Reservas Extrativistas, no Nordeste Paraense, com a perspectiva de verificar a existência de exclusão social configurada pelas barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde. Na região Amazônica brasileira, são perceptíveis as dificuldades para a prestação da assistência em cidades na região por conta dos desafios estruturais e políticos para a implantação de políticas públicas de saúde que necessitariam de um planejamento mais apropriado à regional. Com isso, temos diversas implicações para a organização do sistema de saúde local. Mediante esse cenário, pesquisaremos os locais estabelecidos neste estudo, que foram delimitados: o Assentamento Federal de Cuplúba em Castanhal; o Assentamento Federal de Taperuçu em São Domingos do Capim; o Assentamento Rural Informal de 5 de Outubro em Castanhal; o Assentamento Informal de Vera Cruz em Curuçá; a Reserva Extrativista de São João da Ponta; e a Reserva Extrativista Mãe Grande de Curuçá. Além de verificar a disponibilidade dos profissionais, insumos, equipamentos e tecnologias disponíveis, representando, assim, uma condição de barreiras de acesso ou não aos serviços de atenção básica em saúde. Nesse interim, urge contextualizar a falta de acesso aos serviços de saúde como uma forma de ser excluído de direitos básicos, que a população espera estarem disponíveis quando necessita.

Endereço: Rua Augusto Correa nº 01 - Campus do Guamá, UFPA - Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
Bairro: Guamá CEP: 66.075-110  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-7736 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepcos@ufpa.br