

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ANA CAROLINA DE MORAES TEIXEIRA VILELA DANTAS

RELATOS E VIVÊNCIAS EM SAÚDE DO CAMPO:
a produção do cuidado em assentamentos da Reforma
Agrária no interior de Pernambuco

Recife

2017

ANA CAROLINA DE MORAES TEIXEIRA VILELA DANTAS

**RELATOS E VIVÊNCIAS EM SAÚDE DO CAMPO:
a produção do cuidado em assentamentos da Reforma
Agrária no interior de Pernambuco**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do grau de mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Recife

2017

Catálogo na fonte:
bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4:1895

D192r Dantas, Ana Carolina de Moraes Teixeira Vilela.
Relatos e vivências em saúde do campo: a produção do cuidado em assentamentos da reforma agrária no interior de Pernambuco / Ana Carolina de Moraes Teixeira Vilela Dantas. – Recife: o autor, 2017.
117f.; il.; 30 cm.

Orientador: Petrônio José de Lima Martelli.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em saúde coletiva.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Política de saúde. 2. Atenção básica. 3. Saúde da família. 4. Saúde rural. I. Martelli, Petrônio José de Lima (orientador). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2018 - 094)

ANA CAROLINA DE MORAES TEIXEIRA VILELA DANTAS

**RELATOS E VIVÊNCIAS EM SAÚDE DO CAMPO:
a produção do cuidado em assentamentos da Reforma
Agrária no interior de Pernambuco**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do grau de mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 02/06/2017

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli
PPGSC/DMS/UFPE

Prof.^a. Dr.^a. Idê Gomes Dantas Gurgel
CPqAM/FIOCRUZ/PE

Prof.^a. Dr.^a. Ronice Maria Pereira Franco de Sa
PPGSC/NUSP/UFPE

A toda gente que resiste nos campos deste país afora e ao Movimento dos Trabalhadores
Rurais Sem Terra por não cessar a marcha rumo às transformações sociais.

Agradecimentos

Agradeço à força das minhas raízes sertanejas por me manterem nutridas da minha essência e me conduziram aos encontros frutíferos com pessoas, territórios e vidas que culminaram na realização desta pesquisa. Gratidão ao universo e à energia da natureza!

Aos meus avós Maria Luiza (minha amada voinha!), Lisboa, Edna e vovô João por terem trazido ao mundo aqueles que seriam meus pais Maria do Rosário e Júlio César. Mãe e pai, eu agradeço imensamente por terem me recebido como filha sempre me ensinando a seguir meu coração, acreditar em mim e nas pessoas e fazer o bem acima de tudo. Muito do que sou e tenho conquistado é consequência do suporte amoroso que recebo de vocês e liberdade para trilhar os meus próprios caminhos!

Ao meu irmão Júlio César (Juba), por ter colocado fim aos meus nove anos de filha única e por estar cada vez mais presente na minha vida compartilhando dias de música, cervejas, risadas, praias, jogos do Sport e me influenciando a assistir *Chaves* e *Two and half a man*. Enfim, sendo meu irmão querido!

À minha tia-avó-mãe Lúcia Flávia por ser uma mãe-avó para mim desde que vim estudar na capital. Aos meus primos-irmãos Chrystiano e Lúcio pelo carinho dedicado a mim estando sempre na torcida e vibrando comigo a cada conquista.

Às amigas de longe e de perto, mas que estão sempre acompanhando e me apoiando em cada desafio. Gratidão Cecília, Clarissa, Raquel, Denyse, Ane, Andréia, Safira e Carlos que cederam generosamente seus preciosos tempos para os papos *dissertação* tão constantes nesses últimos meses e que tanto me ajudavam a seguir adiante. Grata pelo cuidado e carinho!

À Evelyn e Luana por terem sido tão parceiras e presentes ao longo desses cinco anos de convivência. Gratidão pelas conversas e co-co-orientações, pelas viagens incríveis, pelos forrós, cocos, carnavais, São Joãos e todos os momentos que já vivenciamos juntas. À quarta integrante do quarteto fantástico, Marília de quem sempre lembramos com tanto carinho. Volta logo, Lila!

A todos do coletivo Grão de saúde do campo por todos os saberes, desejos, sonhos e fazeres compartilhados. Gratidão, Dara, Marina, Luiza, Renata, Pedro, Camille, Paulo, Sémares e Fernanda!

Às famílias do Assentamento Lago Azul e Macambira Borba por terem me recebido com tanto carinho e por terem contribuído com a pesquisa. Agradeço também à equipe de saúde que atuam na USF de Lajes pelo acolhimento e disponibilidade em fazer parte dessa

proposta. Gratidão! Espero que essa sistematização seja útil à qualificação do diálogo entre vocês (equipe e assentadas/os) no cotidiano em que se constitui o cuidado à saúde.

Agradeço às mulheres do campo por serem exemplos de guerreiras! Especialmente à Francilene (Lenna) e Maria Gerlania (Bia).

Às turmas da residência de Saúde do Campo por construírem a saúde nesses territórios com tanta dedicação e qualidade.

Às colegas de turma do mestrado que muito me ensinaram nas trocas em sala de aula.

Ao meu orientador Petrônio Martelli por sua disponibilidade em me orientar durante esses dois anos onde estive presente na medida certa ao meu funcionamento, incentivando minha autonomia na construção do conhecimento e sempre me impulsionando a seguir rumo ao exercício da docência. Agradeço pela confiança e pelos ensinamentos!

À minha co-orientadora Paulette Cavalcanti por ser exemplo de mulher guerreira, por sua capacidade de tornar real o que nos parece impossível, por sua entrega à luta social e toda sua sabedoria acumulada. Um exemplo de educadora, para mim. Agradeço demais pelas orientações e participação na minha formação desde 2012. Aprendo muito com você!

Às professoras e aos professores deste programa por suas aulas que me tiravam da zona de conforto e convidavam a leituras e mais leituras cujos conteúdos contribuíram imensamente para o desenvolvimento desta pesquisa, especialmente às professoras Ronice Franco de Sá, Adriana Falangola e Heloisa Mendonça e aos professores Djalma Agripino e Abel Menezes bem como à UFPE e CAPES pelo apoio institucional e financeiro, respectivamente.

*Eu queria fazer parte das árvores como os pássaros fazem.
Eu só não queria significar.
Porque significar limita a imaginação.
E com pouca imaginação eu não poderia fazer parte de uma árvore.
Como os pássaros fazem.
Então a razão me falou: o homem não pode fazer parte do orvalho como as pedras fazem.
Porque o homem não se transfigura senão pelas palavras.
E era isso mesmo.
(Manoel de Barros)*



Resumo

Historicamente as populações do campo no Brasil vivem processos de exclusão e desassistência com relação à saúde e demais políticas sociais. A incidência significativa de doenças negligenciadas relacionadas à pobreza, às precárias condições de trabalho, falta de acesso a terra e rede de abastecimento de água, são expressões da negligência por parte do poder público para com as famílias que vivem em áreas de acampamento e assentamentos rurais. Esta pesquisa etnográfica teve o objetivo analisar o cuidado à saúde de famílias assentadas no interior de Pernambuco a partir de observação participante, entrevistas individuais com profissionais de saúde da Atenção Primária e representante do setor saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, grupos focais com as famílias de dois assentamentos da Reforma Agrária, registro fotográfico e em diário de campo. Observou-se que as práticas de saúde vivenciadas pelas famílias assentadas estão relacionadas ao cuidado popular através do cultivo e uso de plantas medicinais, acesso às ações de prevenção desenvolvidas pelas equipes de saúde como vacinação, puericultura, orientações sobre tratamento da água para consumo, destino do lixo, programa de tratamento para hipertensão e diabetes. Além daquelas realizadas pelo setor saúde do Movimento que estão voltadas ao diagnóstico da condição de saúde e planejamento compartilhado a partir da educação popular. Foram identificados elementos estruturantes dessas práticas como os fatores socioculturais, educacionais, a produção social das necessidades em saúde, formação e perfil dos profissionais, capacidade resolutiva da Atenção Primária. Apesar de as práticas de saúde referidas pelos profissionais, estarem de acordo com a proposição da Política Nacional da Atenção Básica, ainda há lacunas entre o *fazer saúde técnico* (equipes de saúde) e o *fazer saúde popular* (famílias assentadas e setor saúde do MST). Pois, ambos compartilham do mesmo contexto de cuidado, embora ocupem posições diferentes (até mesmo desiguais) na relação de produção do cuidado e não instituem vias de comunicação entre si para reorganizar o cuidado às famílias nos assentamentos. Devem-se compreender de maneira integrada as necessidades de saúde do campo como produtos da estrutura sociocultural das famílias assentadas que vão demandar das equipes da APS competências e habilidades específicas para o cuidado à saúde integral e resolutivo implicado com a realidade do campo.

Palavras-chave: Política de saúde. Atenção básica. Saúde da família. Saúde rural.

Abstract

Historically, rural populations in Brazil have been experiencing exclusion and lack of care in relation to health and other social policies. The significant incidence of neglected diseases related to poverty, precarious working conditions, lack of access to land and water supply, are expressions of public neglect of families living in campsites and rural settlements. This ethnographic research had the objective of analyzing the health care of families settled in the interior of Pernambuco from participant observation, individual interviews with Primary Care health professionals and representative of the health sector of the Movement of Landless Rural Workers, focus groups with the Families of two Agrarian Reform settlements, photographic record and field diary. It was observed that the health practices experienced by settled families are related to the popular care through the cultivation and use of medicinal plants, access to prevention actions developed by health teams such as vaccination, childcare, guidelines on treatment of drinking water, destination Of the trash, treatment program for hypertension and diabetes. In addition to those carried out by the Movement's health sector, they are focused on the diagnosis of health condition and shared planning based on popular education. Structural elements of these practices were identified, such as sociocultural and educational factors, the social production of health needs, the training and profile of professionals, and the capacity to solve Primary Care. Although the health practices referred to by the professionals are in accordance with the National Primary Care Policy proposal, there are still gaps between making technical health (health teams) and doing health popular (settled families and health sector of the MST). For both share the same context of care, although they occupy different (even unequal) positions in the care production relationship and do not institute ways of communicating with one another to reorganize care for families in the settlements. The health needs of the countryside must be understood as a product of the socio-cultural structure of the settled families that will demand from the PHC teams specific skills and abilities for the integral and resolute health care involved with the reality of the field.

Keywords: Health policy. Basic Attention. Family Health. Rural health.

Lista de Ilustrações

Figura 1- <i>Romper as cercas da ignorância que produz a intolerância</i>	20
Figura 2- <i>O SUS é nosso, ninguém tira da gente!</i>	34
Figura 3- <i>Des(pre)tensão.</i>	42
Figura 4- <i>Encontros e despedidas.</i>	51
Figura 5- <i>Cada um que leva a vida nessa estrada só precisa de uma sombra pra chegar</i>	61
Figura 6- <i>Verde, a cor da esperança.</i>	62
Figura 7- <i>Permanência.</i>	63
Figura 8- <i>Mapa de Caruaru - PE</i>	64
Figura 9- <i>Azul da cor do céu - Assentamento Lago Azul</i>	66
Figura 10- <i>Pé na estrada - Assentamento Macambira/Borba</i>	68
Figura 11- <i>Unidade de Saúde da Família - Lajes.</i>	70
Figura 12- <i>Quem espera nunca alcança</i>	70
Figura 13- <i>Conexões temáticas.</i>	73
Figura 14- <i>Passado, presente e futuro.</i>	78
Figura 15- <i>As mulheres do campo que não trabalham só com as coisas do campo</i>	79
Figura 16- <i>Conversas Cruzadas.</i>	79
Figura 17- <i>É a parte que te cabe deste latifúndio</i>	80
Figura 18- <i>O sol há de brilhar mais uma vez</i>	80

Lista de Abreviaturas e Siglas

AB	Atenção Básica
ALA	Assentado/a do Lago Azul
AMB	Assentado/a de Macambira/Borba
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificação de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
eNASFR	Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família da Residência de Saúde do Campo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Pernambuco
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas.
RMSFCampo	Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na população do campo
SSMST	Setor Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
SR	Superintendência Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPE	Universidade de Pernambuco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS DA PESQUISA	19
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2 Objetivos Específicos.....	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1 Questão Agrária e a Determinação Social da Saúde: relações entre a luta pela terra e a saúde dos povos do campo	20
3.2 Políticas de Saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde: conquistas do povo brasileiro	34
3.3 A Atenção Primária à Saúde no Brasil: precedentes, atuantes e avanços na garantia do direito à saúde.....	42
3.4 Práticas de saúde em Assentamentos da Reforma Agrária e a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e das Águas: lutas remotas de uma conquista recente	51
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	60
4.1 Tipo de estudo e instrumentos de coleta dos dados	60
4.2 Sujeitos da pesquisa e aspectos éticos.....	64
4.3 Cenários de prática e percurso investigativo	64
4.4 Análise do material etnográfico	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
Recomendações às/aos que constroem cotidianamente a Saúde do Campo:	77
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICE A - Artigo	89
APÊNDICE B - Roteiro Entrevista: profissional de saúde	108
APÊNDICE C- Roteiro Grupos Focais: famílias assentadas	109
APÊNDICE D - Estudos sobre as condições de saúde da população do campo.....	110
APÊNDICE E - Estudos sobre o direito à saúde, SUS e APS	113
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	115
ANEXO B – Carta de Anuência.....	117

1 INTRODUÇÃO

*Mestre não é quem sempre ensina,
mas quem de repente aprende.
(Guimarães Rosa)*

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, considero indispensável revisitar uns passos da minha trajetória de convivência com a realidade da população do campo junto ao MST. O ponto de partida foi ainda na graduação a partir de 2007 iniciei minha atuação no movimento estudantil tendo participado anualmente de encontros nacionais e regionais de Terapia Ocupacional que incluíam espaços de vivências junto ao Movimento de Trabalhadores Sem Teto (MTST), MST, comunidade indígena, quilombola, entre outros. Entretanto, o contato mais próximo com famílias assentadas ligadas ao MST se deu em 2012 quando ainda estava como residente no Programa de Saúde da Família - UFPE e, juntamente a um coletivo de residentes de diversos programas, desenvolvi um projeto de extensão no Assentamento Jaboatãozinho localizado na cidade de Moreno-PE, experiência da qual resultou o meu Trabalho de Conclusão da Residência (TCR).

A experiência de conviver com famílias assentadas quinzenalmente durante um ano, conhecendo a organicidade e compartilhando das discussões sobre a saúde na perspectiva do Movimento, bem como as leituras e análises das produções acadêmicas já publicadas nessa área, me serviram de base para estabelecer as diretrizes desta pesquisa. O fato de ser trabalhadora do SUS e estar envolvida com as atividades do Coletivo Grão¹ de Saúde do Campo desde a conclusão do referido projeto de extensão em 2014, também justifica a escolha e motivação para ter me debruçado sobre esse tema com foco em dois assentamentos do interior de Pernambuco.

No entanto, o contato com o território dessa pesquisa foi mais recente e remete ao ano de 2014 quando assumi a função de tutora de Terapia Ocupacional e membro da coordenação da RMSFCampo que tem como território de práticas, áreas de assentamento e acampamento rurais no município de Caruaru-PE e de comunidades quilombola em Garanhuns-PE, respectivamente. Exercer esses papéis me proporcionou uma continuidade prática-reflexiva que havia iniciado no projeto de extensão em 2012 acerca dos desafios e potencialidades das intervenções multiprofissionais com foco na saúde da população do campo.

¹Coletivo Grão de saúde do Campo foi fundado em 2014 quando o projeto de extensão no Assentamento Jaboatãozinho foi finalizado e segue desde então atuando em torno da temática da saúde, cultura e modos de vida do campo.

A partir dessas vivências e aprendizados, resolvi dar seguimento e encarar o desafio de responder às provocações que surgiram com relação à busca por compreender melhor como são organizados, planejados e materializados os cuidados à saúde das famílias do campo no âmbito da APS.

Assim, ao ingressar no mestrado de Saúde Coletiva da UFPE e me vincular à linha de pesquisa em *Política, planejamento e gestão em saúde*, decidi dar seguimento aos estudos relacionados à saúde da população do campo. Isto porque para mim, o ato de pesquisar significa mergulhar numa realidade que de alguma maneira provoca uma inquietude e mobiliza o interesse em desvendar os sentidos, por quês e razões para se apresentar de tal forma. Desta forma, fui desafiada a me aproximar o quanto possível da realidade-objeto em questão, através do uso de diferentes linguagens que auxiliaram na minha vivência e compreensão do fenômeno estudado.

O papel desempenhado pela Saúde Coletiva enquanto campo de conhecimento e prática tem sido cada vez mais voltado à compreensão e produção de elementos para reorganização de políticas públicas, modelos gerais e específicos de atenção à saúde de acordo com a demanda sanitária e social do contexto em que se insere. Implica estabelecer, criticamente, conexões entre fatores de ordem política, econômica, social e conjunturais como pilares da determinação do processo saúde-doença em distintas sociedades.

No Brasil, historicamente esta área se desenvolve em diálogo com os anseios das classes populares menos abastadas. Ou seja, reconhece e assume um compromisso ético com o processo de transformação social para instauração de um quadro mais justo de saúde para os/as brasileiros/as. Segundo Everardo Nunes (2009), a institucionalização da Saúde Coletiva ocorreu no final dos anos 1970 tendo como pano de fundo as mudanças trazidas com a instauração de uma sociedade capitalista. No entanto, há caminhos previamente transcorridos, não somente no âmbito nacional, passando pelo desenvolvimento da medicina social/saúde pública, elaboração do *projeto preventivista* com forte influência sobre o cenário que se desenhava especialmente do ponto de vista teórico-acadêmico, na formação de recursos humanos e desenvolvimento tecnológico e inovação fomentados, na época, pela Financiadora de Estudos e Projetos.

As mudanças sociais no período de formalização desta ciência aumentavam a necessidade de se estreitarem os laços entre movimentos sociais e os estudos no campo da saúde. O nível de pobreza, desemprego, morbidade e mortalidade da população, demandaram dos serviços e profissionais da saúde outras práticas que atendessem aos impactos desses fatores na saúde da população. As discussões na saúde agora não se restringiam mais a fatores

biológicos, incluíam-se outros campos de conhecimento como as ciências humanas e sociais (filosofia, sociologia, antropologia, economia, política, história, ética, estética) foram sendo consideradas como fundamentais à compreensão dos modos de vida, trabalho, organização social e suas relações com as condições de saúde, comportamento e distribuição do adoecimento e morte em coletivos (NUNES, 2009).

Dava-se início a um processo de reconstrução do pensar e fazer saúde no país em meio às mobilizações sociais que conclamavam pelo fim da ditadura militar, retomada do direito político, ampliação dos direitos sociais e a realização de reformas estruturais em diversos níveis da sociedade. Com isso, instaura-se um período em que a saúde é reivindicada como direito social e assim foi garantida na Carta Constitucional de 1988 enquanto dever do Estado. A saúde toma proporção de uma política social pública estratégica para romper com a lógica perversa de reprodução do capital calcada num modelo de produção agrária que vem acarretando, de forma interdependente, a degradação do meio ambiente e da qualidade de vida e saúde das populações do campo e da floresta.

Apesar desse feito, observa-se imensa desigualdade e inúmeros desafios na consolidação do direito de todos/as à saúde por haver iniquidades com relação à má distribuição dos serviços e profissionais que deem cobertura à população de Norte a Sul num país de dimensões continentais como o nosso. Seguramente há peculiaridades regionais, socioculturais e políticas em cada contexto, contudo, constata-se nacionalmente um histórico processo de negligência com a população rural que a coloca em posição de franca desvantagem em relação à urbana no que se refere às condições de vida, trabalho, saúde e acesso às políticas públicas de maneira geral.

Para exemplificar esta realidade, podem-se citar as populações do campo, da floresta e das águas, residentes em sua grande maioria nas regiões do Norte e Nordeste do país, as quais se encontram em situações de iniquidades, vulnerabilidade, desigualdades históricas e estruturais ainda mais graves quando comparadas à população urbana. Pois, em pleno século XXI, aquelas/es mais invisíveis para as políticas públicas de Estado são os/as camponeses/as, populações atingidas por barragens, extrativistas, pescadoras/es, ribeirinhas, quilombolas, indígenas, dentre outras, constatação bastante provocativa para pesquisadores dessa área (CARNEIRO et al., 2014).

Além disso, desenvolve-se uma crítica quanto ao desenvolvimento do capitalismo no campo, porque mantém a concentração da propriedade rural e, do ponto de vista da saúde, foi o determinante que levou o país, desde o início do século XX, a vivenciar as endemias e

epidemias, como a malária, a varíola, a peste, a tuberculose e a febre amarela (SOUZA, 2013).

São diversos os determinantes que impactam no processo saúde-doença dos/as trabalhadores/as rurais, que vão desde aqueles de ordem estrutural, até outros mais específicos, pontuais, intermediários nesse processo de determinação social. No entanto, os principais influentes das relações entre saúde, trabalho e ambiente parecem estar relacionados às grandes forças motrizes (macrodeterminantes) representadas pelas políticas governamentais de incentivo a determinadas cadeias produtivas de monoculturas como as da cana-de-açúcar e da soja (PERES, 2009).

Esses macrodeterminantes acabam por configurar o retrato da saúde de um contingente expressivo de trabalhadores e não trabalhadores, habitantes do Brasil Rural que, cotidianamente, enfrentam uma série de desafios para a garantia de uma qualidade de vida e de trabalho digna. A opção econômica não deve sobrepujar à primazia da garantia dessas condições dignas de trabalho e saúde. Esse é o verdadeiro desafio colocado para o campo da Saúde Coletiva, e que deve ser encarado por todos – profissionais da saúde, gestores, técnicos e pesquisadores – no cotidiano de suas atividades (PERES, 2009).

Segundo dados do último Censo Agropecuário, existem cerca de 16,4 milhões de pessoas ocupadas em estabelecimentos rurais, correspondendo a aproximadamente 50% da população residente em áreas rurais (31,3 milhões de pessoas, segundo a PNAD). Tanto a população quanto o número de estabelecimentos localizados em áreas rurais têm decrescido no país desde 1985, confirmando uma tendência migratória em direção aos conglomerados urbanos e áreas periurbanas (PERES, 2009).

Sabe-se que implantar uma política de saúde que garanta o acesso de qualidade às 975.985 famílias assentadas distribuídas em 9.354 assentamentos pelo Brasil, dos quais 613 estão localizados em Pernambuco representa um desafio para os gestores, profissionais da saúde e movimentos sociais. Segundo dados do Painel dos Assentamentos no Brasil (INCRA, 2017), Pernambuco está entre os 5 estados com maior número de assentamentos da Reforma Agrária, ficando atrás dos estados do Pará, Maranhão e Bahia, seguido do Mato Grosso em 5ª posição com 549 assentamentos.

Diversas são as pesquisas que abordaram a situação de saúde em assentamentos da Reforma Agrária, sobretudo no que se refere às condições precárias às quais estão sujeitas as famílias nessas áreas. No entanto, ainda há escassez de estudos qualitativos que analisem no estado de Pernambuco, o cuidado à saúde vivenciado nesses territórios tanto com relação às práticas de saúde ofertadas pelas equipes de saúde da APS quanto àquelas desenvolvidas pelas

famílias assentadas e pelo setor de saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) a fim de compreender a relação entre si.

Sendo assim, optei pela pesquisa etnográfica visando à apreensão dos fatores que configuram as experiências de cuidado à saúde em áreas de assentamentos rurais vinculados ao Programa de Residência em Saúde do Campo no interior de Pernambuco. Foram analisadas as práticas de cuidado à saúde desenvolvidas pelas famílias assentadas, pelos profissionais da APS e setor saúde do MST considerando o contexto sociocultural da região.

A apresentação desta pesquisa se estrutura, basicamente, em quatro seções principais. A primeira está destinada à apresentação do *Referencial Teórico* distribuído em quatro tópicos, a saber: 1) *Questão Agrária e Determinação Social da Saúde: a luta pela terra e suas relações com a saúde dos povos do campo*; 2) *Políticas de Saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde: conquistas do povo brasileiro*; 3) *A Atenção Primária à Saúde no Brasil: precedentes, atuantes e avanços na garantia do direito à saúde* e 4) *Das práticas de saúde em Assentamentos da Reforma Agrária à Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e das Águas: lutas remotas de uma conquista recente*.

Na seção 2 – *Procedimentos Metodológicos*, descrevemos o tipo de estudo, sujeitos da pesquisa, aspectos éticos, percurso investigativo e de análise dos dados. Em seguida, a terceira seção *Saberes e fazeres em saúde do campo: relatos de famílias assentadas da Reforma Agrária, movimento social e profissionais da APS no interior de Pernambuco* apresentamos os resultados e discussão em formato de artigo científico. No quarto e último bloco, tratamos algumas *Considerações Finais* acerca deste estudo com *Recomendações às/aos que constroem cotidianamente a saúde do campo* a fim de contribuir para o aprimoramento da saúde em Assentamentos da Reforma Agrária.

2 OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 Objetivo Geral

Analisar as práticas de saúde da família em assentamentos da Reforma Agrária no interior de Pernambuco.

2.2 Objetivos Específicos

- 1- Conhecer a realidade sociocultural das famílias que vivem em assentamentos da Reforma Agrária no interior de Pernambuco.
- 2- Identificar as necessidades de saúde das famílias assentadas.
- 3- Descrever as práticas de saúde desenvolvidas em assentamentos da Reforma Agrária no interior de Pernambuco.
- 4- Discutir a adequação das práticas de saúde propostas pelas equipes de saúde da atenção primária às necessidades de saúde das famílias assentadas do interior de Pernambuco.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

*Um passo à frente e você não está mais no mesmo lugar
(Chico Science)*

3.1 Questão Agrária e a Determinação Social da Saúde: relações entre a luta pela terra e a saúde dos povos do campo

Figura 1 *Romper as cercas da ignorância que produz a intolerância*²



Apresentaremos algumas filiações teóricas e conceitos-chave sob os quais este estudo se orientou. Não pretendemos aprofundar nos componentes da História por não representar o foco deste estudo, porém, nesta seção reuniremos períodos considerados relevantes à compreensão do nosso objeto de pesquisa. Desta forma, apresentaremos aspectos relevantes sobre a Questão Agrária no Brasil, luta pela terra e a Reforma Agrária bem como um panorama da saúde nos assentamentos rurais à luz da Determinação Social da Saúde.

As disputas e os conflitos em torno da posse, uso e propriedade da terra e dos bens que são provenientes, andam juntos na história nacional desde a invasão dos portugueses no séc. XVI que exerceram não somente expropriação territorial como também submeteram os povos indígenas que já habitavam essas terras, e reprimiram seus modos de vida, cultura e valores.

² Trecho da música *Canção da Terra*, O Teatro Mágico.

Esse marco iniciava uma longa jornada de cooptação e exploração desses povos em nome da supremacia econômica e interesses políticos da Monarquia portuguesa. A tomada do território brasileiro pelos portugueses, financiados pelo emergente capitalismo comercial europeu, ocorreu sob mecanismos de dominação e imposição de leis, normas e modo de produção a fim de fortalecer o poder da Corte (STEDILE, 2012).

Para entendermos o conjunto das lutas dos movimentos sociais do campo e a maneira como as questões sociais interferem na condição de saúde desses povos, partiremos do ponto que atravessa a história do Brasil desde a colonização: questão agrária. Pois, a propriedade e uso da terra (questão fundiária) tem sido ponto central na geração de conflitos que perpassaram o regime de sesmaria (período colonial), posse precária (1822-1950), terra mercantil (Lei de Terras 1850-1984) até a terra como um bem social (Estatuto da Terra 1964 e Constituição de 1988), *sem que de fato ao longo desses mais de cinco séculos de conquista patrimonial se tenha revertido o caráter central da grande propriedade territorial na estrutura fundiária brasileira* (DELGADO, 2012, p. 12).

Deste modo, nos diferentes contextos da nossa história, foram criados instrumentos legais para o desenvolvimento da exploração dos povos, da terra e dos bens naturais. Delgado (2012), em seu livro *Questão Agrária e Saúde*, descreve quatro Regimes Fundiários (RF) que construíram ao longo de cada período histórico a estrutura fundiária no Brasil. Por Regime Fundiário, o autor entende ser a base jurídico-política que fundamentam o direito à propriedade fundiária que deram legitimidade às apropriações, posse e uso de terras.

O Regime das Sesmarias foi o primeiro instituído pela Corte portuguesa durante a colonização e perdurou até 1822 quando um novo arcabouço legal foi adotado. Nesse período, havia uma separação jurídica entre o domínio e a posse das terras, estando o domínio de todas as terras nas mãos da Coroa que concedia a posse aos donatários (capitanias hereditárias) ou aos sesmeiros (estatuto das sesmarias). Com relação ao modelo de produção, a maioria dos pesquisadores considera ter predominado, no período colonial, a *plantation* como forma de organização capitalista na agricultura brasileira do período. Tal organização associava grandes extensões de terra, produção para exportação e trabalho escravo (DELGADO, 2012; STEDILE, 2012a).

Após a suspensão de concessões de terra pelo Regime de Sesmarias, a partir de 1822 um Regime de Transição perdurou até 1850 sendo reconhecido, sobretudo, pelo direito à propriedade, concedido pela Constituição Imperial de 1824. Este modelo beneficiou principalmente coronéis do 1º Império que tiveram garantida, na prática, a propriedade dos territórios com direito à herança de terras legais ou ilegais. Assim, a Coroa se utilizava de

diversos critérios políticos para entregar a capitalistas-colonizadores que dispunham de capital, enormes extensões de terra – medidas em léguas, geralmente delimitadas por grandes acidentes geográficos (DELGADO, 2012; STEDILE, 2012).

No entanto, o terceiro período do Regime Fundiário analisado por Delgado (2012), foi proveniente de uma lacuna jurídica que foi resolvida com a instauração da Lei nº 601/1850 – A Lei de Terras e esta apresenta duas principais características. A primeira, diz respeito a ser o primeiro instrumento legal que dá origem à propriedade privada das terras no Brasil. Ou seja, a Lei transforma a terra – até então um bem da natureza e por isso desprovido de valor comercial – em uma mercadoria. Logo, a terra passou a ser regida pelas mesmas regras do capitalismo, à qual poderia se atribuir um preço e conseqüentemente seria propriedade daqueles que pudessem pagar por elas (STEDILE, 2012a).

Nessa lógica, surge um segundo aspecto da Lei que é a *garantia* de que qualquer brasileiro/a poderia se tornar proprietário de terras. Porém, sabe-se que essa medida foi uma antecipação à transformação nas relações de trabalho que estavam em curso - abolição do trabalho escravo e instauração do trabalho assalariado. Desta forma, a Lei limitava a posse das terras por parte dos/as ex-escravos/as que não teriam recursos financeiros para adquirir qualquer extensão de terra. A Corte manteria, portanto, esses indivíduos à mercê dos fazendeiros ao impedir que se transformassem em camponeses e em pequenos proprietários de terras (STEDILE, 2012).

Na República Velha (1889-1930), a jurisdição dos Registros Públicos foi delegada aos estados como determinação da Constituição de 1891. Em que, ainda no contexto de vigência da Lei de Terras, flexibilizaram prazos para o registro e o tamanho dos imóveis cedidos a antigos sesmeiros, apropriadores de terras devolutas ou a pequenos posseiros. Período este, segundo Delgado (2012), tido como *fonte original do moderno direito de propriedade capitalista da terra no Brasil* (p. 21).

Para Stedile (2012a) a *questão agrária* se torna um *problema agrário* quando a alta concentração de terra interfere no desenvolvimento do capitalismo industrial uma vez que se apresenta como uma contradição dentro do modelo de desenvolvimento cuja manutenção carece de consumidores. Pois, a transição do capitalismo mercantil para a fase industrial, foi acompanhada de crescente concentração da propriedade da terra e *ao concentrar a propriedade da terra e manter os camponeses sem terra – e, portanto, despossuídos de renda –, esse modelo freava o desenvolvimento do mercado interno e das forças produtivas* (p. 642).

Assim, a expressão *problema agrário*, das sociedades capitalistas – inicialmente em países da Europa ocidental que primeiro ingressaram na etapa industrial – nasceu como

sinônimo da elevada concentração da propriedade da terra, que impedia o desenvolvimento do mercado interno. No entanto, Stedile (2012a) alerta para o fato de, em se tratando da realidade brasileira, abordar essa questão somente do ponto de vista da concentração ou não de terras como fator inibidor do desenvolvimento capitalista, é reduzir uma problemática complexa como a da *questão agrária* em cada sociedade.

Segundo Stedile (2012a), a entrada da economia na etapa do capitalismo industrial, a partir da década de 1930 e durante todo o século XX, produziu uma modernização da agricultura brasileira e se intensificaram os investimentos capitalistas no setor. Tal período foi denominado por José Graziano da Silva (1982) em sua tese, como *modernização dolorosa*, porque desenvolveu as forças produtivas do capital na produção agrícola – o bônus da modernização, mas excluiu milhões de trabalhadores rurais, que foram expulsos para a cidade ou tiveram de migrar para as fronteiras agrícolas, em busca de novas terras – o ônus da mesma modernização.

O quarto e último período analisado por Delgado (2012) é delimitado pela instituição do Estatuto da Terra (Lei nº 4.506/1964) e pela Constituição Federal de 1988 que inauguraram um Regime Fundiário que reconhecia a terra como bem social compondo o arcabouço jurídico atual. Impõe o princípio da função social a toda terra apropriada, ou seja, deve ter utilização adequada, preservação ambiental, observância das relações legais de trabalho, bem-estar do proprietário e do trabalhador. Porém, observa-se que, apesar do avanço no reconhecimento da *terra-bem social* em ambos os documentos, a herança da *terra-mercadoria* ainda domina as relações de domínio da terra, longe de atingir critérios universalmente aceitos de justiça social.

Entendemos que compreender a Questão Agrária do Brasil extrapola a descrição cronológica de documento e fatos históricos sobre o uso, posse e propriedade da terra – mesmo reconhecendo que estes sejam indispensáveis à análise. Logo, essa compreensão também deve ser atravessada pelo estudo sobre a forma de organização socioeconômica e cultural do meio rural. Deste modo, atentamos para o aspecto das lutas e movimentos de resistência em contraposição à história de dominação territorial apresentada acima. A História Social registra inúmeras situações de conflito social em diferentes regiões do país, de repercussão nacional, como foi em Canudos-BA (1893-1898), Contestado-SC/PR (1912-1916) e Juazeiro-CE (1889-1934), que apresentaram em comum o apelo emblemático, em ambiente de ampla exclusão social (DELGADO, 2012).

Em resposta às reivindicações pela realização da Reforma Agrária, ainda pontuais, mas que começava a crescer em todo o Brasil via movimentos dos trabalhadores rurais, foi

criada em 1952 durante o segundo Governo Vargas (1951-1954) a Comissão Nacional de Política Agrária (CNPAs). Esta comissão tinha como objetivo propor medidas que garantissem o desenvolvimento da *economia agrícola e o bem-estar rural* e dedicou-se, inicialmente, aos estudos e projetos de reforma da legislação agrária e de acesso a terra pelos produtores rurais (ARAÚJO, 2016).

A partir da década de 1950 também ocorreram mudanças importantes na dinâmica campo-cidade das quais precisaremos tratar para darmos seguimento tendo em mente a discussão conceitual – que para muitos já estava superada - em decorrência do êxodo rural observado com a instituição do modelo de desenvolvimento industrial. Desta forma, apontamos algumas reflexões sobre termos e relações entre campo e cidade, rural e urbano, que são objeto de pesquisas nos diferentes campos de conhecimento que vão desde a Geografia até a Saúde.

No Brasil, o termo rural é mais frequentemente utilizado em contraposição a urbano. Nessa visão, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), “são classificadas como área urbanizada aquela legalmente definida como urbana caracterizada por construções, arruamentos e intensa ocupação humana; as áreas afetadas por transformações decorrentes do desenvolvimento urbano; e aquelas reservadas à expansão urbana”. Nesse sentido, Peres (2009) destaca que essa definição urbano-centrada faz com que o espaço rural “seja definido a partir de carências e não de suas próprias características”.

A partir dessa definição que orienta as pesquisas do IBGE, o Brasil teria deixado de ser essencialmente rural na segunda metade do século XX tendo invertido o seu perfil demográfico e hoje é classificado como um país predominantemente urbano. Costumamos identificar a aceleração da migração da população para as cidades com o advento da Revolução Industrial e a ascensão do capitalismo industrial dando à produção, em substituição à comercialização, o papel de principal fonte de acumulação de capital (SIQUEIRA; OSÓRIO, 2001; HESPANHOL, 2013).

No entanto, há críticas às definições utilizadas pelo IBGE uma vez que se utiliza da delimitação criada em 1937 durante o Estado Novo desconsiderando as mudanças ocorridas no início do século XXI que redefinem os conteúdos e formas de existir, trabalhar e viver nesses territórios. Além do questionamento trazido pelo José Eli da Veiga em seu livro *Cidades imaginárias: o Brasil é menos urbano do que se calcula*, no qual defende que há mais população rural do que se divulga, caso se utilize critérios mais comumente usados internacionalmente (ORTEGA, 2002). Para além da discussão censitária, o autor defende que as políticas públicas devem abordar a questão do rural sob a perspectiva territorial e não

setorial como tem sido. Chama a atenção também para a necessidade de compreender que o rural não se configura unicamente como aquilo que está fora do perímetro urbano ou ligado exclusivamente ao desenvolvimento de atividades agropecuárias.

Maria José Carneiro (2008) remonta à autora Elena Sarraceno (1994) para complementar essa crítica aos critérios de mensuração e definição dos territórios que se baseiam, normalmente, no fenômeno urbano, cabendo ao rural uma posição residual definida a partir do critério meramente demográfico. Essa dimensão teria como consequência inevitável a concentração de recursos nas áreas urbanas e o esvaziamento demográfico e econômico das zonas rurais. No entanto, a pluralidade econômica, cultural e social observada atualmente em ambos os espaços, assim como o aumento na dinâmica de troca entre cidade e campo que extrapola as barreiras geográficas, coloca em xeque o modelo clássico explicativo baseado no binômio urbano–rural.

A segunda ênfase dada pela autora se refere ao uso recorrente à existência da atividade agrícola como definidora dos espaços rurais. Com o processo de modernização da agricultura e da sociedade, ocorre uma diminuição dos postos de trabalho na agricultura e uma ampliação das atividades não agrícolas em territórios rurais. Entretanto, permanece a ideologia, que se expressa também em um tipo de política que continua a identificar as zonas rurais às atividades agrícolas, como uma imagem consensual que se impõe a todo e qualquer tipo de realidade (CARNEIRO, 2008).

O que deve ficar bem definido aqui é o fato de que não compartilhamos da visão do *rural* como sendo um lugar atrasado, ultrapassado, arcaico, passivo e em progressivo esvaziamento. Pactuamos sim com a necessidade de garantir visibilidade às populações do campo e seus modos de vida através do estabelecimento de políticas públicas justas e inadiáveis que resgatem essa imensa dívida social, cultural, ambiental e sanitária com esses povos (PINHEIRO et al., 2009).

Em se tratando da luta pela terra, Araújo (2016) reúne um importante levantamento histórico e social acerca dos movimentos de resistência no campo em parte da sua dissertação sobre *Assentamento Rural Campestre Norte Frente à expansão do Agronegócio sucroenergético no estado do Piauí*. O marco na organização dos/as tabalhadores/as rurais, remete ao surgimento das Ligas Camponesas no Engenho Galileia, município de Vitória de Santo Antão no estado de Pernambuco em 1955. Foi inspiração para criação de diversas associações de camponeses que se espalharam pelo Nordeste e várias regiões do país nos anos seguintes desempenhando um importante papel em favor da Reforma Agrária no país.

A mesma autora ainda ressalta outras conquistas e organizações do movimento camponês na luta pela terra como foi o caso do Movimento dos Agricultores Sem Terra (MASTER), criado em 1958 no Rio Grande do Sul; a regulamentação, do direito dos trabalhadores organizarem-se em sindicatos em 1962, a fundação da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG) a fundação em 1963 e a aprovação do Estatuto do Trabalhador Rural no mesmo ano que garantiu direitos como registro profissional, décimo terceiro salário e férias.

Entretanto, com o Golpe de 1964, os movimentos sociais do campo e da cidade que impulsionavam a discussão da Reforma Agrária foram severamente reprimidos. Em paralelo, o governo institucionalizou a sua atuação nesse setor, através da criação do Instituto Nacional de Desenvolvimento Agrícola (INDA), responsável pela implementação dos projetos de colonização em áreas de fronteira agrícola e delegou ao Instituto Brasileiro de Reforma Agrária (IBRA) a aplicação da Reforma Agrária. Em 1970, estes dois órgãos foram unificados no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) (ARAÚJO, 2016).

No bojo de fortalecimento das organizações dos/as camponeses/as, mediante reivindicações por terra para morar e produzir, cenário de precariedade do trabalho e outras condições necessárias à reprodução digna da vida, surge o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Fundado em 1984, durante o I Encontro Nacional na cidade de Cascavel – Paraná onde foram definidos três objetivos principais do Movimento: lutar pela terra, lutar pela reforma agrária e lutar por mudanças sociais no país. Dando início a ocupações de terras improdutivas do Estado ou de particulares, como estratégia para tensionar o governo a acelerar o processo de assentamento das famílias Sem Terra (ARAÚJO, 2016; FERNANDES, 1998).

O MST está organizado em 24 estados das cinco regiões do país e sua implantação em Pernambuco (PE) pode ser narrada em cinco etapas: (1) o período da composição, (2) o retorno da organização a Zona da Mata, (3) a consolidação no estado, (4) sua ampliação e (5) a organização no território pernambucano. Essa primeira etapa de composição do MST-PE aconteceu no período entre 1989 e 1991 com a composição dos seus dirigentes e quadros. Como nos mostra a história, o estado de Pernambuco sempre foi palco de grandes lutas camponesas, com tradição de hegemonia no campo.

Foi na Zona da Mata Sul, em maio de 1989 que aconteceram as primeiras atividades de mobilização com a coordenação de militantes oriundos da Paraíba, Sergipe e Espírito Santo aos quais a Direção Nacional do MST delegou a tarefa de contribuir na expansão do Movimento em território pernambucano. Inicialmente, a cidade de Palmares foi definida para

ser sede da secretaria e organizar os trabalhos de bases neste município e também em Joaquim Nabuco, Ribeirão e Cabo de Santo Agostinho. Em dezembro do mesmo ano, foi realizado o V Encontro Estadual em Caruaru, com 200 delegados. Neste encontro deliberou-se pela organização do MST por regiões do estado, propiciando um acompanhamento maior das atividades (MORISSAWA, 2001).

No ano seguinte – Nova República (1985), a bandeira de luta dos movimentos sociais ganhou notável visibilidade e oficialmente foi incorporada pelo Estado como uma questão política. E no mesmo ano, o I Plano Nacional de Reforma Agrária (PNRA) foi anunciado no IV Congresso da CONTAG o que representou para os/as trabalhadores/as esperança em avançar na pauta da Reforma Agrária, entretanto, de acordo com Gonçalo (2001 apud ARAÚJO, 2016), para o Estado serviu apenas como mecanismo para minimizar os conflitos fundiários, gerando como consequência a intensificação da violência no campo.

Na história de diversos países, sobretudo a partir do desenvolvimento do capitalismo industrial, consta a implementação de diferentes tipos de programas de Reforma Agrária de acordo com as circunstâncias de cada período histórico. Stedile (2012b) destaca as seguintes tipologias e exemplos de países onde ocorreram: *Reforma Agrária clássica* (Estados Unidos, Japão e Coreia do Sul); *Reforma Agrária anticolonial* (Haiti, Paraguai e Uruguai); *Reforma Agrária radical* (México e Bolívia); *Reforma Agrária popular* (China, Egito, Cuba, Nicarágua e tentativa na Guatemala); *Reforma Agrária parcial* (Chile, Peru e Equador); *Reforma Agrária de liberação nacional* (Moçambique, Angola, Guiné-Bissau e outros países da África); *Reforma Agrária socialista* (tentativas infrutíferas na China [1960] e Cuba [1975]).

O MST reconhece que a luta em defesa da Reforma Agrária vai além do caráter redistributivo da terra, mas amplia seu conteúdo de maneira a contemplar as múltiplas dimensões das necessidades dos/as trabalhadores/as do campo. Um sentido importante na expressão *terra é mais do que terra*, ampliando essa questão para a busca por um modo mais justo de trabalhar e viver nela, o que exige a preocupação com um conjunto de fatores condicionantes da existência humana, incluindo o modelo de organização econômico, político e sociocultural. Significa lutar por todas as dimensões do território, entre elas a tecnologia, o mercado, a educação, saúde e, principalmente, contra o capital que procura tomar o controle dos territórios do campesinato (FERNANDES, 2008; MST, 2014; CALDART, 2012).

Além do MST, diversos movimentos sociais do campo articulados na Via Campesina, o Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA), o Movimento das Mulheres Camponesas (MMC Brasil), o Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB), o Movimento das

Comunidades Quilombolas e o Movimento dos Pescadores e Pescadoras do Brasil, defendem a necessidade de uma Reforma Agrária popular que em termos gerais, compreende

Um amplo processo de desapropriação das maiores propriedades e sua distribuição a todas as 4 milhões de famílias de camponeses sem-terra ou com pouca terra que ainda vivem no meio rural brasileiro; instalação de agroindústrias cooperativas em todas as comunidades rurais; necessidade de adoção de novas técnicas agrícolas, baseadas na agroecologia sem uso de venenos agrícolas [agrotóxicos]; democratização da educação formal, garantindo o acesso à escola desde o ensino fundamental até o ensino superior a todos os jovens que vivem no campo e a superação completa do analfabetismo entre os trabalhadores adultos; programa nacional de mecanização agrícola baseado em pequenas máquinas e ferramentas, que permita aumentar a produtividade do trabalho, diminuindo o esforço físico humano, sem expulsão da mão de obra do campo. E, finalmente, compreende um amplo programa de valorização das manifestações culturais do meio rural em geral vinculado aos hábitos alimentares, músicas, cantorias, poesias, celebrações religiosas e festas rurais (STEDILE, 2012b p. 667).

Por outro lado, o Estado entende a Reforma Agrária como sendo “o conjunto de medidas para promover a melhor distribuição da terra mediante modificações no regime de posse e uso, a fim de atender aos princípios de justiça social, desenvolvimento rural sustentável e aumento de produção” (Estatuto da Terra). Devendo-se assegurar a desconcentração e democratização da estrutura fundiária; produção de alimentos básicos; geração de ocupação e renda; combate à fome e à miséria; interiorização dos serviços públicos básicos; redução da migração campo-cidade; promoção da cidadania e da justiça social; diversificação do comércio e dos serviços no meio rural; democratização das estruturas de poder (INCRA, 2017).

No caso do Brasil, a Reforma Agrária é caracterizada como um problema político ainda em aberto na agenda do Estado. Pois, para Stedile (2012b) “pode-se concluir que no Brasil nunca houve um processo de Reforma Agrária. Por isso, a concentração da propriedade da terra aumenta a cada ano, como resultado da lógica de acumulação do capital” (p. 665). O que se observa na prática, é a execução de uma Política de Assentamentos Rurais - semelhante aos casos da África do Sul, Filipinas, Guatemala, Colômbia e Indonésia – com característica de política parcial que atende pontualmente as reivindicações de grupos organizados politicamente através da distribuição de terras desapropriadas ou compradas aos fazendeiros, no entanto, não modifica a estrutura da propriedade de terras (STEDILE, 2012b).

A emergência dos assentamentos rurais no cenário da questão agrária brasileira é um dos fatos marcantes que caracterizam especialmente o período que vai da década de 1980 até os dias atuais (LEITE, 2012). Segundo dados disponibilizados pelo INCRA, em fevereiro de 2017 existiam 9.354 assentamentos com 975.985 famílias assentadas no Brasil. Estes assentamentos estão distribuídos em 31 Superintendências Regionais (SR), sendo um dos dois

estados a sediar mais de uma SR juntamente ao estado do Pará onde se encontram quatro SR. No caso do estado de Pernambuco (PE) existem duas SR que são a SR 03 – PE/Recife e SR 29 – PE/Médio São Francisco com total de 613 assentamentos sendo aproximadamente 34.207 famílias assentadas.

Este número coloca o estado de PE na 4º posição entre os estados com maior número de assentamentos da Reforma Agrária, ficando atrás dos estados do Pará, Maranhão e Bahia que estão em 1º, 2º e 3º, respectivamente e o 7º lugar em número de famílias assentadas com relação aos demais estados do Brasil. Apresentamos a seguir as tabelas com a classificação de cada estado segundo o número de assentamentos (Tabela 1) e famílias assentadas (Tabela 2) (INCRA, 2017).

Tabela 1. Classificação segundo quantitativo de Assentamentos da Reforma Agrária por estado.

Classificação	Localização	Superintendência	Nº de assentamentos	Nº de famílias assentadas
1º	Pará	1, 27, 30 e 31	1.132	247.799
2º	Maranhão	12	1.026	132.411
3º	Bahia	5	687	49.100
4º	Pernambuco	3 e 29	613	34.207
5º	Mato Grosso	13	549	82.879
6º	Piauí	24	497	31.192
7º	Ceará	2	457	21.813
8º	Tocantins	26	378	23.560
9º	Rio Grande do Sul	11	346	12.447
10º	Minas Gerais	6	337	15.926
11º	Paraná	9	329	18.799
12º	Paraíba	18	311	14.772
13º	Goiás	4	304	13.166
14º	Rio Grande do Norte	19	298	19.995
15º	São Paulo	8	272	17.336
16º	Sergipe	23	243	10.888
17º	Rondônia	17	224	39.025
18º	Distrito Federal e entorno	27	207	12.879
19º	Mato Grosso do Sul	16	204	27.826
20º	Alagoas	22	178	13.019
21º	Santa Catarina	10	161	5.267
22º	Acre	14	161	32.807
23º	Amazonas	15	145	57.299
24º	Espírito Santo	20	94	4.224
25º	Rio de Janeiro	7	80	5.961

26º	Roraima	25	67	16.604
27º	Amapá	21	54	14.784

Fonte: Dados sistematizados pela pesquisadora a partir do Painel de Assentamentos do INCRA, 2017.

Tabela 2. Classificação segundo quantitativo de Famílias Assentadas da Reforma Agrária por estado.

Classificação	Localização	Superintendência	Nº de assentamentos	Nº de famílias assentadas
1º	Pará	1, 27, 30 e 31	1.132	247.799
2º	Maranhão	12	1.026	132.411
3º	Mato Grosso	13	549	82.879
4º	Amazonas	15	145	57.299
5º	Bahia	5	687	49.100
6º	Rondônia	17	224	39.025
7º	Pernambuco	3 e 29	613	34.207
8º	Acre	14	161	32.807
9º	Piauí	24	497	31.192
10º	Mato Grosso do Sul	16	204	27.826
11º	Tocantins	26	378	23.560
12º	Ceará	2	457	21.813
13º	Rio Grande do Norte	19	298	19.995
14º	Paraná	9	329	18.799
15º	São Paulo	8	272	17.336
16º	Roraima	25	67	16.604
17º	Minas Gerais	6	337	15.926
18º	Amapá	21	54	14.784
19º	Paraíba	18	311	14.772
20º	Goiás	4	304	13.166
21º	Alagoas	22	178	13.019
22º	Distrito Federal e entorno	27	207	12.879
23º	Rio Grande do Sul	11	346	12.447
24º	Sergipe	23	243	10.888
25º	Rio de Janeiro	7	80	5.961
26º	Santa Catarina	10	161	5.267
27º	Espírito Santo	20	94	4.224

Fonte: Dados sistematizados pela pesquisadora a partir do Painel de Assentamentos do INCRA, 2017.

Dos 613 assentamentos cadastrados em Pernambuco, 8 estão localizados no município de Caruaru, região do agreste pernambucano onde habitam 218 famílias e todos pertencem à SR 03 –Recife/PE. Destes, o mais antigo assentamento data de 1996 – Macambira/Borba sendo também o que concentra maior número de famílias assentadas (49). Os demais assentamentos, segundo ordem de classificação número de famílias assentadas e ano de

cadastramento são: Normandia – 41/1997; Cachoeira Seca – 41/1997; Cajá – 27/2001; Dona Isabel – 25/2003; Lago Azul – 19/2005; Cachoeira Seca/Veada Morta – 14/2006 e o mais recente, Veada Morta – 2/2007 (INCRA, 2017).

A permanência da luta pela Reforma Agrária se justifica, em primeira instância, pelo fato de o Brasil se encontrar na lista dos países com maior concentração de terras do mundo. Além disso, os maiores latifúndios também se encontram no nosso território nacional onde apenas 1% dos proprietários controla 46% de todas as terras. Os índices de Gini³ (2006), medidos pelo censo agropecuário do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelaram que a concentração é maior agora do que em 1920 (MST, 2014; IBGE, 2017; STEDILE, 2012b).

De modo geral, em todo o território brasileiro (campo e cidade) são identificadas inúmeras desigualdades produzidas pela concentração fundiária e pelo modelo de desenvolvimento econômico – agronegócio – aplicado ao meio rural brasileiro. Pois, existem 7 milhões de pessoas convivendo com a pobreza extrema e 14 milhões de adultos analfabetos e tais disparidades se expressam nos índices educacionais, de saúde, trabalho e renda, entre outros (STEDILE, 2012a). No entanto, Alcantara Filho e Rosa Maria Fontes (2009) destacam “que muitas das disparidades constatadas no país não são conjunturais, mas decorrentes de um encadeamento de ações que vem ocorrendo desde o surgimento do Brasil”.

Segundo Soares et al. 2015, os municípios mais rurais (população rural maior ou igual a 50%) vivem em condições mais precárias que os municípios mais urbanos (população rural menor que 50%) de acordo com os fatores sociodemográficos, de saneamento e ambientais. Ao descrever dados relativos à longevidade, renda, educação, moradia, saneamento, principais doenças e agravos à saúde os autores alertam para o descaso histórico por parte do Estado para com essa população que esteve sempre à margem no processo de inclusão e garantia dos direitos sociais.

De acordo com Souza (2013), do ponto de vista da saúde, a concentração da propriedade rural reforçada pelo avanço do capitalismo agrário, foi um fator determinante que levou o país, desde o início do século XX, a vivenciar as endemias e epidemias, como a malária, a varíola, a peste, a tuberculose e a febre amarela.

No esforço de apreender melhor a complexidade dessa relação (desigualdades sociais e saúde), recorreremos à Teoria da Determinação Social da Saúde enquanto ferramenta mais

³ O índice de Gini serve para medir desigualdades (de terra, de renda, de riqueza, de acesso a bens etc.) e varia de 0 a 1, sendo que, quanto mais igualitária a distribuição, mais próximo de 0 fica o índice, e quanto maior a desigualdade, mais próximo de 1 ele fica.

apropriada aos objetos de análise desta pesquisa. Pois, concordamos com a declaração trazida por Roberto Nogueira (2010) na apresentação do livro *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária* quando ele insiste que

[...] a saúde é um fenômeno eminentemente humano e não um fato biológico-natural. Portanto, defendemos o ponto de vista de que o esforço de entender a determinação da saúde vai muito além do emprego de esquemas de causalidade e não deve ser confundido com uma associação empiricista entre condições de saúde e fatores sociais (p.8).

Neste mesmo livro, edição *Pensar em Saúde* publicada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), diversos autores consagrados no campo da saúde coletiva como Naomar Almeida-Filho, Madel Luz, Paulo Fleury-Teixeira, Jaime Breilh, entre outros, que apontam reflexões epistemológicas, filosóficas e política acerca do conceito de determinação social no intuito de resgatar o caráter teórico e político que assumira nos anos de 1970 e 1980, quando o seu entendimento se respaldava na teoria marxista sobre a realidade social.

A Teoria da Determinação Social na América Latina tem contribuído significativamente para a compreensão dos processos de produção das desigualdades entre as classes sociais, auxiliando a elucidar questões relativas à própria (re) produção do sistema capitalista pautado na acumulação do capital, concentração do poder, privilégios e bens materiais dele decorrentes. Com isso, a posição de classe e a reprodução social passam a ocupar papel central na determinação do perfil de saúde das populações (BARATA, 2009).

Essa abordagem parte da crítica à epidemiologia tradicional que investiga os adoecimentos a partir de um olhar sobre as funções biológicas sem se preocupar com a ação dos fatores socioeconômicos e políticos como também contribuintes no processo saúde-doença da população. Desta maneira, a Teoria da Determinação Social nos convoca a apreender os fenômenos sociais concretamente em dada realidade considerando suas múltiplas determinações em contraponto à proposta dos determinantes sociais embasada na ideia clássica, cientificista e linear da causalidade (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

Deriva dessa perspectiva de compreender o processo de adoecimentos entre as diferentes classes sociais, a seguinte afirmação de Fleury-Teixeira e Bronzo (2010)

As condições materiais de produção e as características sociais gerais de uma sociedade são, efetivamente, a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde. É mais do que evidente o grande diferencial de risco ambiental ou físico a que estão cotidianamente submetidos os indivíduos, tanto em seu trabalho como no domicílio e entorno, conforme a sua posição social. Esse gradiente social se manifesta na comparação entre países e no interior dos países, na comparação entre os diversos estratos sociais. A exposição a agentes biológicos, químicos ou físicos danosos, a deficiência nutricional, o desgaste físico generalizado ou o esforço repetitivo e o estresse no trabalho, são características das condições sociais de pobreza ou miséria que ainda acometem a maior parte da população mundial (p. 38).

Além de maior exposição a riscos, a vulnerabilidade a qual estão sujeitas essas classes, repercute na capacidade de lidar positivamente com esses riscos. Por outro lado, também o grau de reconhecimento, o nível de autonomia e de segurança, assim como o balanço entre esforço e recompensa e entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos obtêm no curso de suas vidas são igualmente determinantes das condições de saúde e acompanham do mesmo modo o gradiente social, ou seja, as pessoas nos níveis mais baixos da escala hierárquica de poder na sociedade estão também submetidas aos agravos oriundos da falta de perspectiva e reconhecimento na vida, da frustração e da sensação de injustiça e impotência (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

Deste modo, entendemos que saúde é “a capacidade de lutar contra tudo aquilo que nos oprime” como bem comunicou André Rocha, o então representante da Coordenação Nacional do Setor Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), em entrevista concedida ao Jornal Sem Terra. Essa compreensão da saúde se encontra dentro do conjunto de lutas pela Reforma Agrária que incluem melhores condições de moradia, transporte, alimentação, lazer, renda, trabalho, entre outros aspectos (MST, 2010).

Diante da revisão estabelecida neste tópico, percebe-se que ao *rural* foram atribuídos diversos papéis de acordo com organização social e modelo de desenvolvimento econômico vigentes em cada período histórico, colocando-o em posição de maior ou menor centralidade de sua função na cadeia de reprodução do capital. De modo análogo, das políticas de saúde percorreu diferentes caminhos e lhe foram atribuídos enfoques teóricos e práticos distintos ao longo da história do Brasil até o presente momento, conforme apresentaremos na seção seguinte.

3.2 Políticas de Saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde: conquistas do povo brasileiro

Figura 2 *O SUS é nosso, ninguém tira da gente!*



Ao passo que se faz um resgate do desenvolvimento da política de saúde no Brasil desde as primeiras expressões de um modelo de saúde nacional, é fundamental o esforço para se estabelecer uma análise crítica sobre o papel do Estado na consolidação do setor saúde que mais tarde seria tida como um direito fundamental de todos os brasileiros. Não é suficiente analisar os fatos históricos, se não tomar como referência as relações econômicas e políticas das conjunturas nacional e internacional sob as quais o setor saúde vem se constituindo.

No tocante a este ponto, torna-se fundamental recorrer ao resgate histórico do desenvolvimento das políticas sociais no Brasil para uma compreensão mais apropriada do contexto atual no que se refere à política de saúde voltada à população do campo, da floresta e das águas.

De acordo com Amélia Cohn & Paulo Elias (2005, p. 14-30), a primeira intervenção do Estado na área do seguro social ocorreu em 1919 e foi direcionada para atender aos trabalhadores assalariados acidentados. Em seguida veio o Decreto-lei nº 4.682/1923, que deu origem a primeira Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs), expandindo os benefícios para outras categorias de trabalhadores urbanos. Até então, os trabalhadores e trabalhadoras rurais,

continuavam sem ter seus direitos garantidos já que as CAPs estavam ligadas às categorias profissionais como bancários, ferroviários e outras.

Aos demais brasileiros restavam as intervenções de cunho campanhista realizadas pelo Estado para a saúde da coletividade de indigentes e à assistência prestada pelas Santas Casas de Misericórdia. As ações e campanhas de combate às endemias rurais, evidenciadas principalmente na década de 1950 e no início da década de 1960, estiveram associadas aos projetos e ideologias do desenvolvimento econômico. Entre os argumentos elencados para essas intervenções, estava a recuperação da força de trabalho no campo, a modernização rural, a ocupação territorial e a incorporação de espaços saneados à lógica da produção capitalista (CARNEIRO; BÚRIGO; DIAS, 2012).

No entanto, a concepção de saúde como um seguro social vinculado à previdência social se tornou mais representativa no final da década de 1970 através das Ações Integradas de Saúde (AIS), o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), na década seguinte com o Programa de Interiorização da Assistência e Serviços de Saúde (PIASS) e notadamente com o texto constitucional de 1988, que aboliu as formas de benefícios e prestações de serviços mediante contratos para as categorias de trabalhadores que podiam contribuir para a Previdência Social, propugnando o direito à saúde como universal (SOUZA, 2013; PINHEIRO et al., 2009).

No entanto, durante a década de 1970 e 1980, os países da América Latina passavam por períodos de ditaduras onde suas populações foram brutalmente reprimidas, violentadas e tiveram seus direitos civis, políticos e sociais cerceados. De certo, durante os 21 anos de ditadura militar no Brasil poucos avanços ocorreram no campo das políticas públicas de caráter universal e abrangente como deveria ser a assistência à saúde. Cenário que provocou resposta popular de resistência aos ataques privatistas na saúde e propondo reformas abrangentes não só para o setor da saúde como para a organização da sociedade de maneira geral (ESCOREL, 1999; PAIM, 2008).

Quanto à situação da população do campo, somente no ano de 1971 os trabalhadores/as rurais com carteira assinada formalmente passaram a ter acesso a um modelo de assistência à saúde através da instituição do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) com a Lei Complementar nº 11 deste mesmo ano. Embora tenha sido uma conquista importante para a garantia mínima de acesso à assistência à saúde, o caráter curativista e o modelo de saúde tipicamente urbano, estavam longe de atender às reais necessidades dessa população muito menos ser considerada uma ampliação de direitos sociais (CARNEIRO; BÚRIGO; DIAS, 2012).

No contexto de forte repressão política, violência, abertura ao capital estrangeiro, o setor da saúde também sofria as consequências das opções privatistas, curativistas e individualizadas como se podia observar na instalação do complexo médico-hospitalocêntrico por todo o Brasil. Esse modelo, além de priorizar a ampliação do setor privado em detrimento do investimento em ações de saúde pública abrangentes à maior parte da população, mantinha restritas e pontuais as intervenções preventivas, limitando o acesso aos serviços públicos de saúde apenas ao trabalhador formal e àqueles que pudessem pagar pela assistência (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Nesse período, a insatisfação popular acumulada com o descaso do Estado frente às precárias condições de vida e saúde da população provocou a mobilização da classe trabalhadora, de intelectuais e do movimento estudantil. No campo da saúde, um dos resultados foi a organização do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) que emergiu da efervescência da resistência social e organização política que o país assistia em contraposição aos anos mais truculentos do Regime Militar vigente naquele período histórico (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Apesar de o processo de redemocratização ocorrido no início dos anos 1980, demarcado pelo fim da ditadura militar em 1985, ter representado um novo horizonte de possibilidades na construção de um país formado por *cidadãos*, o cenário pós-ditadura se revelava amplo de contradições em diversos aspectos (PEIXOTO; ARRAIS, 2012).

Como perspectiva crítica no campo da saúde, destacam-se a aglutinação de diversos segmentos no Brasil em torno da questão da saúde pública e a luta pela consolidação de um sistema de saúde universal. Na América Latina, esse período é caracterizado pela emergência de um pensamento em saúde com forte caráter social. São relevantes os estudos de Sérgio Arouca e Maria Cecília Donnangelo no Brasil, Jaime Breilh no Equador, Asa Cristina Laurell no México, entre outros (RÜCKERT, 2012).

Já no final da década de 1980, as mobilizações sociais de resistência e crítica ao modelo de saúde imposto pelo Estado nesse período seguiam tomando fôlego e pautando incansavelmente a necessidade de uma reforma geral no modelo de sociedade que incluía, certamente, uma reforma urgente no setor da saúde. A organização política de trabalhadores, professores, usuários e representantes de movimentos sociais culminou em ampla participação da sociedade civil organizada na emblemática VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986. (L'ABbate, 2010).

Assim, foi durante a CNS/86 que questões fundamentais vieram a ser pautadas a partir de ampla participação dos movimentos sociais e sociedade civil (cerca de 4000 pessoas) em

torno do Direito à saúde, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial, cujo principal resultado foi a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1986; L'ABbate, 2010; PEIXOTO; ARRAIS, 2012).

Segundo Paim (2008), o texto apresentado no Relatório Final da 8ª CNS, conteúdo resultante dos debates, mesas-redondas, grupos de trabalho e aprovado em plenária final da conferência, trouxe uma compreensão de saúde com forte influência da perspectiva da determinação social do processo saúde-doença em construção pela Saúde Coletiva no Brasil e na América Latina, desde os anos 1970. Assim, dentre os 13 itens relativos ao *Direito à Saúde*, destacamos os seguintes pontos

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, das quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida [...] devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas; o direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional; há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais [...] as limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural; as desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 04-08).

No entanto, por mais expressiva que tenha sido a organização política dos movimentos sociais e da sociedade civil, após a aprovação e divulgação deste relatório, assistimos ao retrocesso impulsionado pelas elites políticas e agrárias desse país, sob a égide do governo Fernando Collor de Mello, que foi a supressão do *acesso e a posse da terra* como um dos fatores condicionantes da saúde. Não tardou para que um movimento de *contrarreforma*, financiado e apoiado pelo Banco Mundial, avançasse com intenção de restringir os direitos sociais defendidos pelo MRSB através de programas e ações focalizadas, direcionadas à população mais pobre e que valorizavam a participação do setor privado no campo da saúde (L'ABbate, 2010; SOUZA, 2013; RIZZOTTO, 2012).

Durante o processo constituinte, a pressão dos movimentos sociais junto aos parlamentares, garantiu a inclusão no *Título VIII – Da Ordem Social* de um capítulo (II) específico sobre a Seguridade Social. Estabelecida no artigo 194 como sendo “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os

direitos relativos à saúde, à previdência social e à assistência social” (BRASIL, 1988; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Para Fleury e Ouverney (2008) a inclusão da previdência, da saúde e da assistência social como partes da seguridade social foi a introdução da noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restritos à população beneficiária da previdência. Acrescentam que

O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nessa área, uma perspectiva ‘publicista’ de co-gestão governo/sociedade e um arranjo organizacional descentralizado. Esse novo modelo foi expresso nos princípios organizadores da seguridade social: uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; equidade na forma de participação do custeio; diversidade na base de financiamento; gestão quadripartite, democrática e descentralizada, com participação dos trabalhadores, empregadores, dos aposentados e do governo em órgão colegiados (p. 37).

Conforme complementa Melo (2005), a saúde deve ser entendida como um direito social que ultrapassa existência de ações específicas de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação. Pois, os fatores que interferem na condição de saúde envolvem os aspectos do trabalho, da educação, moradia, questão ambiental, bem como as demais necessidades indispensáveis ao prosseguimento da vida com um mínimo de qualidade. Entende-se com isso que a saúde enquanto direito social, é ponto de convergência entre diversas políticas sociais.

A Constituição Federal de 1988 – a *Constituição Cidadã* como ficou conhecida, representa um marco na história de conquista dos direitos sociais no Brasil e no que concerne à saúde, definiu-se que deveria ser garantida mediante políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

De acordo com Souza (2013), no entanto, é comum, principalmente entre trabalhadores/as rurais, atribuir-se à “política social o significado de política de combate à pobreza ou políticas assistenciais”. A autora relaciona essa confusão como decorrência de dois fatores. O primeiro tem origem econômica, porque no campo brasileiro, até hoje, se convive com os mais elevados níveis de pobreza, desigualdade e violação dos direitos humanos, marcadamente com os conflitos agrários. O segundo é de origem política. Até hoje os governantes brasileiros não quiseram enfrentar as desigualdades e a pobreza rural pela via da Reforma Agrária, fortalecimento da agricultura familiar camponesa e garantia de direitos sociais.

Desta forma, é questionável a efetivação da *saúde para todos como dever do Estado* num contexto político-econômico neoliberal que veio a se desenvolver nos anos seguintes no Brasil. Desta feita, como bem identifica Carneiro (2010), não se pode esquecer que a “criação do SUS foi resultado de um movimento que se apresentou na contracorrente das reformas de saúde de cunho neoliberal, baseadas no conceito de ajuste estrutural defendida pelo Banco Mundial na década de 1980” (SOUZA, 2013).

De um lado, avançava-se no plano legal de garantia e ampliação dos direitos trabalhistas e sociais – incluindo a saúde, de outro, as reformas neoliberais progrediam na desregulamentação e privatização dos direitos sociais, bem como na seletividade e focalização das políticas sociais através das denominadas políticas de *combate à pobreza*, termo adotado pelos países *em desenvolvimento* a partir de orientações do Banco Mundial (PEIXOTO; ARRAIS, 2012). Nesse sentido, Puccini e Cecílio (2004, p.1350 *apud* Brito-Silva, Bezerra e Tanaka, 2012) refletem que “a ética do direito à saúde abrangente e radical é, no seu âmago, antagônica à lógica social de funcionamento do sistema capitalista”.

Brito-Silva, Bezerra e Tanaka (2012), partindo da ótica de Norberto Bobbio acrescentam que a concorrência entre os direitos é um dos entraves na sua garantia; o reconhecimento do direito de alguns é o conseqüente suprimento do direito de outros. Para o autor, o direito à saúde, classificado entre os direitos sociais, faz parte do conjunto de direitos mais difíceis de serem protegidos, se comparado aos direitos civis e políticos. No entanto, a garantia da saúde como um direito universal e integral está diretamente vinculada à responsabilidade política, econômica e social que o Estado brasileiro vem a exercer a partir da CF/88.

Nesse contexto, o SUS foi implantado enquanto modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil através da promulgação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990 - posteriormente complementada pela Lei nº 8.142 do mesmo ano. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes, a fim de garantir o direito à saúde em todo território nacional, a instituição do SUS, gerou uma nova necessidade de revisão do modelo assistencial estabelecendo outra lógica de cuidado pautada em ações preventivas, de promoção à saúde além do tratamento e da reabilitação (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Tendo em vista, ainda, que a década de 1990 foi marcada pela expansão do modelo capitalista em diversos países da América Latina, o Estado brasileiro assumiu a mediação entre os interesses do capital internacional e as reivindicações da classe trabalhadora via elaboração de políticas sociais de caráter restrito e focalizado. Desta maneira, deve-se levar em conta que a concretização de um Sistema de Proteção Social a partir da Constituição,

ocorreu através da instituição de políticas sociais em diferentes âmbitos – educação, habitação, assistência social, previdência e saúde – e estão submetidas às ações de diferentes instâncias e interesses – Estado, sociedade e o mercado (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012; FLEURY; OUVÉRY, 2008).

Em se tratando da política de saúde como uma ação de proteção social, ao *Estado* coube à definição de normas e obrigações (portarias, decretos, leis), recolhimento de recursos para alocação em ações programas, estímulos à produção de bens e serviços, criação de serviços de atenção e instrumentos legais que sancionam o acesso além de desenvolver tecnologias e formar recursos humanos para a saúde. Tarefa esta também destinada ao *mercado* que, além disso, produz insumos, oferece serviços de seguro e participa da oferta de serviços – de maneira complementar ao Estado. Sendo função da sociedade como um todo, financiar e contribuir com a política por meio do pagamento de impostos, assumir atitudes e valores em relação à saúde individual e/ou coletiva (FLEURY; OUVÉRY, 2008).

A partir da institucionalização do direito à saúde via política de saúde, o Estado instituiu mecanismos e lançou mão de ferramentas para garantir a efetividade do SUS. Destacam-se as esferas legais, organizativas e participativas como pilares estruturantes do sistema de saúde brasileiro. Pois, asseguram à criação de políticas setoriais – saúde da mulher, saúde da pessoa idosa, da população negra, sobre álcool e outras drogas, da população do campo, entre outras – de modo a favorecer a universalização, descentralização, hierarquização, regionalização de ações e serviços bem como promover a integralidade e equidade da atenção à saúde promovendo espaços de participação social (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Porém, as diversidades do SUS na prática por todo território nacional são imensas. Ou seja, a forma como ele se concretiza nas diferentes regiões, estados, municípios e comunidades dependem da atuação de vários fatores e sujeitos. Embora esteja regida pelos mesmos princípios e diretrizes, a lógica de organização varia de acordo com a natureza atenção prestada (ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência, domiciliar); o nível de complexidade do serviço (atenção primária, média e altas complexidades); enfoque das ações (grupos populacionais, agravos, áreas específicas) havendo tensionamento entre essas lógicas que repercutem no planejamento, gestão, financiamento e qualidade da atenção oferecida (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Observa-se também que os serviços não se distribuem uniformemente pelo país, o que produz desigualdade na oferta de serviços. Apesar de dados conferirem aumento na expansão dos estabelecimentos de saúde em todas as regiões como demonstrou a Pesquisa de

Assistência Médico-Sanitária realizada pelo IBGE segundo a qual em 2002 havia 146 municípios sem estabelecimentos de saúde ativos e em 2005 esse número reduziu para sei municípios nessa situação, sabe-se que a distribuição espacial desses estabelecimentos ainda é bastante desigual (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Em consequência às históricas e recorrentes escolhas políticas, os serviços públicos de saúde, além de insuficientes, encontram-se em estado de sucateamento. Constata-se também distribuição desigual dos equipamentos de saúde no país quando se consideram as especificidades regionais e o contexto rural em relação ao urbano. Essas disparidades são mais evidentes nas regiões Norte, Nordeste e interior da Amazônia onde as desigualdades de oferta e acesso aos serviços de saúde atingem de forma mais acentuada os residentes nas áreas rurais. Aqueles que residem nos 10% dos municípios brasileiros menores também sofrem com a ausência e má distribuição de médicos e outros profissionais de saúde (BRASIL, 2012).

Embora as reformas gerais defendidas pelo MRSB na década de 1980 tenham sido interrompidas e substituídas por uma reforma parcial restrita ao setor da saúde no âmbito administrativo e gerencial, que não modificou o caráter patrimonial e cartorial do Estado brasileiro não há como negar o fruto importante desse período: o SUS. Porém, o movimento de contrarreforma nos anos 1990 no sentido de desmontar o arcabouço legal do referido sistema e travar, na prática, a sua implementação uma vez que já passaram mais de 25 anos da criação do SUS, este ainda está longe de materializar a maioria dos seus princípios e diretrizes constitucionais (RIZZOTTO, 2012).

Sabe-se que a sociedade brasileira acumula anos de políticas públicas conservadoras, que a democracia ainda é um objetivo a ser atingido e que são necessárias lutas sociais cada vez mais amplas e articuladas com os canais de participação política para que os direitos sejam alcançados (CARNEIRO JÚNIOR; SILVEIRA, 2003). Porém, após décadas de privilégio à atenção hospitalar, herança da medicina previdenciária, em que a alocação de recursos federais em estados e municípios se dava com base principalmente na produção de serviços e na capacidade instalada, os esforços, programas e investimentos públicos, com a instituição do SUS, passaram a se concentrar na estruturação de um novo modelo de saúde que teria como base a Atenção Primária à Saúde (APS) conforme discutiremos a seguir.

3.3 A Atenção Primária à Saúde no Brasil: precedentes, atuantes e avanços na garantia do direito à saúde

Figura 3 *Des(pre)tensão.*



No Brasil, a forma de organizar os serviços a partir de uma rede básica, remonta às primeiras décadas do século XX quando Carlos Chagas começou a implantar os Postos de Saneamento e Profilaxia Rural nas regiões periféricas do Rio de Janeiro objetivando eliminar certas doenças na época consideradas prioritárias como a malária e a doença de Chagas. Esses postos foram instalados em outras capitais e interiores do país com o apoio da Fundação Rockefeller que incentivava ações de saúde através do financiamento de expedições aos locais mais extremos do país bem como das ações de saúde necessárias à manutenção da mão de obra dos trabalhadores como foi o caso do ciclo da borracha na Amazônia (CAMPOS, 2006).

Os Postos de Saneamento serviram de alicerce para a instituição dos Centros de Saúde na década de vinte que perdurou até aproximadamente os anos 1970 como sendo o espaço consagrado para as ações de saúde da Atenção Primária no Brasil. No entanto, a evolução do modelo de APS não se manteve numa crescente por todo período histórico tendo havido momentos de descaso com as ações básicas preventivas como ocorreu entre as décadas de 1950 e 1970 quando houve grande investimento em práticas curativas, hospitalocêntricas e na

medicina previdenciária que estruturavam o complexo médico-industrial em detrimento da saúde pública (CAMPOS, 2006).

Também não é recente na história de outros países intervenções e cuidado à saúde com objetivo de prevenir doenças e promover saúde sendo realizadas por profissionais não médicos e/ou pelos próprios moradores sem formação em saúde. Tem-se, portanto, diversos exemplos prévios de ações de saúde comunitária que exerceram forte influência na elaboração e definição do que se conhece hoje como Atenção Primária à Saúde (APS) como são os casos mais conhecidos dos *feldsher* na Rússia e alguns países da Europa central e os *médicos descalços* na China em 1965. Em ambos, as pessoas recebiam uma formação médica mínima para levar cuidado às áreas rurais ou comunidades remotas buscando resolver os problemas básicos de saúde nos locais mais isolados (AGUIAR, 2007; ISTÚRIZ, 2015).

No contexto da América Latina, o exemplo da *medicina simplificada* na Venezuela a partir de 1962, embora menos difundido, também teve como propósito garantir o cuidado à saúde das comunidades rurais através do treinamento dos camponeses para serem auxiliares da medicina simplificada chegando a cobrir cerca de 3000 ambulatorios rurais. A caracterização e análise da APS nos 12 países latino americanos estão retratadas no livro *Atención Primaria de Salud em Suramérica* recém-lançado no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) (ISTÚRIZ, 2015).

Entretanto, o marco da propagação mundial de que os sistemas de saúde de todos os países deveriam ter como base a APS foi a I Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde realizada em Alma-Ata no Cazaquistão em 1978 a convite do governo soviético. A Declaração de Alma-Ata que foi fruto desta Conferência teve um papel fundamental na (re) organização dos sistemas de saúde nas décadas seguintes, principalmente nos países da América Latina. Reitera que a saúde deve ser compreendida para além da ausência de doença e que é inaceitável política, social e economicamente a desigualdade de saúde entre países distintos bem como entre a população de um mesmo país (OMS, 1978).

Três questões fundamentais são trazidas nessa Declaração. Em primeiro, está o reconhecimento da saúde enquanto um direito de todo ser humano e o dever do Estado em garanti-la; segundo, reconhece a intersetorialidade como ferramenta para garantir a integralidade e universalidade da saúde; por fim, assinala que a participação social é elemento indispensável na construção social da saúde dos povos. Após Alma-Ata, observam-se em diversos países as tentativas e experiências vinculadas ao conceito de APS principalmente no que se refere à ampliação da cobertura e hierarquização dos serviços de saúde. No caso do Brasil, percebe-se claramente a incorporação dessas orientações de Alma-Ata à instituição

legal da saúde como um direito de todos e dever do Estado com a Constituição Federal de 1988 e aos princípios do SUS regulamentado na Lei 8.080 de 1990 discutidas no tópico anterior (ISTÚRIZ, 2015; OMS, 1978).

Desde então, ancorada nas proposições da Declaração de Alma-Ata, a atenção à saúde no Brasil esteve voltada ao fortalecimento do sistema nacional a partir da estruturação de uma APS consistente que funcionasse como ponto principal e ordenador da rede de saúde. Porém, algumas ponderações são relevantes antes de direcionarmos a discussão para a organização do sistema de saúde do Brasil e sua proposta de modelo da APS.

Contudo, há variadas interpretações possíveis com relação à concepção sobre APS que passam pelo entendimento desta, como nível de atenção; um tipo de abordagem para os problemas de saúde; enquanto programa ou estratégia do sistema de saúde. Além dessas possibilidades de compreensão acerca da função da APS, há também uma questão semântica por trás do termo *primário* que precisa ser olhada, por mais que a princípio não pareça algo determinante no processo de consolidação da APS nos diferentes países. Porém, tem-se que levar em conta a polissemia do termo *primária* acima de tudo por se tratar de uma proposição no âmbito da saúde que lida com tantas diversidades contextuais de necessidades de saúde da população além da capacidade política e econômica dos governos (AGUIAR, 2007; ISTÚRIZ, 2015).

Precisa-se reconhecer a influência deste fato no direcionamento de ações de saúde que, para alguns países estarão pautadas no entendimento do que é *primário* está relacionado a algo fundamental, essencial, primordial ou ainda, ser sinônimo de mínimo, primitivo que requer cuidados básicos. A APS pode apresentar características de um modelo integral, abrangente ou seletiva e restrita com base em cada uma das compreensões, respectivamente. Muitos países optaram pelo segundo modelo, transfigurando a proposta de uma APS integral para uma seletiva através da oferta de pacotes básicos das ações sob a égide do neoliberalismo.

Apesar dessas variações, de modo geral a APS consiste em um modelo de atenção à saúde adotado por diversos países a partir dos anos 1960, com o objetivo de ampliar e efetivar o acesso ao sistema de saúde, bem como propiciar transformações no modelo de atenção à saúde – de curativo, individual e hospitalar para preventivo, coletivo, territorializado e democrático. Esses objetivos marcam o perfil da APS desde as primeiras experiências produzidas a partir das próprias comunidades rurais, das quais se pode observar a potente relação desses campos para o desenvolvimento de uma atenção à saúde que produza vida, valorize as práticas populares e a integralidade do cuidado (RÜCKERT, 2012).

No Brasil, a experiência pioneira que inspirou a organização da atual Atenção Primária, remonta ao ano de 1986 quando no estado do Ceará houve a instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Essa iniciativa foi reconhecida pelo impacto significativo na redução da mortalidade infantil através de ações preventivas de baixo custo e com alta efetividade desenvolvidas por agentes da saúde nos territórios onde moravam (ÁVILA, 2011).

A partir disso, a Atenção Básica (AB) – termo adotado nas políticas oficiais do Brasil – ganha lugar de destaque no ordenamento da assistência à saúde. Seguindo o impulso dado pela criação do SUS, passou a ser estimulado um novo modo de compreender saúde, criando modelos de atenção integrados incluindo a reorganização dos serviços com o objetivo de extrapolar a oferta médico-assistencial-curativa que até então era hegemônica no país. Ao longo da década de 1990 Leis e Normas foram instituídas com vistas à regionalização, hierarquização e municipalização da gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, um importante avanço no aprimoramento e consolidação do SUS foi a implantação nacional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 que propunha o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde através da oferta de informações e orientações sobre o cuidado à saúde junto à comunidade. Uma equipe composta por Agentes Comunitários de Saúde e profissional enfermeiro com ações de saúde junto aos grupos populacionais definidos territorialmente, foi ampliado três anos depois com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) mediante Portaria MS nº 692 de dezembro de 1994. Inicialmente voltado para ampliar a cobertura assistencial em áreas de maior risco social e com condições de absorver a demanda reprimida na APS, apresentou pouca capacidade de garantir a continuidade do cuidado (ESCOREL et al., 2007).

No que se refere ao processo de interiorização e descentralização da APS, se identifica que no primeiro governo Lula, em resposta às reivindicações do Movimento Sindical de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais e Movimentos Sociais do campo e da floresta, o governo federal adotou diversas medidas e iniciativas, como: Portaria 1.432/2003, que atualiza a base de cálculo do Piso de Atenção Básica, incluindo a população assentada entre os anos de 2000 e 2003; Portaria 1.434/2004, que regulamenta o aumento de 50% do valor anual dos incentivos destinados para implantação da estratégia de saúde da família e saúde bucal nos municípios com população residente em assentamentos; bem como determina que os agentes comunitários de saúde da zona rural dos municípios da Amazônia Legal devem acompanhar até 320 pessoas (SOUZA, 2013).

Em 2006, com a criação do Pacto Pela Saúde, o PSF foi definido como Estratégia de Saúde da Família (ESF) o que não significa uma mudança apenas semântica, mas representa um compromisso do Estado, independente da conjuntura de governo, em manter permanentes as ações de saúde da família na agenda nacional enquanto proposta de reorientação do modelo assistencial embora isso não tenha representado um investimento crescente nesse nível de atenção. (ESCOREL et al., 2007).

Essa Estratégia incorporou os princípios do SUS e se aproximou dos pressupostos da APS dimensionados por Bárbara Starfield (2002): primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação às famílias e comunidades, buscando romper com a lógica de uma atenção de baixo custo, simplificada, primitiva e voltada para a população mais pobre.

O governo brasileiro tomou a ESF como espinha dorsal para composição de uma rede de APS ao identificar que esta pode ter grande impacto na redução e no controle de algumas doenças e causas de mortes com oferta de ações de saúde conectadas com o contexto cultural, social e epidemiológico de cada território. Se, por um lado, a expansão da ESF representou avanços ao analisarmos o território brasileiro como um todo, por outro, no caso das populações do campo, esses avanços são limitados em sua capacidade resolutiva, caso não esteja articulada a uma rede de atenção à saúde que dê suporte à continuidade do cuidado que se origina e deve ser coordenado pela APS (CARNEIRO; BÚRIGO; DIAS, 2012).

O reconhecimento do papel que a APS passaria a exercer dentro do sistema de saúde, pactua com a necessidade de fortalecimento e efetivação das diretrizes do SUS principalmente no que se refere à universalidade e integralidade do cuidado. A pesquisa realizada por Bárbara Starfield em 1994 na qual a autora investigou as características de sistemas e unidades de saúde em 12 países industrializados, constatou que mesmo sendo considerados países ricos, o fato de terem baixa orientação para a atenção básica fazia com que países como os EUA apresentassem indicadores de saúde piores que países menos ricos. Com isso, fica evidente que a ausência de uma política que incentive o fortalecimento da APS significa pior resultado de saúde e mais gastos com o setor (CAMPOS et al., 2010).

Além disso, Starfield apontou que a acessibilidade (estrutura), a localização geográfica do serviço, os horários e dias de funcionamento, bem como o processo de utilização dos serviços por parte da população, são elementos essenciais para que a atenção primária seja considerada a porta de entrada do sistema de saúde. Entende-se que a atenção primária resolutiva, implica na ampliação do acesso às demandas dos usuários, o que inclui horários adequados de funcionamento das unidades, acolhimento e atendimento da demanda

espontânea e a capacidade em resolver as demandas trazidas pelos usuários. A capacidade de resposta qualificada depende também da integração com os outros níveis de assistência do sistema de saúde (MALTA et al., 2016).

Com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações, em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Atualmente regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Com a publicação da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde criou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, abrindo a possibilidade de qualquer município do Brasil faça implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família.

Desta forma, a valorização da APS como ponto central na coordenação do cuidado a partir da promulgação do SUS pode ser constatada em iniciativas que deram corpo a este modelo de atenção tais como: a ampliação da Estratégia de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e de Endemias, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dos Serviços de Urgência e Emergência (SAMU, UPAS), da assistência farmacêutica (farmácia básica, farmácias populares, Saúde não Tem Preço), da assistência odontológica (ESB), das vigilâncias em saúde, entre outras que complementam a capacidade resolutiva da APS. A redução dos índices de mortalidade infantil, a erradicação de antigas endemias (febre amarela, cólera, tuberculose), a cobertura do Programa de Imunização também demarcam essas mudanças (SOUZA, 2013).

A última versão da PNAB (2012) apresentou como principais mudanças a inclusão de EAB para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas. Além disso,

reforça as funções da APS de ser base, resolutive, coordenar o cuidado e ordenar as redes de atenção à saúde. Este papel na rede de atenção à saúde se concretiza através do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, na forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais as equipes assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente nos diferentes territórios.

Ao analisarmos esta política, constatamos duas menções às populações do campo. Uma no item relacionado ao *Cálculo do teto das equipes de Atenção Básica* no qual deve estar baseada a definição do teto máximo de equipes de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde, de equipes de Saúde Bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a outra menção se encontra no tópico *Compensação de especificidades regionais* ao tratar dos recursos transferidos aos municípios com o objetivo de responder a especificidades de populações ou situações que exigem maior aporte de recursos, mas que não são devidamente contempladas nos demais componentes do Bloco AB como está descrito abaixo

Agentes comunitários de saúde – o número máximo de ACS pelos quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população/400. Para municípios dos Estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula será: população da área urbana/400 + população da área rural/280 (p.79).

Os municípios podem receber um recurso complementar aos demais componentes do Bloco AB relacionados ao enfrentamento de especificidades geradoras de iniquidade, tais como: municípios mais pobres, com piores indicadores e maiores necessidades; municípios com maiores dificuldades de atração e fixação de profissionais e municípios isolados ou com problema de acesso; qualificação da atenção a populações sazonais, rurais, quilombolas, tradicionais, assentadas, isoladas; projetos cuja implantação se dá mediante adesão e estão ligados ao enfrentamento da iniquidade por meio de ações de educação permanente, fortalecimento, modernização e qualificação da gestão, implantação de ações e alternativas que enfrentem entre os municípios iniquidades ligadas a qualquer um dos temas citados ou outros (p. 85).

Considerando ser este o documento legal que orienta a conformação, organização e funcionamento dos serviços da APS, percebe-se uma visão restrita quanto às necessidades de saúde dos povos do campo. Pois, como descrito acima, a garantia de uma APS efetiva a esses territórios, ainda se restringe aos âmbitos do financiamento e do cálculo somente para estabelecimento do número de pessoas por ACS. Não queremos com isso diminuir a importância de tais aspectos enquanto fundamentais à concretização da política, mas alertar para a necessidade de continuar avançando com respostas suficientes a alterar o quadro histórico de exclusão desse segmento populacional com relação ao direito à saúde.

Da mesma maneira, buscamos identificar nos Cadernos de Atenção Básica *Diretrizes do NASF* (nº 27 de 2010) e no *NASF – Volume 1: ferramentas para a gestão e para o*

trabalho cotidiano (nº 39 de 2014) se havia alguma referência às especificidades dessas equipes quando o contexto de atuação fossem as comunidades que vivem no campo. No caderno nº 27, localiza-se dois momentos em que se abordam a atuação em áreas rurais quando discorrem sobre as ações de *Reabilitação e Prevenção* ao ressaltar “a necessidade de parcerias com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, que desenvolvem ações para a segurança e a saúde nos ambientes de trabalho, prevenindo acidentes e doenças profissionais, tanto nas cidades quanto nas áreas rurais” e quando diz que o NASF deve

Desenvolver ações juntos com as equipes de SF para a identificação, no território, de adolescentes em abrigos, instituições de semiliberdade, liberdade assistida, casas lares ou que vivam em situação de vulnerabilidade, como os que vivem nas ruas, em acampamentos *rurais*, os que são deficientes, os que têm transtornos mentais, que sofrem exploração sexual, articulando também parcerias com os Creas, Cras, instituições religiosas, associações comunitárias, clubes, entre outras, para a garantia da atenção integral (p 106).

Enquanto isso, nenhuma citação aparece em todo o conteúdo do caderno nº 39, fator preocupante, pois nele são trazidas recomendações para implantação dos NASF, modalidades e composição das equipes, exemplos de ações que podem ser desenvolvidas, entre outras questões relevantes à operacionalização do cuidado no cotidiano.

Reconhecendo-se o potencial de capilaridade e alto nível de aproximação com a realidade de vida das famílias assistidas, representa um instrumento importante na redução da iniquidade e desigualdades regionais existentes quanto à distribuição, organização e prestação de ações na APS principalmente quando se comparam áreas urbanas com rurais.

Uma vez que a dívida histórica do Estado brasileiro com as populações do campo, da floresta e das águas, se expressam na falta de acesso às políticas sociais em especial, neste caso específico, à política de saúde que responda de maneira efetiva às necessidades de saúde prevalente nesses grupos. Essa afirmação está respaldada em estudos que investigaram as condições de vida e acesso à saúde desses povos, concluindo que a população rural vive em condições mais precárias com relação à população urbana de maneira geral (MST, 2010; RUCKERT, 2012; SOARES et al., 2015).

Por outro lado, os movimentos sociais do campo nunca se eximiram do seu papel nas conquistas dos seus direitos e têm buscado ocupar os espaços de representação popular junto ao Estado com o objetivo de qualificar a APS em seus territórios. Como ocorreu durante o 9º e 10º Congresso Nacional de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais em 2005 e 2009, onde a CONTAG reforçou o compromisso com a efetivação do SUS no campo e destacou diversas estratégias e ações para garantir o acesso dos trabalhadores e trabalhadoras rurais à promoção, proteção e assistência à saúde integral. A ampliação da cobertura do Programa Saúde da

Família e do Programa Agentes Comunitários de Saúde no campo, incluindo a saúde bucal; a universalidade e equidade no acesso (justiça social, igualdade para os diferentes); a formação de conselheiros/as de saúde e a intersetorialidade (integração e articulação) das políticas de saúde com outras políticas públicas, como a habitação rural e o saneamento básico (SOUZA, 2013).

E mais recentemente, em dezembro de 2015 aconteceu no Brasil o I Encontro Nacional de Saúde das populações do campo, da floresta e das águas concomitantemente à realização da 15^o CNS. Em consonância com o tema do Encontro *Cuidar, promover e preservar: saúde se conquista com luta popular*, mais de 18 movimentos ligados a esses territórios, formularam um amplo diagnóstico acerca das diversas realidades de saúde em todas as regiões do país desde a organização dos serviços até o impacto do preconceito que sofrem durante os atendimentos com os profissionais de saúde. Deste modo, o material produzido nesses dias de Encontro também deverá subsidiar os gestores no planejamento das ações de saúde que dialoguem com as necessidades trazidas pelos movimentos sociais.

Sem perder de vista os avanços no campo das políticas de saúde desde a instituição do SUS, um esforço maior precisa ser feito em direção aos novos desafios colocados pela complexidade existente na intenção política e social de garantir acesso e qualidade na atenção à saúde das pessoas que vivem, trabalham e estudam em áreas rurais do imenso território brasileiro. Nesse sentido, a ampliação, qualificação e o fortalecimento das ações desenvolvidas na APS através da Estratégia de Saúde da Família são apostas potentes na tentativa de se alcançarem melhores condições de saúde dos povos do campo.

3.4 Práticas de saúde em Assentamentos da Reforma Agrária e a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e das Águas: lutas remotas de uma conquista recente

Figura 4 *Encontros e despedidas.*



As práticas de saúde de caráter comunitário e preventivo junto à população de áreas rurais ou periféricas tiveram inicialmente o objetivo de reduzir o quadro de epidemias que assolavam esses grupos ou ainda no intuito de levar o mínimo de cuidado à saúde considerando o fato de não haver sequer o profissional médico em regiões remotas do país. Sem dúvida, o perfil dessas ações foi se reconfigurando ao longo dos anos principalmente a partir do compromisso constitucional assumido para com a efetivação do SUS. Advém disto, a expansão da Atenção Primária com o investimento na criação de novas equipes de saúde da família, NASF, no fortalecimento da política de educação permanente através dos Programas de Residência Multiprofissionais, dentre outras como tratamos na seção anterior.

Entende-se que as práticas de saúde correspondem ao *cuidado* produzido pelos diferentes sujeitos ao compartilharem do mesmo território e cotidiano de trabalho e vida (profissionais de saúde, famílias assentadas e movimento social). Estas são resultado de um conjunto de atitudes, crenças, valores, ideologia e fazeres apreendidos que estruturam um *modo de agir* através do qual se busca resolver determinado problema de saúde seja no âmbito

individual, ou coletivo. Recorremos ao dicionário para melhor descrevermos o que, para fins deste estudo, se denomina *práticas de saúde*. O termo *prática* pode ser compreendido como 1. Ato ou efeito de praticar. 2. Maneira habitual de proceder. 3. Conversação, palestra, discurso, fala. 4. Pôr em prática, realizar, levar a efeito entre outras.

Envolve, portanto, processos cognitivos, subjetivos, criativos, sociais e políticos demonstrando ser uma questão mais complexa do que se apresenta à primeira vista. Pois, ao mesmo tempo em que, profissionais da APS, atuam conforme orientações gerais da PNAB, precisam também reinventar a prática adequada às diferentes exigências dos territórios rurais que apresentam demandas e produção de cuidado específico em cada realidade.

Desta forma, um processo dialógico se estabelece entre a *atuação individual* do profissional, a *produção de cuidado compartilhada* com outros profissionais e a *demanda* por parte dos usuários. Diante disto, algumas inquietações surgem com relação à resolutividade, integralidade e a práxis decorrentes das ações desenvolvidas em unidades de saúde da família rurais, considerando as fragilidades existentes na formação em saúde, na gestão do cuidado e na estruturação das redes intersetoriais.

Em 2005, o Coletivo Nacional de Saúde do MST elaborou o *Caderno Relato das Experiências em Saúde do Movimento Sem Terra*, no qual sistematizou experiências e depoimentos dos Coletivos Estaduais de Saúde do MST. De acordo com essa publicação, as experiências do MST relacionam-se principalmente à convivência e ao cuidado entre militantes e familiares em caso de adoecimento, à promoção de hábitos saudáveis, à efetivação do direito à assistência em saúde, ao preparo de remédios à base de plantas medicinais, cuidado com alimentação, com a higiene e com o ambiente, oficinas com a juventude sobre sexualidade, cuidado com pessoas com transtorno mental e inserção nas lutas e processos organizativos do próprio MST (MST, 2005).

A perspectiva de saúde trazida pelo Setor de Saúde do MST se insere na luta pela reforma agrária e reforma sanitária ao defender que

Uma sociedade com saúde é onde homens e mulheres vivem com liberdade para participar e ter seus direitos respeitados. Onde a renda e a riqueza sejam distribuídas com igualdade. Com Terra, Trabalho, Moradia, Educação, Lazer, Saneamento Básico, Transporte, Saúde Pública, Cultura, Meios de Comunicação, energia elétrica – onde haja Justiça, Igualdade, Participação e Organização (MST, 2000, p.12).

Acrescenta-se a essa reflexão as contribuições de Roseni Pinheiro (2009) ao chamar atenção para a produção social da demanda e das necessidades de saúde relacionando-a a oferta do cuidado por parte dos profissionais. A autora propõe que as categorias *demanda* e

oferta sejam compreendidas a partir do processo dinâmico que se estabelece na presença uma da outra e as determinam mutuamente. Assim, a proposta de analisar as práticas de saúde deve levar em conta a perspectiva dos diferentes sujeitos envolvidos na produção do cuidado, a compreensão que têm sobre o processo saúde-adoecimento, as diretrizes das políticas nacionais para organização dos serviços, além da influente categoria *poder* enquanto construtora das relações sociais estabelecidas nos espaços de efetivação do direito à saúde.

Faz-se apropriado nesse ponto da discussão, o estabelecimento da correlação entre ações de saúde e a forma de compreender as necessidades de saúde tendo que se levar em conta a pluralidade dos espaços nos quais as pessoas constroem suas relações sociais. Segundo Stotz (1991 p. 420), “as necessidades de saúde configuram-se como categorias sociais e são construídas historicamente”. Apesar de ser um conceito amplo, sua aplicabilidade ainda é um desafio, pois o modelo de sociedade capitalista impõe barreiras ao acesso à alimentação, habitação, organização social e aos demais elementos que colaboram para a restrição às boas condições de vida da classe trabalhadora.

Com relação à condição de saúde das populações do campo, o Grupo de Trabalho de medicina rural deu visibilidade ao fato de essas apresentarem, em geral, índices de saúde e de determinantes sociais piores que as urbanas; alguns tipos de problemas de saúde (doenças, acidentes, exposições) são mais frequentes em áreas rurais; as taxas de cobertura preventiva são piores em áreas rurais e a auto-avaliação da saúde também é pior nesta população. Tais apontamentos indicam que as equipes devem ter capacidade de realizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos que, em áreas urbanas comumente seriam encaminhados para outros locais do sistema. (SBMFC, 2011).

Pesquisas realizadas sobre a qualidade de vida em assentamentos formados entre 1995 e 2001, constataram que “32% dos assentamentos não tinham casa definitiva; 49% não possuíam água potável; 55% não possuíam eletricidade; 29% das famílias com filhos em idade escolar não tinham acesso à escola de ensino fundamental; 77% não tinham acesso ao nível médio; 62% dos assentamentos não tinham atendimento de saúde emergencial” (MST, 2010, p 20-21). Os estudos de Carneiro, 2007; Scopinho, 2010; Riquinho; Gerhardt, 2010; Córdova; Ribas; Wosny, 2011 e Soares et al. 2015, também constataram as condições de exclusão e discriminação em que vivem a população do campo, principalmente, nos acampamentos e assentamentos rurais ligados ao MST.

Quanto ao perfil de morbi-mortalidade das famílias que vivem em acampamentos e assentamentos da Reforma Agrária, foi identificada através de pesquisa realizada em 1999 a prevalência das doenças respiratórias (especialmente, entre as crianças e os idosos),

dermatológicas, infecto-parasitárias, cardiovasculares e osteomusculares. Os coeficientes de mortalidade, geral e infantil, e os índices de morbidade eram superiores à média nacional e não existiam programas e ações de planejamento familiar, saúde da mulher e doenças sexualmente transmissíveis. Observa-se, portanto, a incidência significativa de doenças negligenciadas muito relacionadas à pobreza, às precárias condições de trabalho, falta de acesso a terra e rede de abastecimento de água (SCOPINHO, 2010; SOARES et al., 2015).

Somam-se a isto, os impactos socioambientais do modelo de produção agrícola hegemônico (agronegócio) que coloca essa população em condição ainda maior de vulnerabilidade e exploração a cargo da monocultura para exportação, uso indiscriminado de agrotóxicos, entre outros fatores que agem direta ou indiretamente na saúde dos/as trabalhadores/as rurais. Além das necessidades de acessar a saúde por meio da assistência de uma equipe, carecem de condições adequadas para produzir e comercializar (crédito, tecnologia e assistência técnica), de infraestrutura para viabilizar a vida social (moradia, energia elétrica, água, estradas, transporte, educação, assistência à saúde) e ferramentas para superar a cultura de submissão e dependência que individualiza e naturaliza os agravos à saúde (CARNEIRO; BÚRIGO; DIAS, 2012; SCOPINHO, 2010).

A precariedade das condições de trabalho e vida no meio rural é evidenciada na impossibilidade e/ou dificuldade de acesso aos serviços básicos, especializados e nas barreiras culturais que distanciam os usuários dos profissionais. A própria dispersão territorial, o despreparo das equipes para abordar os agravos à saúde relacionados ao uso indiscriminado de agrotóxicos e o próprio conflito gerado na luta pela terra, se configuram como desafios a serem superados na defesa da saúde do trabalhador rural brasileiro. Tendo em vista que a saúde deveria ser o resultado de políticas econômicas e sociais voltadas para a equidade e justiça social, faz-se necessário superar o atual modelo de desenvolvimento econômico capitalista e construir relações sociais pautadas nos princípios de solidariedade, coletividade e organização política, sobretudo no âmbito da política de saúde (SCOPINHO, 2010).

Deste modo, é possível afirmar que os (as) camponeses, populações atingidas por barragens, extrativistas, pescadores, ribeirinhos, quilombolas, indígenas, dentre outras continuam ocupando o lugar de maior invisibilidade frente às políticas públicas do Estado (CARNEIRO et al., 2014). A constatação dessa situação de negligência à saúde desses povos vem sendo amplamente pautada pelos movimentos sociais ligados às comunidades do campo, floresta e águas que historicamente foram protagonistas nas conquistas dos direitos sociais até aqui adquiridos a custo de luta e organização.

Outra pesquisa relacionada à produção de saúde em áreas de assentamento rural revela a pouca organização entre os assentados no sentido de fortalecer as práticas tradicionais e populares de cuidado entre eles, a ideia de saúde baseada no modelo biomédico; escassez de ações de educação popular e promoção à saúde, vínculo precário entre os assentados e os profissionais de saúde da USF e insuficiência de ACS uma vez que, apenas uma estava responsável pelo acompanhamento de 72 famílias em território extenso com dificuldade de transporte para deslocamento entre as casas (BATISTA; ALBUQUERQUE, 2014).

Além disso, quando se faz um recorte territorial das ações de saúde na APS para população que vive em área rural, surgem outros entraves que terminam por fragilizar ainda mais a estruturação de serviços de saúde acessíveis, universais e equânimes. Córdova; Ribas; Wosny (2011) ao estudarem a realidade de saúde de assentados, trazem que as principais dificuldades quanto ao acesso aos serviços da APS são principalmente com relação à distância, desconhecimento por parte dos gestores e profissionais sobre a realidade do assentamento, falta de ACS da comunidade, a USF funciona como um *quebra-galho* e segue os mesmos programas propostos para área urbana.

Decerto, um dos principais avanços em termos de garantia de acesso à saúde desde a implantação do SUS foi a expansão da ESF por todo o Brasil, em especial para os assentamentos da Reforma Agrária e comunidades quilombolas. Contudo, a ampliação dessa Estratégia ainda não significa que os déficits históricos com as populações do campo tenham sido superados. Pelo contrário, ainda há descontinuidade do cuidado em rede, descaracterização das ações desenvolvidas na APS, modelos de atenção à saúde que não dialogam com a realidade sociocultural, além da fragmentação nas iniciativas que contribuem para altos níveis de exclusão e discriminação que esses povos ainda vivenciam (CARNEIRO; BÚRIGO; DIAS, 2012).

Do ponto de vista da implantação de uma política nacional de saúde específica para atender às necessidades dos povos do campo, da floresta e das águas, pode-se dizer que o Estado brasileiro esteve em déficit com essas populações uma vez que demorou mais de 20 anos após a criação do SUS para assumir o compromisso com a saúde das famílias do campo. Não surpreende por completo este fato, quando damos luz ao processo de construção sócio-histórica do país desde os tempos de colônia no que se refere ao sistema político, à economia, à questão agrária e ao papel *dos brasis rurais* nas diversas conformações conjunturais que atravessam a nossa história conforme abordamos no item 4.1.

Fernando Carneiro (2007) dedica parte da sua tese intitulada *A Saúde no Campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “boias frias” em Unai, Minas Gerais,*

à descrição e análise das políticas oficiais de saúde para as populações rurais do início do século XX até a criação do SUS e observou que estas, sempre estiveram associadas aos interesses econômicos hegemônicos visando à garantia da mão de obra sadia para a exploração dos recursos naturais – como foi no caso da exploração da borracha; ou para apaziguar os ânimos dos movimentos sociais do campo – como ocorreu com as Ligas Camponesas e a consequente criação do Funrural.

Sabe-se também que os maiores avanços das políticas oficiais de saúde para o campo ocorreram nos períodos históricos em que os trabalhadores rurais estavam mais organizados e conseguiram dar voz às suas necessidades ao tensionar o Estado. Advindo disto, respostas concretas através da ampliação da participação em espaços de decisão e elaboração das políticas públicas. A partir da VIII CNS, que garantiu a participação social enquanto um dos princípios do SUS, as questões de saúde do campo vêm sendo ressaltadas em várias propostas, reforçando a necessidade da implementação de medidas para garantir o acesso dessas populações aos serviços e ações e de saúde (CARNEIRO, 2007; PINHEIRO et al., 2009).

Um exemplo disto foi a criação do Grupo da Terra instituído pela portaria nº 2.460, de 12 de dezembro de 2005 do Ministério da Saúde com a finalidade de formular a Política Nacional de saúde para a população do campo, cabendo a este grupo também o papel de monitorar a implementação desta política bem como estabelecer as relações intersetoriais necessárias para assegurar sua efetivação. Grupo este composto por representantes de órgão governamentais e dos diversos movimentos sociais entre eles o MST, a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), Comunidades remanescentes de quilombos – CONAQ e Conselho Nacional de Seringueiros (BRASIL, 2005).

Assim, após seis anos de debates e negociações entre os representantes dos diversos movimentos sociais e do Ministério da Saúde que compõem o Grupo da Terra (Portaria MS nº 2460/GM, de 12/12/05), foi instituída no âmbito do SUS pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011 a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta e das Águas (PNSIPCF). Em 2014, a portaria inicial foi alterada pela Portaria nº 2.311 para inclusão explícita dos povos *das águas* passando a vigorar desde então como Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA).

A PNSIPCFA tem como objetivo melhorar o nível de saúde dessas populações por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual. Esta política visa também ao aprimoramento da

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para garantir o acesso dessa população aos serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das suas necessidades. Porém, não propõe um modelo de APS para as populações do campo, sem apresentar adequações de configurações das equipes (SF e NASF), infraestrutura e horários de funcionamento das Unidades de Saúde, propostas de ações nos territórios ou qualquer outro aspecto que defenda um formato próprio para esses territórios (BRASIL, 2013).

Por outro lado, como trouxemos no item 4.3, as especificidades da população do campo não estão previstas no elenco das ações de saúde definidas na PNAB. No item que apresenta a atribuição de cada profissional, é possível constatar que não há menção às atividades em conformidade com as realidades do campo refletindo a ausência de diálogo entre as políticas que têm a mesma população como foco das ações. Apesar da notória incipiência das ações de saúde na APS rural, não podemos perder de vista a indicação de que ela seja “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a *promoção* e a proteção da saúde, a *prevenção* de agravos, o diagnóstico, o *tratamento*, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde”. Deve também cumprir o papel de ser base, resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes de saúde (BRASIL, 2012).

De modo a assegurar que essas funções ocorram na prática, em geral, deve haver uma ampliação da escala de habilidades no que diz respeito ao manejo integral e sócio-familiar da pessoa, incluindo competência dialógica intercultural; o tempo e ritmo de manejo de problemas de saúde costumam ser diferentes, como no caso de emergências que necessitam estabilização inicial antes do transporte para outros pontos do sistema de saúde ou outros profissionais; o profissional de saúde rural costuma agir mais em situações de relativo “isolamento” ou com equipes menores e recursos restritos. Isto torna o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade ainda mais importantes e a relação com as comunidades costuma ser mais próxima (SBMFC, 2011).

Além disso, o aprimoramento da saúde rural deve estar associado a uma forte orientação do sistema de saúde para atenção básica e capacidade de apreender as reais necessidades das comunidades. O cuidado centrado na comunidade com competência cultural devem ser princípios de todas as políticas de sistema de saúde, sobretudo no que concerne à atenção às populações rurais e suas distintas realidades (TARGA et al., 2014).

Para tanto, a existência da PNSIPCA está sustentada na evidência das desigualdades sociais e necessidades em saúde desses povos ao longo de todo o texto da política em decorrência do caráter participativo dos movimentos sociais na sua elaboração. Defende-se através dela, uma atenção à saúde que inclua a diversidade dos povos que habitam o território

nacional fazendo jus aos princípios do SUS da universalização, equidade e participação social. Levando em consideração que a população rural brasileira caracteriza-se por essa diversidade de raças, etnias, povos, religiões, culturas, sistemas de produções e padrões tecnológicos, segmentos sociais e econômicos, de ecossistemas e de uma rica biodiversidade, fica estabelecido no âmbito dessa política que

As populações do campo e da floresta são caracterizadas por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. Neste contexto estão os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo. Estão ainda as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras (BRASIL, 2013 p. 8).

Está expressa na PNSIPCFA a necessidade de superar do modelo de desenvolvimento agrícola hegemônico na busca de relações homem–natureza responsáveis e promotoras da saúde que respeitem a cultura, tradição, costumes, crenças e práticas populares de saúde desses povos para que se fale em qualidade de vida nesses territórios. A Política aponta quatro eixos estratégicos para a sua operacionalização que são: acesso à atenção à saúde; ações de promoção e vigilância em saúde; educação permanente e educação popular em saúde; monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços de saúde. Dentro do eixo relativo ao acesso, encontra-se o direcionamento para ampliação da Atenção Básica (BRASIL, 2013).

A partir da implantação da PNSIPCFA uma grande expectativa em relação ao alcance do SUS foi criada pelas populações do campo, da floresta e das águas tendo em vista o árduo caminho percorrido até aqui a custa de luta e organização popular. Por outro lado, aumenta a responsabilidade seja dos três entes federativos no cumprimento de suas atribuições enquanto governo, mas também por parte dos movimentos sociais que desempenham importante papel no monitoramento efetivo que garanta a implementação da política em cada canto desse país.

No sentido de efetivar a PNSIPCFA através da Educação Permanente, destaca-se a abertura do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na população do campo no ano de 2015 com o propósito de qualificar profissionais para atuarem em áreas rurais com população assentada e quilombola. Essa iniciativa assume um papel significativo no compromisso de fortalecer a política de saúde para população do campo uma vez que prioriza a formação em serviço com foco no trabalho em equipe, na intervenção baseada na realidade, formação política e reflexiva acerca da determinação social do processo saúde-doença, utilização de tecnologias de cuidado variadas para auxiliar no manejo das demandas de saúde mais relevantes desses territórios.

No entanto, apesar dos esforços adotados por gestores comprometidos com o SUS para dar efetividade aos princípios da universalidade e da equidade, estes se mostram bastante aquém da necessidade de garantir ações e serviços de saúde integrais para as populações do campo, florestas e águas considerando as disparidades locorregionais de conformação do sistema. Pois, essas populações estão em sua grande maioria em municípios com até 50 mil habitantes, onde predominam práticas políticas conservadoras, pouca infraestrutura e menor rede de serviços de saúde instalada, apresentando indicadores de saúde mais baixos que os moradores das cidades. Cenário bastante expressivo nas regiões Norte e Nordeste comparado às demais regiões do país (SOUZA, 2013).

As características relatadas acima reforçam a condição de maior fragilidade em que a população do campo vive e apontam para a necessidade criar novos *modos de fazer saúde* sintonizados com as situações concretas de trabalho, lazer, educação, transporte e moradia dessas famílias. Desvelar essa questão implica em rediscutir o cuidado à saúde ofertado pelas equipes da atenção básica em áreas rurais no que tange ao horário de funcionamento das USF, à composição das equipes e da distribuição populacional por ACS. Representa, portanto, fortalecer a atenção básica, reestabelecer as ações de saúde com base popular, promotoras de relações sociais emancipatórias baseadas no vínculo, na postura acolhedora, confiança e garantia da longitudinalidade do cuidado.

Pois, como trazem Carneiro Jr. e Silveira (2003), a especificidade tecnológica do trabalho em saúde na APS é reconhecida como um importante instrumento na produção de saúde por haver nesse espaço possibilidade mais efetiva para promoção da autonomia através do cuidado, visto que essa modalidade de serviço está menos aprisionada ao trabalho médico restrito. Assim, a complexidade do cuidado à saúde das populações do campo exige intervenções cada vez mais sistêmicas para responder às reconfigurações sociais, econômicas, produtivas e políticas diante das quais os povos do campo vêm se reconstruindo em seus territórios a cada conjuntura.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O ato criador abrange a capacidade de compreender e esta por sua vez. A de relacionar, ordenar, configurar, significar.
(Fayga Ostrower)

4.1 Tipo de estudo e instrumentos de coleta dos dados

O processo investigativo aconteceu através de um estudo etnográfico que de acordo com Angrosino (2009) é aquele desenvolvido *in loco* e tem como premissa a pesquisa de campo conduzida no local onde as pessoas vivem e onde o pesquisador deve interagir de maneira dialógica durante determinado período para que ao final possa revelar o retrato mais completo possível do grupo investigado. A etnografia é tida como “a arte e a ciência de descrever um grupo humano- suas instituições, seus comportamentos interpessoais, suas produções materiais e suas crenças” (p. 30).

Enquanto método, a etnografia deixa espaço à subjetividade da pesquisadora, à utilização da primeira pessoa no texto etnográfico e à colocação de considerações auto-reflexivas. Produz auto-reflexão também entre os membros do grupo estudado. Permite observar e captar uma multiplicidade de fatores (culturais, sociais, costumes, crenças, etc.) presentes na experiência vivida por determinado coletivo a fim de compreender o objeto de estudo de maneira holística (CAPRARA; LANDIM, 2008; ANGROSINO, 2009).

Trad (2009) destaca que, nas fronteiras com a saúde, as características do trabalho etnográfico refletem as transformações ocorridas por influência de diversos fatores incluindo outros campos de conhecimento – a própria antropologia. Tem se desenvolvido como “método enquanto ferramenta de observação, registro e interpretação de comportamentos sociais e modos de organização sociais” (p. 628).

Porém, a complexidade existente no ato de investigar exigiu que uma revisão de literatura para delimitação do nosso referencial teórico, precedesse a ida a campo nos auxiliando na organização e escolha das ferramentas que foram levadas para os espaços nos quais a pesquisa ganhou vida. Na bagagem tinha: intuição, afeto, questionamentos, um caderno azul com folhas em branco, ouvidos e olhos atentos, alguns pensamentos em mente, livros de poesia e uma câmera fotográfica.

Assim, enquanto estive presente de maneira mais contínua temporalmente e direcionada a responder aos enfoques desta pesquisa, pude qualificar a apreensão acerca dos fatores que estruturam o processo de cuidado à saúde através de ferramentas distintas na

coleta dos dados. Recorri à observação participante, entrevistas individuais, grupos focais, diário de campo e registro de imagens.

Figura 5 *Cada um que leva a vida nessa estrada só precisa de uma sombra pra chegar*⁴



A observação participante é tida pela pesquisa etnográfica tanto como um estilo adotado pela pesquisadora como também podendo configurar um contexto ao qual uma variedade de técnicas de coleta de dados pode ser aplicada. Neste sentido, assumiu um papel central no desenvolvimento deste estudo por representar uma ferramenta indispensável à intencionalidade de se conhecer o objeto em profundidade (ANGROSINO, 2009).

No caso da entrevista individual, esta foi utilizada por se tratar de uma técnica que auxilia na “compreensão das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos” (GASKELL, 2003, p. 65). Apresenta-se como uma das ferramentas mais utilizadas na coleta de dados por permitir uma organização flexível e ampliação dos questionamentos à medida que as informações vão sendo fornecidas pelo entrevistado (BELEI et al., 2008).

No sentido de viabilizar o alcance de determinados elementos que outros métodos de coleta dificilmente garantiriam o acesso, foram desenvolvidos grupos focais junto às famílias

⁴ Trecho da música *Retrovisor*, Raimundo Fagner e Fausto Nilo.

assentadas buscando revelar dimensões do objeto que comumente permaneceriam veladas ou não seriam formuladas no âmbito individual. Por ser um método de entrevista coletiva, valoriza a comunicação entre os participantes e reconhece que os processos grupais podem ajudar as pessoas a explorar sua compreensão a respeito de algo que seria menos acessível em entrevistas individuais (KITZINGER, 2009).

Figura 6 Verde, a cor da esperança.



A utilização do grupo focal está associada também à economia de tempo uma vez que permite alcançar um grupo de pessoas em um momento único facilitando o processo de coleta que sendo realizado de forma individual, demandaria da pesquisadora mais idas a campo para atingir a mesma quantidade de pessoas. Os registros em diário de campo como ferramenta potente para sistematização das impressões, vivências e reflexões acerca do que havia ocorrido durante o dia além de funcionar como meio para (re)orientação do percurso investigativo.

Nesse caso, o tempo poupado foi dedicado à escuta, análise e interpretação das entrevistas ainda no período de imersão que no caso de pesquisa qualitativa deve ocorrer concomitante à coleta contribuindo com o direcionamento dos passos seguintes.

Para captar esse *fazer saúde do campo* a partir de outros sentidos além da fala e escrita, optei por complementar a coleta de dados recorrendo ao uso da linguagem visual

através do registro fotográfico das produções de cuidado no cotidiano. A utilização da imagem como fonte nas pesquisas aparece como um elemento importante na extrapolação da realidade apenas pela comunicação da escrita como aponta Belei (2008, p. 188) ao trazer que “as imagens passaram a fazer parte da vida cotidiana e adentraram também na vida acadêmica, modificando a maneira de ensinar e de aprender. Com as imagens, os fatos e as informações tornaram-se mais atrativos, tirando-se o foco da palavra escrita, do texto”.

As imagens produzidas durante a imersão no cotidiano das equipes e das famílias dos assentamentos compõem o cenário da realidade em questão somando-se aos demais dados para auxiliar na compreensão da complexidade que envolve a produção de saúde nesses territórios. Esse tipo de registro permitiu a percepção sobre aspectos subjetivos que emergem das inter-relações profissional de saúde-usuários, bem como funcionou em muitos momentos como via de aproximação com os espaços e pessoas que podiam expressar corporalmente o seu modo de existir naquele lugar através do *posar ou não para a foto*.

Tal instrumento foi útil ao processo criativo e inventivo, fundamentais à construção do conhecimento e à apreensão dos elementos socioculturais, geográficos, relativos ao trabalho, transporte, saneamento, à moradia, segurança e demais fatores que interferem na saúde, adoecimento e modos de autocuidado e àqueles oferecidos pelas equipes de saúde às famílias assentadas.

Figura 7 Permanência.



4.2 Sujeitos da pesquisa e aspectos éticos

Foram incluídos na pesquisa os sujeitos com 18 anos de idade ou mais que aceitaram participar dos grupos focais ou entrevista individual. Entre eles, assentados/as residentes nos Assentamentos Lago Azul e Macambira/Borba, profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família - Lajes (USF- Lajes) e residentes em saúde da família do campo que estiveram diretamente envolvidos na oferta de cuidado nos dois territórios. Além desses, uma representante do setor saúde do MST - PE que, totalizando 17 pessoas.

Os participantes da pesquisa aderiram voluntariamente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo A) após esclarecimento sobre os objetivos, riscos e benefícios que envolvia sua participação. Esta pesquisa cumpriu com as exigências da Resolução CNS 466/12 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – CCS da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE com o número de CAAE: 58398016.4.0000.5208.

4.3 Cenários de prática e percurso investigativo

O município de Caruaru está localizado na região do Agreste há 132 km da capital pernambucana e compõe o polo comercial reconhecido nacionalmente por ser sede de uma expressiva feira ao ar livre, conhecida como Feira da Sulanca, frequentada por pessoas de todas as regiões do país e juntamente às cidades de Toritama e Santa Cruz do Capibaribe, compõe o polo da indústria têxtil na região. Além disso, sua produção cultural é reconhecida mundialmente, em especial, pelos trabalhos em barro do Mestre Vitalino e pela tradicional festa de São João.

Figura 8 Mapa de Caruaru - PE



Fonte: IBGE

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, o município tem área territorial de 920,611 km² com um total de 314.912 mil habitantes, destes, 35.323 residindo em área rural e Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de 0,677 acima do observado em Pernambuco (0,673) e próximo ao do nacional (0,727). No âmbito da saúde, em 2014 apresentava uma taxa de mortalidade infantil de 12,03 abaixo daquelas observadas no estado (13,18) e no Brasil (12,89) no mesmo ano. Dispõe de 108 estabelecimentos de saúde SUS ficando atrás somente da cidade do Recife (274) quando comparada às demais cidades do estado. Esta realidade torna o município como referência para assistência à saúde não só na região do agreste como também para os municípios em todo o estado (IBGE, 2017).

A cobertura da Atenção Básica em Caruaru é de 68,85% segundo dados do DATASUS (2014), com 63 unidades de saúde da família distribuídas entre área urbana (45) e rural (18). Dentre as que atendem a população do campo está a USF de Lajes onde atua uma eSF e uma eSB dando cobertura a uma população de aproximadamente 4.000 pessoas, distribuídos em mais de 1.000 famílias. Ao norte faz divisa com a comunidade Lagoa Nova e ao sul com Cachoeira Seca. É dividida em 05 microáreas: Comunidade de Caldeirão (Caldeirão de Baixo e de Cima), Reinado, Jacaré Grande, Assentamento da Reforma Agrária Macambira/Borba e Lajes. Esta última foi redividida em outras 5: Beco do Zamba, Alto de Lajes, “Os Barreira”, “Os Galés” e Assentamento da Reforma Agrária Lago Azul.

O Assentamento Lago Azul, também conhecido por Assentamento Irmã Dorothy, nome da Associação de Moradores em homenagem a Dorothy Mae Stang, religiosa norte-americana assassinada aos 73 anos de idade na manhã do dia 12 de fevereiro de 2005, no estado do Pará é delimitado ao norte pela área urbanizada de Lajes, ao sul pela comunidade de Cachoeira Seca, a leste pela comunidade Pé-de-Serra e a oeste pela comunidade Jacaré Grande.

Possui uma área total de 247,7 ha de terra (INCRA, 2017), onde cada família assentada dispõe de cerca de 8 ha, sendo 6,3 deles de área de terra produtiva, chamada de *parcela grande*, e 1,1 a 1,5 ha para construção das casas na agrovila e de seus quintais produtivos, a chamada de *parcela menor*. Há ainda a área coletiva, com os 97 ha de terra, onde todos podem produzir de maneira coletiva.

Fruto da ocupação da Fazenda Lago Azul em 2005, após cinco anos de resistência das famílias a área foi regulamentada pelo INCRA assumindo a condição de assentamento e dispondo de liberação de fomento para construção de casas. No projeto original estão

cadastradas vinte famílias, entretanto, apenas 16 casas foram construídas sendo esse mesmo número de famílias cadastradas na USF-Lajes, segundo ACS da área.

De acordo com os moradores, das 16 casas existentes, a maioria teve apenas as paredes erguidas, exigindo que a população investisse recursos próprios para a finalização das obras, que ainda carecem de saneamento básico e reparos importantes para uma infraestrutura adequada à permanência digna das famílias no assentamento.

Com relação ao sistema de saneamento básico, apenas três casas possuem fossa séptica construída com recurso próprio das famílias assentadas e os demais moradores fazem suas necessidades fisiológicas a céu aberto. O abastecimento de água é realizado pela Companhia Pernambucana de Saneamento – COMPESA - duas vezes por mês e o armazenamento é feito em cisternas com capacidade para 16 mil litros de água. No assentamento existem 17 cisternas.

Como forma de organização do assentamento, os moradores se reúnem mensalmente na associação Irmã Dorothy onde são discutidos assuntos referentes à organicidade, direitos e deveres das famílias assentadas, calendários festivos, dentre outros assuntos. O atual presidente da associação é o senhor João dos Santos, conhecido como *Seu Cavaco*. Apesar da importante regularidade das reuniões, o tema da saúde parece não ser frequentemente trazido para discussão coletiva.

Figura 9 Azul da cor do céu - Assentamento Lago Azul



O segundo assentamento foco desta pesquisa tem sua origem na ocupação das Fazendas Macambira/Borba, propriedades do *Capitão Rufino*, ocorrida em 1994 quando na época, o proprietário já havia falecido e sua esposa resolveu negociar com o INCRA. São 21 anos de história de luta e resistência com um ano de acampamento, regularizado em 1996 sendo o mais antigo da região seguido pelo Assentamento Normandia – onde está localizado o Centro de formação Paulo Freire - que foi regulamentado em 1997.

Macambira/Borba possui 836,7 ha de terra (INCRA, 2017), distribuídos em 50 parcelas, para 50 famílias. Cada lote contém área de 12 ha, sendo 1,5 ha de parcela menor, com terreno de 25m de frente por 50m de fundo. Na época da regularização dos assentados, cada família recebeu um fomento de R\$ 2.500,00 para construção das casas que foram construídas em modelo de agrovila. Na planta inicial não havia projeto de construção de fossas sépticas ou qualquer forma de saneamento básico. Atualmente, um ou dois moradores construíram a fossa com recurso próprio, enquanto muitos dos outros moradores permanecem sem banheiro dentro ou com ele fora de suas casas.

Assim como em Lago Azul, as famílias assentadas em Macambira/Borba se reúnem mensalmente na associação de moradores, cuja atual presidência é exercida pelo Sr. Adilson. Uma das principais queixas durante as reuniões é sobre a iluminação pública deficiente, onde 50% das lâmpadas dos postes e refletores encontram-se quebradas, o que dificulta a locomoção pelas estradas internas, principalmente para os idosos e crianças, além de facilitar a ocorrência de assaltos.

O abastecimento de água no Assentamento também é realizado pela COMPESA e acontece geralmente com intervalos de dois meses - o último intervalo foi de três meses. A maioria dos moradores compra água de carros-pipa, chegando a pagar R\$ 160,00 reais por oito mil litros de água nem sempre potável. O escoamento da água das pias e chuveiros é dado pelos *quintais produtivos* como modo de aproveitamento da água para irrigar a plantação. A questão da água é tema recorrente nas falas de assentadas/os e profissionais de saúde por se tratar de uma região do Agreste pernambucano em que a falta de chuva castiga com a seca, as pessoas que convivem nessas áreas.

Em Macambira/Borba, a coleta de lixo, que antes ocorria semanalmente, já não ocorre há mais de três anos. A empresa contratada para tal fim alega dificuldade de acesso em virtude do grau de deterioração das estradas. Assim, são orientados a queimar o lixo produzido, como ocorre no assentamento Lago Azul e tantas outras comunidades rurais.

No que concerne ao equipamento educacional dentro da comunidade, há uma escola municipal com apenas duas salas de aula, onde funciona o Ensino Fundamental I - no formato

de sala multisseriada - e o EJA – Escola de Jovens e Adultos. Para cursarem o Ensino Fundamental II e Ensino médio é necessário deslocar-se para Toritama ou Caruaru. A escola é usada como ponto de reunião da associação e como dispositivo para realização de atividades de uma maneira geral na comunidade. Existe um ônibus escolar para fazer o transporte dos estudantes, embora ele não consiga entrar no assentamento por causa das estradas mal conservadas, deixando-os na BR 104.

As principais fontes de renda local advêm das facções têxteis e de aposentadoria pela previdência social. Em seus quintais produtivos realizam o cultivo do feijão, milho e palma forrageira, criação de galinha caipira em maior quantidade, de caprinos, ovinos e suínos utilizados para própria alimentação com venda da produção excedente.

Os dados relativos aos assentamentos foram identificados durante o processo de territorialização e diagnóstico realizados pela primeira turma de residência em saúde do campo (2015) e complementados pela pesquisadora no período de imersão (2016).

Figura 10 Pé na estrada - Assentamento Macambira/Borba



Com a intenção de conhecer as práticas de saúde desenvolvidas nestes territórios, parti da capital pernambucana em dias finais de setembro de 2016 pra fazer morada durante duas semanas no Assentamento Normandia que fica a aproximadamente 15 minutos de caminhada até a BR 104 - por onde passam as Toyotas Bandeirante, modelo de carro utilizado para

realizar transporte coletivo na região – e em 30-40 minutos te levam até a Unidade de Saúde da Família Lajes que também fica às margens da BR 104 sentido Caruaru-Toritama.

Apesar de a imersão no território ter sido delimitado no tempo de 15 dias, o meu contato com a realidade dessas famílias assentadas e equipes de saúde vêm acontecendo desde o início do Programa de Residência em 2015 através do processo de tutoria de núcleo de Terapia Ocupacional durante o qual foram realizadas visitas domiciliares com as residentes, discussões de caso e Projetos Terapêuticos Singulares, participação em módulos teóricos e acompanhamento sistemático das demais atividades através de relatórios mensais.

Pois, além da observação participante dentro da USF-Lajes, durante as visitas domiciliares, nos atendimentos nos pontos de apoio em comunidades mais distantes da USF e na sala de espera, foram entrevistados individualmente três profissionais da equipe de referência, três profissionais que atuam enquanto NASF-R nas áreas dos assentamentos Lago Azul e Macambira/Borba e realizados dois grupos focais, um em cada assentamento, além de uma entrevista individual com uma assentada de Lago Azul e uma representação do setor saúde do MST estadual.

Além da observação participante durante os atendimentos na USF-Lajes, visitas domiciliares, atendimentos nos pontos de apoio⁵ em comunidades mais distantes da USF e sala de espera, foram entrevistados individualmente seis profissionais de saúde, sendo três da eSF e três da equipe NASF-R, uma representante do setor saúde do MST-PE e 10 assentadas/os em dois grupos focais nos assentamentos de Lago Azul e Macambira/Borba.

⁵Ponto de apoio – estrutura física localizada em comunidades mais distantes da USF e destinada à realização de atendimentos uma vez na semana pela equipe de saúde da família. No território adscrito pela USF Lajes há dois pontos de apoio, um em Caldeirão e outro em Jacaré Grande.

Figura 11 *Unidade de Saúde da Família - Lajes.*



Figura 12 *Quem espera nunca alcança⁶*



⁶ Trecho da música *Bom Conselho*, Chico Buarque.

4.4 Análise do material etnográfico

A despeito do que se coloca comumente, os dados não falam por si. Até mesmo aqueles coletados quantitativamente com instrumentos rigorosamente aplicados precisam de uma interpretação ao final. Para que surja algum tipo de sentido a toda informação originada de um processo investigativo, é necessário considerar a forma que foi analisado todo o material recolhido ao longo do estudo. No caso da pesquisa etnográfica, há duas formas básicas de análise que são a descritiva e a teórica. A este estudo aplicou-se a forma descritiva visando identificar quais padrões, regularidades e temas emergiram da observação participante, entrevistas individuais, grupos focais, diário de campo e registros fotográficos (ANGROSINO, 2009).

Neste caso, a análise dos dados envolveu interpretação de significados assumindo duplamente uma forma descritiva e interpretativa não envolvendo quantificação de dados ou análise estatística. O fato de o método etnográfico utilizar a observação participante como ferramenta, possibilitou à pesquisadora um contato muito estreito, apesar de limitado no recorte temporal, o fato de ter convivido e estabelecido vínculos com os sujeitos em ação nos seus territórios de vida e trabalho, abriu-me portas para a produção partilhada e possibilidades diversas de compreender os significados individuais e coletivos criados em torno do fenômeno estudado.

Daí que se pode considerar a observação participante, incluindo o expediente da formulação e revisão dos itinerários investigativos, obviamente nem todas previsíveis no início da ida a campo, como um instrumento poderoso e relativamente manejável para a análise e interpretação dos fenômenos relacionados aos cuidados à saúde nesses territórios (FINO, 2003).

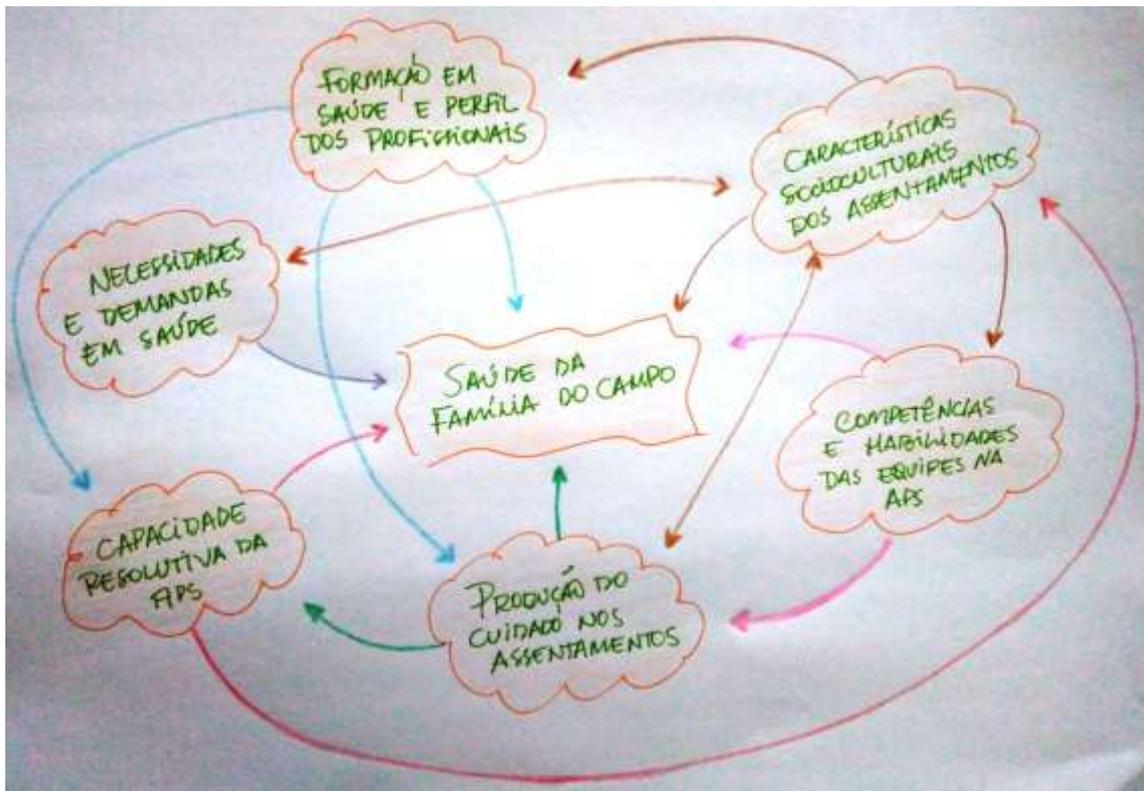
Diariamente, após retornar do campo de coleta, as entrevistas eram escutadas novamente e ao final da noite, descrevia atentamente no diário de campo que foi preenchido de memórias afetivas, músicas que me vinham durante as caminhadas solitárias em meio às árvores e cercas, poemas escritos à beira da estrada, questionamentos, sugestões para as próximas entrevistas, necessidades de aprofundar temáticas, impressões gerais sobre a vida e a produção de saúde no campo, tentativas de mapas territoriais que ao final deram forma a uma verdadeira trama de conexões cognitivas e sensoriais. Assumir tal postura foi um exercício desafiador no processo dessa pesquisa qualitativa, especialmente etnográfica, que se propunha analisar e interpretar os dados concomitantemente ao período de imersão.

A imagem de um *emaranhado de fios* representa bem o que me parecia ser os dados ao final da coleta. Chegou então o momento de pensar por onde começar a desatar os nós. Porém, como todo processo de construção de conhecimento, especialmente no caso da etnografia, não tive como percorrer um caminho tão linear durante a análise do material. Foram idas e vindas, entre leituras e releituras das entrevistas transcritas, revisitas ao diário de campo com inclusão de novas anotações - respostas ao que antes eram questionamentos - e tratamento e interpretação das imagens fotográficas, leitura de poemas, criação de mapa falado com produção de fluxos e conexões entre o que ia emergindo no próprio processo interpretativo e analítico deste trabalho.

As nove entrevistas foram transcritas por mim totalizando aproximadamente 9h de áudio que resultaram em 176 páginas de texto. O passo seguinte foi a definição 4 momentos para análise desse material que ocorreu em paralelo aos conteúdos das fotografias e diário de campo culminando na sistematização dos resultados: a) leitura panorâmica qualificada (livre de julgamento do conteúdo); b) releitura para identificação de conteúdos que se relacionavam ao objeto do estudo; c) produção das categorias a partir do agrupamento dos conteúdos correlacionados na segunda etapa; d) diálogo das categorias com o referencial teórico.

A interpretação das categorias emergentes possibilitou a apreensão dos elementos centrais base à compreensão do cuidado à saúde vivenciado nos territórios em questão. A partir dessa etapa de integração dos dados, foi possível a sistematização dos seguintes enfoques: 1) O contexto sociocultural e a produção de saúde em assentamentos rurais: a organicidade de um movimento social; 2) Práticas de saúde: a necessidade de ampliar o *pensar e fazer saúde* em assentamentos rurais; 3) Determinação Social da saúde do campo: a Atenção Primária como terra fértil para integralidade do cuidado.

Figura 13 Conexões temáticas.



Fonte: arquivo da pesquisa

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste ponto, pretendemos apresentar de maneira sintética as questões centrais emergentes do estudo, a fim de estabelecer relação entre os saberes e as práticas de saúde do campo analisadas a partir deste estudo etnográfico. No entanto, reconhecemos as limitações da pesquisa diante da impossibilidade de apreender a realidade em sua totalidade apesar de mantermos essa intenção teórica e metodológica ao longo de todo o percurso. Também reforçamos que nossa análise partiu de determinados campos teóricos que orientaram o processo investigativo e reconhecemos que outras vertentes analíticas são possíveis e complementares à construção do conhecimento em torno do tema.

Discorreremos neta última seção sobre seis tópicos identificados como estruturantes do perfil de atuação da Saúde da Família nos dois Assentamentos para em seguida apontarmos algumas recomendações. Portanto, trataremos das seguintes questões e suas correlações com os eixos da PNSPCFA: 1) As características socioculturais; 2) Necessidades de saúde do campo; 3) Formação em saúde e perfil dos profissionais; 4) Competências e habilidades das equipes da APS; 5) Produção do cuidado à saúde em assentamentos; 6) Capacidade resolutiva da APS.

O Eixo 01 da PNSPCFA aborda sobre o *acesso das populações do campo e da floresta na atenção à saúde* elencando a ampliação da APS como sendo uma das estratégias para garantir o acesso à saúde desses povos. Entretanto, o fato de existir a USF e as equipes nesses territórios, não são sinônimos de efetivação desse acesso. Pois, como foi discutido ao longo de todo o trabalho, é necessário que a proposta do serviço que vão prestar assistência aos povos do campo, floresta e água, dialogue com a realidade sociocultural desses territórios ou então, corre-se forte risco de serem subutilizados e de resolutividade abaixo do que poderia alcançar. Isso implica em estabelecer um processo de planejamento em saúde com participação dos movimentos sociais e famílias que responda adequadamente às necessidades.

As condições sociais e do contexto cultural das famílias assentadas que participaram desse estudo tiveram papel central na determinação das práticas de saúde produzidas – saberes técnicos ou populares. Tendo em vista que o modo de produção têxtil implantado na região, a baixa renda, a precariedade do saneamento básico e falta de acesso a bens e serviços públicos (escola, transporte, lazer), constituíram-se em fatores que influenciavam negativamente na produção de atividades de promoção à saúde (grupos nos assentamentos) em decorrência da incompatibilidade de horários de funcionamento da USF e de trabalho das/os assentadas/os;

no deslocamento até a USF ou outros serviços da rede por falta de renda para arcar com o transporte, entre outras implicações.

Tais fatores orientam a produção das práticas identificadas nesses territórios com características individuais, medicalizantes, centradas em programas mais gerais da APS como cumprimento do calendário vacinal, atendimento e dispensação de medicamentos para tratamento de pessoas com hipertensão e diabetes, acompanhamento à saúde da criança, saúde bucal com intervenções concentradas na USF e em visitas domiciliares. Assim, verifica-se a fragilidade em concretizar o Eixo 02 da PNSPCFA que prevê o fortalecimento das *ações de promoção e vigilância em saúde* através da inclusão de saneamento ambiental, atenção à saúde do/a trabalhador/a, especialmente sobre o uso de agrotóxicos, bem como reduzir os riscos e agravos com base nos aspectos epidemiológicos, ambientais e sociais dessas populações.

Por outro lado, a consolidação de práticas integrais de saúde requer uma formação profissional mais humanizada, solidária e popular, onde o campo de aprendizado seja composto pelos territórios vivos com todas as suas fragilidades e potências. Além de permitir a cada profissional o exercício de sua capacidade criativa, crítica, reflexiva e prática de maneira integrada com os demais profissionais da equipe e comunidades. Esses esforços vêm se concretizando com a instituição de novos currículos para graduação e nas estratégias de educação permanente como é o caso dos programas de residência multiprofissionais em saúde da família, saúde mental e recentemente em saúde do campo.

Esse aspecto se relaciona ao Eixo 3 da PNSPCFA quanto ao incentivo de criação dos espaços de educação permanente voltados à qualificação de profissionais para atuarem em áreas específicas (quilombola, ribeirinha, assentamento, entre outras). O desenvolvimento do programa de residência em saúde do campo tem sido reconhecido por profissionais da equipe de referência e setor saúde do MST, como importante avanço na consolidação dos preceitos da política nacional. Cientes da responsabilidade em desenvolver um programa de residência com ênfase na população do campo, sem precedentes na história da formação em saúde, esta pós-graduação *lato sensu* vem se constituindo de maneira dialógica envolvendo Universidade, movimento social e secretarias de saúde municipais em busca de por em prática um projeto pedagógico com bases sólidas estruturadas a partir da realidade do campo.

Apesar de as práticas de saúde referidas pelos profissionais, estarem de acordo com a proposição da PNAB, observa-se ainda uma lacuna entre o *fazer saúde técnico* (equipes de saúde) e o *fazer saúde popular* (famílias assentadas e setor saúde do MST). Pois, ambos compartilham do mesmo contexto de cuidado, embora ocupem posições diferentes (até

mesmo desiguais) na relação de produção do cuidado e não instituem vias de comunicação para organização do cuidado.

Além deste ponto fundamental, a produção do cuidado na lógica da clínica ampliada com interação entre os diversos saberes, planejamento fundamentado nos modos de vida dos indivíduos, famílias e comunidades, pressupõe uma gestão do cuidado compartilhada com investimento em processos de educação permanente das equipes e integração dos saberes imprescindíveis à efetividade e integralidade das práticas de saúde na APS. Desta forma, possibilitará uma reconfiguração no perfil e funcionamento da Estratégia de Saúde da Família-Rural, ampliando o escopo das práticas de cuidado a fim de maximizar a capacidade resolutiva nesse ponto da rede de atenção à saúde.

Assim, chegamos ao 4º e último Eixo da PNSCFA onde estão sugeridos aspectos a serem incluídos no *monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços de saúde voltados às populações do campo* tais como a realização de atividades direcionadas voltadas às crianças, adolescentes, jovens, mulheres, homens, pessoas idosas, trabalhador/a, saúde bucal além da redução do uso abusivo de álcool e outras drogas e violências. Sendo este, o eixo menos priorizado na realidade dos assentamentos observados. Pois, foram poucas as referências quanto à existência de mecanismos de participação social segundo os sujeitos entrevistados e se restringiram a rearticulação de associações de moradores em outras áreas que não contemplavam os dois assentamentos desta pesquisa.

Muitas barreiras já foram vencidas e melhorias com relação à condição de saúde da população a partir da expansão da APS podem ser observadas como a redução da mortalidade materna e infantil, aumento da cobertura vacinal, ampliação das ações de promoção à saúde, entre outras. Contudo, ainda se identificam desigualdades de acesso, baixa resolutividade das ações de saúde e descontinuidade do cuidado diante da diversidade sociocultural e ambiental existente em todo o território brasileiro.

Deste modo, são complexos e múltiplos os desafios para garantir à população do campo condições de acesso ao sistema de saúde, mediante atendimento humanizado e com resolutividade. Para que isso se concretize, torna-se necessário investir na estruturação da rede pública de saúde no interior do país, sobretudo nos municípios com população abaixo de 50 mil habitantes, no fortalecimento do controle social, dos processos formativos permanentes junto às equipes e investimento numa política de valorização e interiorização dos trabalhadores de saúde. Além disso, garantir que as práticas de saúde no SUS sejam desenvolvidas com respeito à diversidade sociocultural, para que as ações de prevenção, promoção e tratamento em saúde repercutam na qualidade de vida dos indivíduos e famílias.

Assim sendo, o processo de desvelamento dos materiais objetivos e subjetivos oriundo desta pesquisa que - apesar de estar restrito no tempo e espaço - configurou-se como novos pontos de partida para a produção do cuidado integral. Assim, a construção e desdobramentos deste estudo etnográfico proporcionaram um aprendizado integrador de linguagens, culturas, modos de pensar e fazer saúde. Do mesmo modo, devem-se compreender de maneira integrada as necessidades de saúde do campo como produtos da estrutura sociocultural das famílias assentadas que vão demandar das equipes da APS competências e habilidades específicas para o cuidado à saúde integral e resolutivo implicado com a realidade do campo.

Recomendações às/aos que constroem cotidianamente a Saúde do Campo:

1. Aplicar instrumento de diagnóstico e planejamento na APS a partir do contexto sociocultural das famílias;
2. Instituir reuniões junto às comunidades para levantamento das necessidades de saúde e encaminhamento das questões de saúde (Conselho local de saúde?);
3. Regularizar das reuniões de equipes para discussão e acompanhamento dos casos, planejamento de agendas interprofissionais, elaboração de PTS e resolução das demais questões;
4. Garantir processos formativos para troca de experiências entre o Setor Saúde do MST e equipes de saúde da APS;
5. Incentivar a participação das eSF nas atividades teóricas da RMSFCampo;
6. Desenvolver formações para os preceptores (equipes de referência e NASF municipais);
7. Ampliar o número de ACS para cobertura de 100% considerando limite de pessoas previsto na PNAB;
8. Adotar a educação popular como marco orientador da produção do cuidado com valorização dos saberes e práticas populares;
9. Reorganizar o núcleo de saúde nos assentamentos;

Gosto de ser gente porque, mesmo sabendo que as condições materiais, econômica, sociais e políticas, culturais e ideológicas em que nos achamos geram quase sempre barreiras de difícil superação para o cumprimento de nossa tarefa histórica de mudar o mundo, sei também que os obstáculos não se eternizam.

(Paulo Freire, Pedagogia da Autonomia 1996)

Figura 14 *Passado, presente e futuro.*



Figura 15 *As mulheres do campo que não trabalham só com as coisas do campo*⁷



Figura 16 *Conversas Cruzadas.*

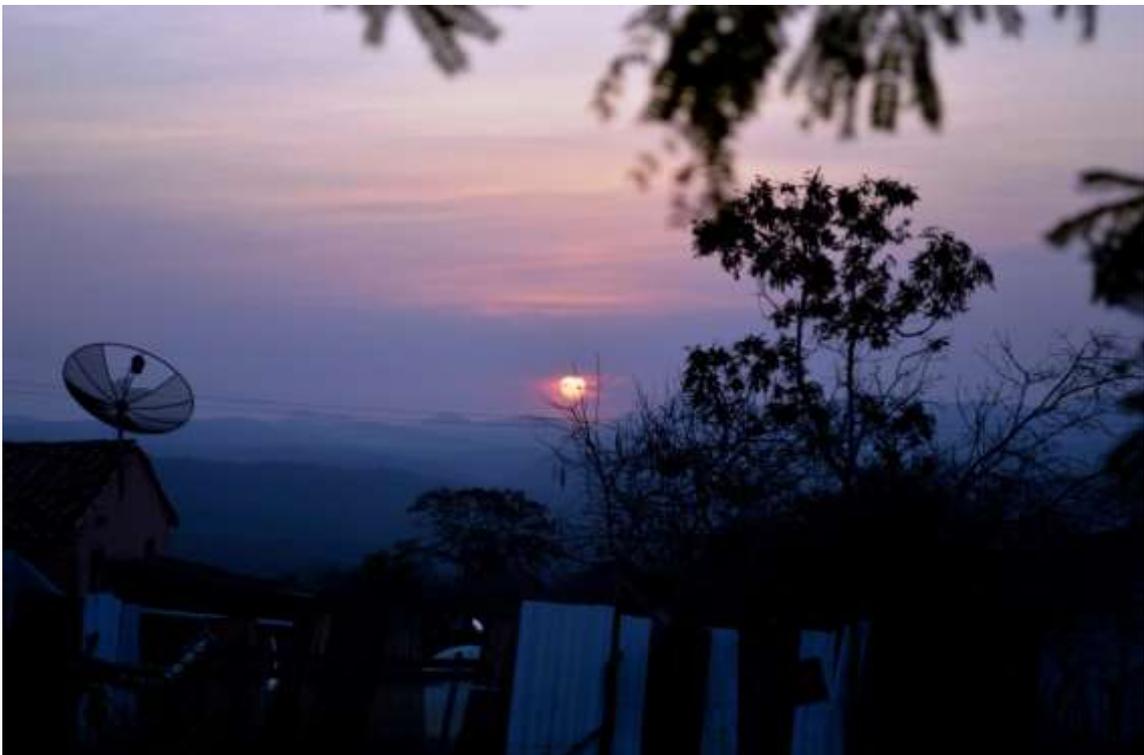


⁷ Fala de uma assentada durante o grupo focal fazendo referência ao trabalho nos fabricos com produção de peças de roupa.

Figura 17 *É a parte que te cabe deste latifúndio*⁸



Figura 18 *O sol há de brilhar mais uma vez*⁹



Fotos: Ana Carolina Dantas (2016)

⁸ Trecho da música *Funeral de um Lavrador*, Chico Buarque.

⁹ Trecho da música *Juízo Final*, Nelson Cavaquinho e Elcio Soares.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único De Saúde no Brasil.** Belo Horizonte, 2007. 136f.

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante:** Coleção Pesquisa Qualitativa. Coleção Pesquisa qualitativa (Org. Uwe Flick). Ed. Artmed, 2009.

ARAÚJO, C. F. S. **Assentamento rural Campestre Norte frente à expansão do agronegócio sucroenergético no estado do Piauí.** Dissertação. Teresina, 2016. 177p.

ÁVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1): 349-360, 2011.

BARATA, R. B. **Como e porque as desigualdades sociais fazem mal à saúde.** Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2009.

BATISTA, M. F. S.; ALBUQUERQUE, P. C. A produção da saúde e a população do campo: uma experiência no assentamento de Reforma Agrária em Pernambuco – Brasil **Rev Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 8(2), 173-194, jun, 2014.

BELEI, R. A. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação | FAE/PPGE/UFPel | Pelotas [30]:** 187 - 199, janeiro/junho, 2008.

BRASIL. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 7508** de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 28 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1 ed.; Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (**Cadernos de Atenção Básica, n. 39**).

BRASIL. **Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA)**. Disponível em: <http://painel.incra.gov.br/sistemas/index.php>. Acessado em: 07 de abril de 2017.

BRASIL. **Lei nº 4.504**, de 30 de novembro de 1964. Dispõe sobre o Estatuto da Terra, e dá outras providências. Casa Civil. Disponível em: http://www.incra.gov.br/sites/default/files/uploads/institucional/legislacao--/legislacao-federal/leis/lei_n4504_301164.pdf. Acesso em: 05 de maio de 2017.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Rev Interface Comunicação Saúde Educação** v.16, n.40, p.249-59, jan./mar. 2012.

CALDART, R. S. **Pedagogia do Movimento Sem Terra**. 4. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde. **Rev Brasileira Medicina Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v.2, nº 6, jul / set 2006.

CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. Org. CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. 2 ed. São Paulo: Editora HUCITEC. 2010.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Rev. Interface Comunicação Saúde Educação** v.12, n.25, p.363-76, abr./jun. 2008.

CARNEIRO, F. F. **A saúde no campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “boias frias” em Unaí, Minas Gerais, 2005.** Tese (Doutorado em Ciência Animal) – Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007.

CARNEIRO, F. F. et al. Teias de um Observatório para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas no Brasil. **Rev Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 8(2), 275-293, jun, 2014.

CARNEIRO, F. F.; BÚRIGO, A. C.; DIAS, A. P. Saúde no campo. In: **Dicionário da Educação do Campo**. Organizado por Roseli Salete Caldart, Isabel Brasil Pereira, Paulo Alentejano e Gaudêncio Frigotto. – Rio de Janeiro, São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Expressão Popular, 2012.

CARNEIRO, M. J. “Rural” como categoria de pensamento. **Rev Ruris**, volume 2 , n 1, março, 2008.

CARNEIRO JÚNIOR, N., SILVEIRA, C., C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(6):1827-1835, nov-dez, 2003.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** 6 ed. São Paulo: Cortez, 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. **Rev. Saúde. &Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.1, n.2, p.67-78, 2011.

DELGADO, G. **Questão Agrária e Saúde.** Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 68p.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 21(2), 2007.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1999.

ENGELMANN, S. **O papel da Reforma Agrária Popular no Brasil**. Disponível em: <http://www.mst.org.br/2016/09/26/o-papel-da-reforma-agraria-popular-no-brasil.html>. Acessado em: 8 de abril de 2017.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-67.

FERNANDES, B. M. **A territorialização do MST - Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra - Brasil**. Ano 1, n. 1 p. 2 – 44, 1998.

FERNANDES, B. M. O MST e as Reformas Agrárias do Brasil. **Boletim DATALUTA – Artigo do mês: dezembro de 2008**. ISSN 2177-4463.

FINO, C. M. N. FAQs, etnografia e observação participante. **Revista europeia de etnografia da educação**, 3. pp 95-105, 2003.

FLEURY S.; OUVRENEY A. M. Política de Saúde: uma política social. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil** / Organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costra Lobato, et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 23-64.

FILHO, J. L. A.; FONTES, R. M. O. A formação da propriedade e a concentração de terras no Brasil. **Revista de História Econômica & Economia Regional Aplicada – Vol. 4 N° 7 Jul-Dez 2009**.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. In: **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**/ Roberto Passos Nogueira (Organizador) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W; GASKELL, George; (org.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 64-89.

HESPANHOL, R. A. M. Campo e Cidade, Rural e Urbano no Brasil Contemporâneo. **Mercator**, Fortaleza, v. 12, número especial (2), p. 103-112, set. 2013.

INCRA. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. Incra nos Estados - **Informações gerais sobre os assentamentos da Reforma Agrária**. 2017. Disponível em

<http://painel.incra.gov.br/sistemas/index.php>. Acessado em: abril de 2017.

ISTÚRIZ, O. F. Avanzandohacialanueva APS: cuidado integral de La salud com laparticipación de todas y todos. In: **Atención primaria de saludSuramérica** / Org. Lúgia Giovanella. Rio de Janeiro: Isags: Unasur, 2015.

KITZINGER, J. Grupos Focais. In: **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Org. Pope C, Mays N. Porto Alegre: Artmed; 2009.

LEITE, S. P. Assentamento Rural. In: CALDART, R. S. et al. **Dicionário da Educação do Campo**. / Organizado por Roseli Salete Caldart, Isabel Brasil Pereira, Paulo Alentejano e Gaudêncio Frigotto. – Rio de Janeiro, São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Expressão Popular, 2012.

L'ABbate, S. **Direito à saúde, discursos e práticas na construção do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, 21(2): 327-338, 2016.

MORISSAWA, Mitsue. **A História da luta pela Terra e o MST**. São Paulo: Expressão Popular, 2001.256p.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA – MST. Secretaria Nacional. **Relatos de experiência em saúde**. Brasília, 2005.

_____. Secretaria Nacional. **MST: Lutas e Conquistas**. São Paulo. 2 ed. janeiro 2010.

_____. **Nossa história**. 2014. Disponível em: www.mst.org.br/nossahistoria. Acessado em: 14 de abril de 2017.

NOGUEIRA, R. P. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**/ Roberto Passos Nogueira (Organizador) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010 200p.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil** / Organizado por Lúgia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costra Lobato, et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 435-472.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. CAMPOS, G. W. S. et al. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p 19-40.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Declaração de Alma-Ata**. I Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde. Organização Mundial da Saúde, 1978.

ORTEGA, A. C. **Cidades imaginárias**: o Brasil é menos urbano do que se calcula. Estudos Sociedade e Agricultura, 18, abril, 2002: 185-190.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. – Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356p.

PEIXOTO, S. L. F.; ARRAIS, E. Políticas sociais públicas no capitalismo contemporâneo e a realidade brasileira. **Revista Eletrônica do Mestrado em Administração da Universidade Potiguar** – RAUnP. Ano IV, n. 2 - abr./set. 2012.

PERES, F. Saúde, trabalho e ambiente no meio rural brasileiro. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, 14(6): 1995-2004, 2009.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Org. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos. 8ª Ed., 2009.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas integrais. In: **Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação**. Org. Roseni Pinheiro et al. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/LAPPIS/ABRASCO, 2013.

PINHEIRO, T. M. M. et al. Saúde no Campo. **Caderno de texto Iº Conferência Nacional de Saúde Ambiental**. Coordenação: GT Saúde e Ambiente da ABRASCO, 2009.

PUCCINI P. de T.; CECÍLIO L. C. de O. Humanização e o Direito à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1342-1353, set-out, 2004

RIQUINHO, D. L.; GERHARDT, T. E. A transitoriedade nos estados de saúde e doença: construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural. **Rev Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 419-437, nov.2010/fev. 2011.

RIZZOTO, M. L. F. **Capitalismo e Saúde no Brasil nos Anos 90**: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS. HUCITEC. 2012, 244 p.

RÜCKERT, B. **As práticas de saúde no MST do vale do rio doce, MG**: normas e valores na atividade. Belo Horizonte, 2012.

SCOPINHO, R. A. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1575-1584, 2010.

SIQUEIRA, D.; OSÓRIO, R. O conceito de rural. In: **Una nuevauralidad en América Latina?** Buenos Aires CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2001.

SOARES, R. A. S. et al. Determinantes Socioambientais e Saúde: o Brasil Rural versus o Brasil Urbano. **Rev. Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 9(2), 221-235, jun, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). Diretoria medicina rural. Grupo de Trabalho de medicina rural. Declaração de Brasília. **O conceito de rural e o cuidado à saúde**. Brasília, 2011.

SOUZA, M. do S. de. **Questão Agrária e Direito à Saúde**: o lugar da saúde no projeto político do Movimento Sindical de Trabalhadores(as) Rurais. Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília Instituto de Ciências Humanas, Programa de Pós –Graduação em Política Social , Departamento de Serviço Social , 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 760p.

STEDILE, J. P. **A questão agrária no Brasil**: O debate na esquerda – 1960-1980/ João Pedro Stedile (org) ; Douglas Estevam (assistente de pesquisa)--2. ed.—São Paulo : Expressão Popular, 2012. 320 p.

STEDILE, J. P. Questão Agrária. In: CALDART, R. S. et al. **Dicionário da Educação do Campo**. / Organizado por Roseli Salete Caldart, Isabel Brasil Pereira, Paulo Alentejano e Gaudêncio Frigotto. – Rio de Janeiro, São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Expressão Popular, 2012a.

STEDILE, J. P. Reforma Agrária. In: CALDART, R. S. et al. **Dicionário da Educação do Campo**. / Organizado por Roseli Salete Caldart, Isabel Brasil Pereira, Paulo Alentejano e Gaudêncio Frigotto. – Rio de Janeiro, São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Expressão Popular, 2012b.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde**: mediações de um conceito (contribuições das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). 1991. 765f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

TRAD, L. A. B. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):627-633, 2012.

TARGA, L. V. et al. Declaração de Gramado pela Saúde Rural nos países em desenvolvimento. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, Jul-Set; 9(32): 292-294, 2014.

APÊNDICE A - Artigo

Saúde do campo: relatos de famílias assentadas da Reforma Agrária, movimento social e profissionais de saúde

Rural health: reports of settled families of Agrarian Reform and primary care professionals

Ana Carolina de M. T. V. Dantas
Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Petrônio José de Lima Martelli
Ronice Maria Pereira Franco de Sá

Resumo

Esta pesquisa etnográfica objetivou analisar o cuidado à saúde de famílias assentadas no interior de Pernambuco a partir de observação participante, entrevistas individuais com profissionais de saúde da Atenção Primária e representante do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra - MST, grupos focais com as famílias de dois assentamentos e diário de campo. Observou-se que as práticas de saúde estavam relacionadas ao cuidado popular através do uso de plantas medicinais, ações de prevenção como vacinação, puericultura, acompanhamento a hipertensos e diabéticos, tratamento da água e destino do lixo. Identificou-se que fatores socioeconômicos, culturais e educacionais, impactavam de maneira negativa na condição de saúde, enquanto a formação dos profissionais e capacidade resolutiva da Atenção Primária limitava a oferta de ações. Apesar de as práticas de saúde estar de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, havia lacunas entre o *fazer saúde técnico* e o *fazer saúde popular*. Destacaram-se as ações realizadas pelo Movimento como o diagnóstico da condição de saúde e planejamento a partir da educação popular. As necessidades de saúde apresentadas pelas famílias demandavam das equipes, competências e habilidades específicas para o cuidado à saúde integral implicado com a realidade socioeconômica, cultural e sanitária dos assentamentos da Reforma Agrária.

Palavras-chave: Política de saúde. Atenção básica. Saúde da família. Saúde rural.

Uma aproximação com a saúde dos povos do campo

Um breve resgate acerca da Questão Agrária e Luta pela Terra no Brasil permite constatar que desde a chegada da Corte portuguesa em território nacional - século XVI há disputa pela posse, uso e propriedade da nossa terra. Os elementos estruturantes do modelo fundiário que se instaurou no período colonial se perpetuaram através da concentração de terra, incentivo à monocultura e agricultura exportadora, manutenção dos latifúndios como

espaços improdutivos, exploração dos/as trabalhadores/as camponeses/as, favorecimento do agronegócio, entre outros (MST, 2014; STEDILE, 2012).

A constituição dos povos do campo foi acompanhada pela formação de movimentos sociais nas distintas regiões do país que resistiram e continuam resistindo contra os processos de exploração, expropriação e expulsão em seus territórios, reivindicando o direito de viver e produzir na terra com condições sociais necessárias à vida digna (MST, 2014; FERNANDES, 2008).

Em períodos de intensificação das contradições existentes no modelo agrário, os movimentos de resistência do campo estiveram mais combativos e resistentes como ao final da década de 1970. Nessa fase, as ocupações de terra começam a reaparecer como ferramenta de expressão, contestação e resistência dos povos do campo contra o autoritarismo e ofensiva do Estado e latifundiários (MST, 2014).

Dentre estes movimentos oriundos da luta pela terra na década de 1980, destaca-se o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Em 34 anos de trajetória, o MST vem dialogando com os diversos movimentos sociais que lutam por um projeto de sociedade que atenda aos anseios da classe trabalhadora do campo e da cidade. Isto vem exigindo a ampliação permanente das frentes de atuação do Movimento, que além de inserir os interesses particulares dos grupos ou pessoas, constrói estratégias para garantir a Reforma Agrária em todo o país (CALDART, 2012).

O modo de atuação do Movimento está baseado no uso de ferramentas pedagógicas voltadas à formação política, práticas que tensionam o Estado como são as marchas, trancamento de rodovias, atos políticos, ocupações de terra, entre outras. Sendo esta última uma das mais expressivas e que contribui fortemente para a construção da identidade Sem Terra que tem como tarefa inicial, *ocupar*. Nesta condição, as famílias acampadas se mantêm

mobilizadas através da auto-organização em setores funcionando articulados entre si para garantir a permanência no latifúndio ocupado.

Resistir é mais um desafio. São criados os Núcleos de Base (saúde, educação, comunicação, produção) que viabilizam a continuidade da formação política indispensável à permanência organizada do acampamento. A meta desta etapa é conseguir a desapropriação para fins da Reforma Agrária, ou seja, que às famílias ali acampadas seja concedida a posse da terra.

Em caso de conquista daquela terra ocupada, uma nova configuração é assumida que é a de assentamento. Esses são tidos como mais uma vitória do Movimento a partir da qual será possível, de maneira menos instável e conflituosa, exercer a terceira tarefa coletiva de *produzir* outras relações sociais, econômicas e políticas a partir daquele espaço. Porém, sabe-se que os latifúndios desapropriados para assentamentos normalmente possuem poucas benfeitorias e infraestrutura, como saneamento, energia elétrica, acesso à cultura e lazer (MST, 2014).

Segundo dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), em fevereiro de 2017, existiam no Brasil 9.354 assentamentos com 975.985 famílias assentadas. Destas, 34.207 se distribuem em 613 assentamentos no estado de Pernambuco que ocupa o 4º lugar entre os estados com maior número de assentamentos da Reforma Agrária, ficando atrás dos estados do Pará, Maranhão e Bahia. Do total de assentamentos, 8 se encontram no município de Caruaru na região do agreste pernambucano onde habitam 218 famílias (INCRA, 2017).

As populações do campo, da floresta e das águas, residentes em sua grande maioria nas regiões do Norte e Nordeste do país, se encontram em situações de iniquidades, vulnerabilidade e desigualdades históricas e estruturais ainda mais graves quando comparadas à população urbana. No século XXI, as populações mais invisíveis para as políticas públicas

do Estado, são os/as camponeses/as, populações atingidas por barragens, extrativistas, pescadores, ribeirinhos, quilombolas, indígenas, dentre outras (CARNEIRO et al., 2014).

Muitas barreiras já foram vencidas e melhorias com relação à condição de saúde da população a partir da expansão da Atenção Primária à Saúde (APS). Contudo, ainda se identificam desigualdades de acesso, baixa resolutividade das ações de saúde e descontinuidade do cuidado diante da diversidade sociocultural e ambiental existente em todo o território brasileiro.

Foi somente em 2 de dezembro de 2011 que o Ministério da Saúde instituiu oficialmente a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) mediante Portaria nº 2.866/GM/MS. A política se estrutura em quatro eixos estratégicos para a sua operacionalização e no eixo relativo ao acesso das populações do campo e da floresta na atenção à saúde, encontra-se o direcionamento para ampliação da Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2013).

Com essa base conceitual, este estudo etnográfico (ANGROSINO; FLICK 2009) teve por objetivo analisar o cuidado à saúde de famílias que vivem em assentamentos da Reforma Agrária em Pernambuco. Desta forma, os resultados apresentados neste artigo são provenientes da investigação sobre contexto socioeconômico e cultural dos territórios, das práticas de saúde vivenciadas pelas equipes da APS, Setor Saúde do MST- PE e famílias assentadas considerando os desafios e potencialidades nesse âmbito da atenção à saúde.

Andar, ver e escrever: ferramentas e trajetórias metodológicas

Este estudo etnográfico foi realizado através de *observação participante* durante os atendimentos na Unidade de Saúde da Família (USF) - Lajes, visitas domiciliares, atendimentos nos pontos de apoio em comunidades mais distantes da USF, sala de espera; *entrevistas individuais* com os profissionais das equipes de saúde e setor saúde do MST-PE;

grupos focais em dois assentamentos da Reforma Agrária: Macambira/Borba e Lago Azul e *registros em diário de campo*.

A USF de Lajes pertence ao 2º Distrito de Caruaru com a comunidade adscrita distribuída em 5 microáreas estando uma descoberta por Agente Comunitário de Saúde (ACS). Esta USF é uma das 18 localizadas em área rural do total de 63 USF em todo o município de Caruaru que apresenta cobertura populacional de Equipe de Saúde da Família (eSF) estimada em 69,26% segundo dados do Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2017). A equipe que atua na unidade é composta por 1 médica, 1 enfermeiro, 4 ACS, 1 cirurgiã dentista, 1 técnica de saúde bucal, 1 técnica de enfermagem e uma prestadora de serviços gerais e conta com uma equipe multiprofissional vinculada à RMSFCampo que também oferece assistência às famílias adscritas e apoio à equipe de referência.

Esses profissionais dão cobertura a aproximadamente 1.000 famílias, cerca de 4.000 pessoas, número que ultrapassa a média recomendada pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2012) que é de 3.000 pessoas por equipe. Esse fator toma proporções mais significativas por se tratar de um território rural, onde a dispersão geográfica requer maior tempo para deslocamento das equipes da USF até as famílias e vice-versa.

Foram entrevistados individualmente seis profissionais de saúde sendo três da Equipe de Saúde da Família (eSF) e três da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família da Residência Multiprofissional em Saúde do Campo (eNASFR), uma representante do setor saúde do MST-PE e 10 assentadas/os em dois grupos focais nos assentamentos de Macambira/Borba e Lago Azul, totalizando 17 sujeitos identificados a partir de nomes de plantas típicas da região.

Esta pesquisa cumpriu com as exigências da Resolução CNS 466/12 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – CCS da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE com o número de CAAE: 58398016.4.0000.5208 e os

participantes aderiram voluntariamente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

De posse do material etnográfico, poderíamos analisá-lo basicamente sob duas óticas: descritiva ou teórica, conforme sugerem Angrosino e Flick (2009). Neste caso, aplicou-se a forma descritiva e interpretativa a partir da identificação das temáticas prevalentes, significados, convergências e divergências do fenômeno em questão.

A análise do material ocorreu nas seguintes etapas: a) leitura panorâmica; b) releitura para identificação dos conteúdos que se relacionavam ao objeto de estudo; c) definição das categorias a partir do agrupamento dos conteúdos correlacionados na segunda etapa; d) diálogo das categorias com o referencial teórico.

A partir da análise, surgiram três eixos para discussão: 1) a organicidade e o contexto socioeconômico e cultural das famílias assentadas; 2) as práticas de saúde e a necessidade de ampliar o *pensar e fazer* saúde em assentamentos da Reforma Agrária; 3) Desafios e potencialidades da saúde do campo: a APS como terra fértil para integralidade do cuidado.

Ocupar e resistir: a organicidade e o contexto socioeconômico e cultural das famílias assentadas

Depois de assentadas, as famílias devem permanecer organizadas no MST, pois a conquista da terra é apenas o primeiro passo para a realização da Reforma Agrária. Como aponta Roseli Caldart (2012) a luta é duradoura e tem como base duas lições aprendidas ao longo do tempo: a primeira é que a luta não acaba com a conquista da terra, e a segunda, que a luta também não termina enquanto existem famílias sem-terra.

No entanto, o que se observa de maneira geral é a dificuldade de manter as famílias organizadas com sentimento de pertencimento ao Movimento após a conquista da terra. O

formato dos assentamentos em parcelas, muitas vezes distantes umas das outras, dificulta a convivência entre as famílias assentadas, o que desfavorece a organização

Eu ainda sinto falta de acampamento sabia? Apesar das dificuldades, mas tem hora que eu sinto falta [sente falta de que?] Da união maior porque tem união bem maior quando é acampamento [...] depois que cada cá foram para os seus cantos aí muda muito. Eu acho que em minha opinião é porque depois que passa a ser assentamento aí passa a ser cada um por si, né? Enquanto é acampamento aí tá se lutando tudo junto por uma causa só né aí depois não, depois você ganha sua parcela aí vai cuidar para lá da sua eu já tô aqui na minha vou cuidar da minha eu acho que é por aí sei lá entendeu (Xique-xique).

Percebe-se que a configuração de acampamento permite maior interação e organização coletiva em torno da luta pela garantia de direitos sociais além da conquista da terra. Por outro lado, o formato - inclusive territorial - dos assentamentos gera afastamento entre as famílias e consequente desmobilização perdendo a característica de continuidade da luta como propõe o Movimento desde a sua origem diluindo princípios como a organicidade, coletividade e solidariedade como disse uma das assentadas: “quando é acampamento sei lá... é tão diferente! É uma preocupação tão grande um com o outro depois que virou assentamento é cada um na sua casa é cada um por si” (Xique-xique).

Na contramão dessa tendência, o setor saúde do MST-PE, vem desenvolvendo atividades de fomento à reorganização dessas famílias pautado na educação popular. Visa ao resgate da organicidade interna orientada à prática vinculada a uma análise mais ampla da questão de saúde através do incentivo e construção da autonomia transformada em luta. Pois, “toda conquista parte da luta e eles são sujeitos desse processo, eles são protagonistas e não esperar só do outro que vem de fora. Mas, entender que eles são parte da comunidade, de como eles conseguem fazer uma leitura de saúde” (Mandacaru). Aponta, então, para a necessidade de incluir as famílias assentadas no planejamento das atividades junto às equipes da APS.

Semelhante à realidade de outros assentamentos rurais, a estrutura de equipamentos sociais é precária também em Lago Azul o que expressa mais uma vez a negação dos direitos sociais às famílias assentadas por parte do Estado. O que se constata é a ausência de escolas,

espaços de lazer e convivência, falta de iluminação e segurança pública, dificuldade com transporte, rede de saneamento básico insuficiente, trabalho e renda também precarizados.

Assim, as crianças, adolescentes e adultos que precisam estudar, têm de se deslocar a pé ou através do ônibus escolar que transita pela BR 104 para chegarem até a área mais urbanizada de Lajes onde existe uma escola com Ensino Fundamental I. A fim de dar continuidade aos estudos do Ensino Fundamental II e do Ensino médio, precisam se deslocar para Toritama (cerca de 15 km), para a comunidade do Rafael, Cachoeira Seca ou ainda para a zona urbana de Caruaru (cerca de 20 km).

Dentre as necessidades apontadas pelas assentadas, está a construção de uma escola no Assentamento

Aqui também não tem que deveria ter porque a gente sai daqui para ir para cidade se arriscando de não voltar. De ir e não voltar que tem assaltos tem tudo por aí tem muitos que vão e não voltam. A gente deveria ficar aqui porque como tem na cidade, aqui também deveria ter. Eu tenho uma professora para ir, mas já fica ali na sede não é bem uma escola (Catingueira).

O questionamento feito ao grupo de mulheres que participaram do grupo focal neste Assentamento sobre quais eram as atividades de lazer e existência desses espaços nas proximidades, foi motivo de gargalhadas seguidas da fala de uma delas

Eita! Chegou a hora o lazer de nós [...] para se divertir é em cima da máquina [de costura] mesmo. É aqui de domingo a domingo [...] Eu saio é para a igreja na Lajes assim no domingo é para onde a gente sai mesmo [...] mas realmente para se divertir eu mesmo nem lembro da época que eu tenha saído. Tem não! nem para as crianças nem para nada (Jurema).

Tendo em vista a importância dos espaços de lazer e convivência para a qualidade de vida, o que se observou foi a existência de bares e campos de futebol que são frequentados, em sua maioria, por homens. Restando às mulheres, frequentar as instituições religiosas como alternativa à socialização, em especial da vertente protestante presentes de maneira preponderante nessas áreas.

Produzir: as práticas de saúde e a necessidade de ampliar o pensar e fazer saúde em assentamentos da Reforma Agrária

As ações de saúde de caráter comunitário e preventivo junto à população de áreas rurais ou periféricas tiveram inicialmente o objetivo de reduzir o quadro de epidemias que assolavam esses grupos ou ainda no intuito de levar o mínimo de cuidado à saúde considerando o fato de não haver sequer o profissional médico em regiões remotas do país. Sem dúvida, o perfil dessas ações foi se reconfigurando ao longo dos anos principalmente a partir do compromisso constitucional assumido para com a efetivação do SUS.

A partir da análise das práticas de saúde nos assentamentos, foi elaborado um fluxograma com conexões temáticas dos elementos que interferiam na configuração da Saúde da Família daquelas áreas: 1) os fatores socioeconômicos e culturais das famílias assentadas; 2) compreensão das necessidades e demandas; 3) formação em saúde e perfil dos profissionais; 4) as competências e habilidades existentes e exigidas às equipes de saúde; 5) a capacidade resolutiva instalada da APS; 6) produção do cuidado à saúde nesses territórios. Estes pontos dialogam entre si e dão contorno ao modo de *pensar e fazer saúde* do Campo a partir dos diversos sujeitos que compartilham esse território.

O cuidado na lógica da clínica ampliada com interação entre os diversos saberes, o planejamento com base nos modos de vida dos indivíduos, famílias e comunidades, a gestão compartilhada e o investimento em processos de apoio às equipes de saúde também se apresentaram como condições imprescindíveis para garantir a efetividade das ações na APS.

Sobre esse aspecto, o funcionamento da USF-Lajes acontece através do cumprimento de uma agenda fixa de atividades semanais planejadas, de acordo com os profissionais da equipe de referência, a partir do planejamento segundo a demanda das comunidades adscritas.

Bom, isso a gente tá na fase de engatinhar ainda, né? Porque de 3 anos para cá aqui começou a ver essa questão realmente de planejamento baseado nas necessidades da comunidade. a gente faz essa rotatividade porque antes não existia nenhum tipo de planejamento a gente não tinha realmente ações voltadas às situações específicas da comunidade e hoje a gente consegue fazer através das reuniões (Umbuzeiro).

Apesar de ter havido relato quanto à realização de algumas reuniões entre as equipes (eSF e eNASFR), com participação da coordenadora do NASF municipal para discussão de temas e casos, a reunião fixa na agenda da USF é mensal para sistematizar os dados da produtividade para ser encaminhada à secretaria municipal de saúde. A inclusão de reuniões para planejamento das atividades, discussão de casos, construção de PTS ainda representa um nó dentro do processo de trabalho das equipes da APS e exige reorganização do cotidiano do serviço.

Segundo as assentadas entrevistadas, não há atividades de planejamento conjunto com a eSF como comentou a Assentada quando se referiu à retirada das vagas específicas para o atendimento odontológico na USF

Eles fazem as reuniões e define as coisas e *nós não fica* sabendo [...] lá no posto eles fazem reunião, define e você quando chega lá fica sabendo. Já sabe que mudou, já fica sabendo que não tem mais disponibilidade porque mudaram a não procuraram atendimento e as vagas foi disponibilizado para os outros e nós ficamos que necessita os que necessitam ficam sem aí é complicado (Jurema).

Sobre esse aspecto, as ações na APS devem responder às necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e “recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários” (BRASIL, 2012 p. 43).

As equipes identificavam os fatores socioeconômicos e culturais como estruturantes das condições de saúde devendo ser considerados no planejamento das ações como era o caso do trabalho nos fabricos que dificultava a participação das pessoas nas atividades da USF. No entanto, as práticas tinham um perfil curativista, biomédico e individual centradas no atendimento na USF, apesar do reconhecimento de que “existem questões que extrapolam aquilo que eles fazem na unidade” (Mulungu).

O modelo fica igual [*ao da cidade*], entendeu? De HiperDia, aquele modelo de vacina, puericultura e as pessoas que tem que ir independente se mora a 20 quilômetros ou se mora a dois quilômetros tem que chegar na unidade [...] fica mais nas ações curativas (Cacto).

Eu tenho tentado fazer mais ação de prevenção de doença cardiovascular, prevenção de complicações cardiovascular de hipertenso e diabético, algumas educativas também como as que eu tenho que fazer com a nutricionista para dizer para as mães como alimentar as crianças [...] individuais são mais as abordagens durante as consultas mesmo quando eu tento ver o paciente dos pés à cabeça (Caroá).

O cuidado ofertado pela equipe de referência está mais relacionado à clínica médica que, de acordo com os profissionais da USF, é a maior demanda da população adscrita sendo reservado um dia por semana para atender essa necessidade. Assim, desenvolvem ações voltadas aos hipertensos e diabéticos, puericultura e pré-natal, pediatria, planejamento familiar, renovação de receitas, programa vacinal, consultas odontológicas, visitas domiciliares, acolhimento diário das 8h às 9h, atendimento às urgências e emergências, demanda espontânea e consultas em pontos de apoio e no período estavam participando de formação sobre atenção à Saúde Mental oferecida pela gestão municipal por ser uma demanda recorrente das equipes da APS.

Identificou-se, ainda, que a compreensão acerca do processo saúde-adoecimento e o perfil da intervenção variavam entre as diferentes categorias profissionais. A atuação da ACS tinha um caráter mais preventivo com ações de educação em saúde, orientações sobre uso adequado da água, abordagens sobre os focos de lixo nas comunidades, entre outras que apresentaram maior aproximação com o contexto de vida das famílias.

No caso dos profissionais da eNASFR, as práticas de saúde são planejadas a partir do processo de territorialização e diagnóstico que realizam ao ingressarem no programa de residência. Este fato diferencia a intervenção deles no sentido de serem mais voltadas à promoção da saúde, organização/mobilização da comunidade, ações de geração de renda, articulação com a rede de atenção à saúde e intersetorialidade, incentivo ao uso de plantas medicinais e fortalecimento do saber popular.

Destaca-se a formação de grupos de mulheres, saúde mental e qualidade de vida; atendimentos individuais, porém, buscam priorizar as ações coletivas por “acho que o próprio território vai convidando a gente a pensar de forma coletiva” (Mulungu).

Esse último enfoque das ações está diretamente relacionado aos relatos das famílias assentadas sobre *como cuidam da saúde* naquele contexto conforme abaixo:

Quando é uma dor de barriga a gente faz um chá de erva cidreira, chá de boldo, quando é com diarreia gente faz um soro caseiro Quando vê que não tem jeito mesmo aí é preciso levar para Toritama. Leva direto para Toritama. Esse posto aí mesmo eu só vou quando é pra dar uma vacina. Eu cuido por aqui mesmo em casa mesmo quando eu vejo que a medicação que eu tô fazendo em casa assim, o soro caseiro, um chazinho de erva doce, de erva cidreira não tá servindo aí eu levo pro hospital de Toritama. Quando eu tô com dinheiro para ir para UPA eu vou para UPA em Caruaru aí quando não tem quando não dá para ir de jeito nenhum, um canto que eu vou mais barato é para Toritama porque é mais barato é mais perto né aí a passagem se torna mais barata [...] de vez em quando tem uma gripezinha aí nós faz um lambedor em casa (Palma).

Foi frequente esse tipo de relato entre as famílias assentadas que recorrem muitas vezes aos serviços de saúde no município de Toritama (município vizinho) por ser menos oneroso o deslocamento. Esta escolha também está relacionada à dificuldade em realizar consultas, marcações de exames e obter atendimento de urgências na USF – Lajes que, de acordo com as/os assentadas/os, supre demandas como vacinação, aquisição de medicamentos, acompanhamento às crianças, hipertensos e diabéticos.

De acordo com relatos dos setores estaduais de saúde do MST (2005), as experiências do Movimento referem-se principalmente à convivência e cuidado entre militantes e familiares em caso de adoecimento, à promoção de hábitos saudáveis, à efetivação do direito à saúde, preparo de remédios à base de plantas medicinais, cuidado com alimentação, com a higiene e com o ambiente, oficinas com a juventude sobre sexualidade, cuidado com pessoas com transtorno mental e inserção nas lutas e processos organizativos do próprio MST.

Com o objetivo de fomentar a autonomia e protagonismo das famílias no processo de cuidado à saúde, o setor saúde do MST – PE tem realizado no diagnóstico das condições e demandas de saúde nos acampamentos e assentamento, apesar de ainda não terem alcançado

todos os territórios, pois, são apenas quatro pessoas compondo este coletivo de saúde. Este tem atuado através de *minisseminários*, reuniões nos assentamentos para produção de diagnósticos, planejamentos e avaliação das atividades e ressaltam a necessidade de sensibilizar os profissionais da Saúde da Família quanto às especificidades do campo. Porém, não houve relato de atividade junto às equipes a fim de enfrentar esse entrave, apesar de vir contribuindo diretamente na coordenação e desenvolvimento da RMSFCampo em parceria com a UPE e coletivo Grão de saúde do campo.

Por outro lado, identificam-se entraves de diversas ordens que fragilizam a estruturação de serviços de saúde acessíveis, universais e equânimes. Córdova; Ribas; Wosny (2011) ao estudarem a realidade de saúde de assentados, afirmam que as principais dificuldades quanto ao acesso aos serviços da APS são com relação à distância, desconhecimento por parte dos gestores e profissionais sobre a realidade do assentamento, a falta de ACS da comunidade, a USF funciona como um *quebra-galho* e segue os mesmos programas propostos para área urbana.

A produção de práticas de saúde integrais no contexto de assentamento da Reforma Agrária requer formação profissional mais humanizada, solidária, popular e voltada ao trabalho interprofissional e intersetorial, onde o campo de aprendizado seja composto pelos territórios vivos com todas as suas fragilidades e potências. Esses esforços vêm se dando na instituição de novos currículos para graduação e nas estratégias de educação permanente como é o caso dos programas de residência multiprofissionais em saúde da família, saúde mental e recentemente em saúde do campo.

As práticas vêm sendo ampliadas com a inserção das equipes multiprofissionais através da RMSFCampo, pois os profissionais reconhecem que “só consegue ir até certo ponto do nosso conhecimento então foi aí que eu preciso do pessoal da educação física o pessoal da Nutrição, da Terapia Ocupacional” (Caroá) e analisam que as intervenções junto as

populações do campo “extrapolam o meu núcleo, sabe? Eu preciso aprender a ler, a fazer outra coisa para lidar com aquilo que *tá* aparecendo não dá para ficar só na minha disciplina não, tem que ir lançar mão de outras estratégias” (Mulungu). Como também reforça outra profissional:

Por aqui é muita coisa e coisas que não tem como dar uma resolutividade, entendeu? Isso é o que mais difícil. Depois de estudar 5 anos na academia e ver que tipo nada do que você estudou vai vale servir muito não, viu? Há outras coisas que você tem que desenvolver, outras coisas que você tem que criar, outras coisas que você tem que fazer (Cacto).

Deste modo, retomamos os apontamentos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2011) com relação ao manejo dos problemas de saúde nas áreas rurais que, geralmente, requer tempo e ritmo diferenciados, como no caso de emergências que necessitam estabilização inicial antes do transporte para outros pontos do sistema de saúde; a necessidade de haver uma ampliação da escala de habilidades para uma abordagem integral e sócio familiar, incluindo competência dialógica intercultural; além do que, o profissional de saúde rural costuma agir mais em situações de relativo *isolamento* ou com equipes menores e recursos restritos.

Desafios e potencialidades da saúde do campo: a APS como terra fértil para integralidade do cuidado

Neste tópico, trataremos de desafios e potencialidades trazidos por aquelas/es que vivenciam diariamente essa realidade. Aspectos que, em nossa análise, servem de pontos para reflexão às equipes de saúde da APS, famílias assentadas e MST-PE a fim de construir canais de diálogo e prática entre ambos.

As demandas no contexto de vida das famílias assentadas extrapolam a atuação na APS preconizada nacionalmente bem como a abordagem de saúde centrada nos fatores biológicos. Visto que, envolve a carência por serviços públicos que tornam mais evidentes à interferência de fatores sociais, econômico, culturais e educacionais incidindo na condição saúde-adoecimento. Pois, foram recorrentes discursos relacionados ao modo de vida no

campo envolvendo moradia, transporte, escola, saneamento básico, trabalho, alimentação, segurança pública e outros aspectos estruturais da determinação da saúde.

A necessidade de criar novas práticas através ferramentas metodológicas da educação popular com incentivo e valorização dos conhecimentos e das vivências populares, apresentou-se como um potencial componente do cuidado nessas comunidades que extrapola o modo de funcionar da APS preconizado

A gente tem muitas ferramentas, a gente tem muitos focos, mas aí a gente precisa na verdade é ampliar as parcerias aumentar e aí o que eu acho primordial seria justamente a parte da educação (Umbuzeiro).

De potencialidades eu acho que a atenção básica é aquela que *tá* lá no território, é aquela que *tá* lá no dia a dia da população, entendeu? Então, como essa ausência de serviço é muito grande dentro do território do campo, a única coisa que existe lá é a saúde e a escola, né? São os grandes potenciais desses lugares. Então tem muita coisa que pode ser desenvolvida ali muita coisa que poderia ser da saúde junto com a educação e desenvolver aquele território ali para que eles não precisassem sair dali (Cacto).

Destacaram a dificuldade com transporte e locomoção no território como sendo um dos maiores entraves para garantir a efetividade das ações de saúde. Isso inclui as precárias condições das estradas, insegurança, falta de iluminação, transporte público escasso e oneroso para as famílias que precisam se deslocar até a USF uma vez que é o espaço onde se concentram as atividades oferecidas pela equipe.

Acrescenta-se a esses entraves, aqueles aspectos que delineiam o processo de trabalho intra e inter equipes consequentemente o *fazer saúde*. Assim, a barreira, por vezes velada, erguida historicamente na formação em saúde para uma visão fragmentada do sujeito, com intervenções isoladas nos núcleos de saberes, sobretudo por não compreender as necessidades de saúde como uma produção social, mas estritamente biológica e individualizada. Soma-se a isto, “o desconhecimento dos profissionais e gestores sobre quem são e como vivem os povos do campo” (Mandacaru).

Starfield (2002) apontou que a acessibilidade, a localização geográfica do serviço, os horários e dias de funcionamento, bem como o processo de utilização dos serviços por parte

da população, são elementos essenciais para que a APS seja considerada a porta de entrada do sistema de saúde. Além do que, de acordo com Malta et al. (2016) para ser resolutiva, requer a ampliação do acesso às demandas dos usuários incluindo acolhimento e capacidade em resolver essas demandas espontâneas ou programadas. Fato que depende também da integração com os outros níveis de assistência do sistema de saúde municipal e estadual.

Com relação a esta questão, ficaram evidentes as poucas condições de referenciar e contra-referenciar as/os usuárias/os por haver concentração dos serviços na cidade. Porém, foi descrito como possível e potente o desenvolvimento de ações de saúde nas escolas por serem os equipamentos sociais disponíveis no território.

Os profissionais são constantemente desafiados a reorganizarem seu processo de trabalho e o serviço de modo a facilitar o vínculo com as famílias a fim de garantir a qualidade do cuidado não somente às pessoas que acessam a USF, mas também realizar busca ativa às famílias que não chegam à Unidade por razões diversas.

Esse desafio é acompanhado por outro que é a realização de ações externas à USF com abrangência coletiva nos assentamentos, de promoção da saúde e prevenção de agravos por demandarem integração de saberes perante um campo de conhecimento comum que não está sendo priorizado conforme vemos no relato:

Temos conseguido avançar pouco nas ações coletivas. Eu acho que a gente poderia ter avançado mais [...] a gente tá mais no núcleo mesmo familiar; eu mesmo trabalho muito mais com as famílias individualmente [...] as ações individuais ficam muito mais fortalecidas. Construir uma coisa coletiva é mais difícil, entende? É um desafio (Cacto).

Assim, a compreensão ampliada de saúde com a qual os serviços do SUS devem trabalhar se apresenta como carro-chefe para a criação de novos modos de *pensar e fazer* saúde do Campo. Pois, é recorrente o adoecimento relacionado à alta exposição ao sol; questões respiratórias; acidentes de trabalho e adoecimento em decorrência do modo de produção sejam na agricultura e/ou nos fabricos têxteis; adoecimento e morte por uso de

agrotóxico; diarreias e verminoses; e no extremo das necessidades: a fome que ainda assola a vida de muitas famílias.

A gente tem um desafio que talvez não seja específico de Caruaru, mas que seja a nível nacional e que está relacionado muito a questão social. A gente volta para questões de educação [...] educação da comunidade e educação continuada para os profissionais. Quesito social também as condições de vida que boa parte das famílias leva [...] isso é um desafio muito grande (Umbuzeiro).

Eu não consigo olhar para uma comunidade que sofre altos índices de ansiedade e depressão e dissociar da falta de serviço na comunidade, não consigo dissociar disso a questão da miserabilidade das comunidades, da questão educacional, de como falta água para beber e para cozinhar, mas para lavanderia não falta água para lavar o jeans. Como Estado privilegia os pequenos empresários e deixa a comunidade. Então eu não consigo dissociar isso do processo de saúde (Mulungu).

De acordo com a SBMFC (2011), em geral, os índices de saúde e de condições sociais em área rural são piores que as urbanas, determinados problemas de saúde são mais frequentes em áreas do campo; as taxas de cobertura preventiva são piores em áreas rurais e a auto-avaliação da saúde também é pior nesta população. Assim, as equipes devem ter capacidade de realizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos que, em áreas urbanas comumente seriam encaminhados para outros locais do sistema.

Por que para sociedade eu *tô* com saúde quando eu não *tô* com febre quando eu não *tô* com dor, não conseguem associar que a falta de terra a falta de não ter o acesso à política pública, é um problema de saúde para o ser humano [...] porque na sociedade que a gente vive hoje o sujeito não tem acesso a casa, moradia, educação, entendeu? Até um trabalho. Então assim, são as coisas que vai desencadear o processo [de adoecimento] então se você não consegue trabalhar isso dentro dos espaços que a gente *tá*, vai sempre gerar dificuldade do entendimento do que é saúde. Vai pensar que a saúde é só o acesso ao serviço, é só a coisinha pontual e que não vai dar resolutividade nenhuma porque se eu dou um remédio pra dor de cabeça dele resolve hoje, imediata, mas essa dor de cabeça vai vir recorrente porque o que desencadeia isso nele muitas vezes é a falta do emprego, é a falta do trabalho, eu não tenho a terra para produzir a sua alimentação (Mandacaru).

Além disso, o aprimoramento da saúde do campo deve estar associado a uma forte orientação da rede municipal para APS, ampliação da capacidade das equipes em apreender as reais necessidades das comunidades, desconcentração e territorialização dos demais serviços da rede. Pois, corroboramos com Targa et al. (2014) quando dizem que o cuidado centrado na comunidade com competência cultural devem ser princípios de todas as políticas de sistema

de saúde, sobretudo no que concerne à atenção às populações do campo e suas distintas realidades.

Para não fíndar: outras considerações sobre a saúde da família do campo

De maneira geral, as atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde da APS estão no elenco do que é preconizado pela PNAB (BRASIL, 2012) que não destaca aspectos relativos às especificidades da população do campo. No item que apresenta a atribuição de cada profissional, é possível constatar que não há menção às atividades em conformidade com as realidades rurais.

Apesar de a maioria dos profissionais reconhecer a dificuldade em incluir atividades de prevenção ao adoecimento e promoção da saúde no cotidiano do serviço, em alguns discursos aparece que os usuários às vezes associam a USF à doença e só buscam os cuidados da equipe quando já têm alguma queixa, não buscando de maneira preventiva e de promoção da saúde. Portanto, percebe-se uma retroalimentação entre oferta e demanda. Enquanto o serviço oferece mais ações curativas, a comunidade entende que esse é o seu papel e procura por esse tipo de cuidado e ao fazer isso, demanda essa intervenção por parte da equipe e ambos seguem sem romper com essa lógica.

Diante disso, torna-se imprescindível o incentivo à educação permanente acerca dos modos de vida dos povos do campo, incentivo à prática interdisciplinar, garantia de transporte às equipes, fomento à organização nos assentamentos em torno da valorização das práticas tradicionais, planejamento e avaliação envolvendo equipes, setor saúde do MST e famílias visando à participação coletiva na construção do cuidado e efetivação da APS.

Deste modo, ampliam-se as chances de que sejam apreendidas as questões estruturais do processo saúde-adoecimento favorecendo a construção de práticas de saúde mais resolutivas, integrais e comprometidas com a realidade socioeconômica, cultural e sanitária dos assentamentos da Reforma Agrária.

Abstract

This ethnographic research aimed to analyze the health care of families settled in the interior of Pernambuco from participant observation, individual interviews with Primary Care health workers and representative of the Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), focus groups with families of two settlements and field diary. It was observed that health practices were related to the popular care through the use of medicinal plants, preventive actions such as vaccination, childcare, monitoring of hypertensive and diabetic patients, water treatment and waste destination. It was identified that socioeconomic, cultural and educational factors had a negative impact on the health condition, while the training of professionals and the resolving capacity of Primary Care limited the supply of actions. Although health practices were in accordance with the National Primary Care Policy, there were gaps between making technical health and making health popular. The actions carried out by the Movement were highlighted as the diagnosis of health condition and planning based on popular education. The health needs presented by the families demanded of the teams, competences and specific abilities for the integral health care implied with the socioeconomic, cultural and sanitary reality of the Agrarian Reform settlements.

Keywords: Health policy. Basic Attention. Family Health. Rural health.

APÊNDICE B - Roteiro Entrevista: profissional de saúde

Bloco I – Formação profissional e educação permanente para atuação em área rural

- 1- Fale-me sobre sua formação profissional e sua atuação nesta equipe
- 2- Sente necessidade de alguma complementação na sua formação que poderia qualificar sua atuação junto a esta população? qual (ais)?
- 3- Pode descrever momentos em que vivencia a educação permanente no seu trabalho?
- 3- Qual (ais) competência (s) e habilidade (s) uma enfermeira/uma ACS precisa ter para atender às necessidades de saúde dessa população?
- 4- Como a Sr(a). compreende que deve ser a atuação de uma equipe de saúde da família nesse contexto?
- 5- Quais as potencialidades e fragilidades que a Sr(a). identifica na rotina do seu trabalho?

Bloco II – Ações de saúde individuais e coletivas em USF rural

- 1- Conte-me sobre as ações que desenvolve nesta USF e junto à população (assentamento Normandia, acampamento Novo Amanhecer ou Comunidade Caldeirão)
- 2- Das ações que a Sr(a). realiza, quais classificaria como atenção individual e coletiva? Alguma é mais prevalente? Porque a Sr(a). acha que isso acontece?
- 3- A partir de que fundamentos a Sr(a). planeja e executa essas ações?
- 4- Quais as principais necessidades de saúde que a Sr(a). identifica nas famílias de Normandia/Novo Amanhecer/Caldeirão?
- 5- Qual a sua opinião sobre a resolutividade dessas ações?

Bloco III – Concepções acerca do seu papel enquanto profissional da atenção básica em área rural

- 1- Como a Sr(a). compreende o seu papel dentro da estratégia de saúde da família em área de assentamento/acampamento/comunidade rural?
- 2- Como analisa as ações de saúde desta equipe diante das necessidades de saúde da população adscrita?
- 3- Identifica alguma especificidade com relação à estratégia de saúde da família em outras áreas? Poderia me dar exemplos?
- 4- Quais são as potencialidades existentes no cuidado a esta população?
- 5- Quais os principais desafios que o Sr(a). vivencia?

APÊNDICE C- Roteiro Grupos Focais: famílias assentadas

Bloco I - Compreensão acerca do conceito de saúde e do papel da atenção básica

- 1- O que é saúde para vocês?
- 2- Como vocês cuidam da saúde?
- 3- Em que situações procuram a equipe de saúde da família?
- 4- Que tipo de cuidado à saúde vocês gostariam de receber dos profissionais da USF?
- 5- Vocês acham que poderiam resolver outras questões de saúde através da USF? Quais seriam?

Bloco II - Acesso às ações da atenção básica

- 1- Quando vocês precisam da equipe de saúde da família, como fazem para ter acesso?
- 2- Em caso de não poder se deslocar até a USF, o que fazem? Algum exemplo?
- 3- Qual a opinião de vocês sobre o acesso às equipes de saúde da família?
- 4- Quais as principais dificuldades que vocês encontram para ter acesso às ações de saúde na USF?
- 5- Vocês acham que esse acesso poderia ser facilitado/melhorado? Como isso aconteceria?

Bloco III - Necessidades de saúde a partir do território onde vive

- 1- Quais são as principais necessidades de saúde que vocês têm aqui no assentamento/acampamento/Caldeirão?
- 2- Vocês acham que por serem assentados/acampados/morarem em área rural, as necessidades de saúde de vocês é diferente de outras comunidades? Porque e quais seriam essas diferenças?
- 3- Vocês avaliam que as necessidades de saúde de vocês são atendidas pela USF?
- 4- Na opinião de vocês, quais são os principais fatores que contribuem para que isso aconteça?
- 5- O que poderia acontecer para que as necessidades de vocês fossem mais bem atendidas?

APÊNDICE D - Estudos sobre as condições de saúde da população do campo

Autor, Ano	População	Objetivos	Tipo/Desenho	Resultados/Conclusões
Carneiro, 2007	3 comunidades em Unaí-MG (assentamento, acampamento e boias-frias)	Caracterização e análise da questão de saúde, comparando a proposta política de saúde do MST com as políticas oficiais e entre as 3 comunidades	Tese. Triangulação de métodos (Minayoet al, 2005)	Cronologia das políticas de saúde para o campo (1918-2004); Comparação entre FUNRURAL, PIAS e SUS; condições de vida, produção e trabalho, noções e serviços de saúde. O MST defende o SUS e o conceito ampliado de saúde, ambas as populações ainda encontram-se excluídas e discriminadas pelos serviços de saúde e uma das principais barreiras é o acesso.
Batista, 2014	72 famílias de assentamento rural	Analisar a produção da saúde no campo em assentamento rural ligado ao MST - PE	Artigo Vivências e da análise documental das relatorias e outros documentos	Pouca organização e mobilização entre os assentados; saúde baseada no modelo biomédico; poucas ações de educação popular e promoção à saúde. Pouco investimento na saúde dos camponeses, necessidade de organização política e o papel do residente na visibilidade das especificidades da saúde dessa população.
Córdovaet al, 2011	10 assentados, 2 prof. USF e 2 gestores	Analisar a realidade de saúde de assentados e sua relação com o SUS.	Artigo de dissertação. Estudo de caso com análise hermenêutica-dialética	Aponta os principais entraves sobre o cuidado à saúde quanto ao acesso aos serviços do SUS com foco na APS; as dificuldades são, principalmente com relação à distância, desconhecimento por parte dos gestores e profissionais sobre a realidade do assentamento, falta de ACS da comunidade, a USF funciona como um “quebra-galho” e segue os mesmos programas propostos para área urbana.
Carneiro et al, 2014	Documentos oficiais	Relatar a experiência do OBTEIA com foco no processo metodológico utilizado	Artigo. Pesquisa documental e relato de experiência	Apresenta o surgimento, objetivos e metodologias utilizadas pelo OBTEIA. Além de dados relativos à distribuição da população rural, dados demográficos e questionamentos importantes para dar visibilidade e pensar a consolidação da atenção à saúde dessa população.

Scopinho,2010	Assentados do MST região de Ribeirão Preto	Refletir sobre como a lógica organizativa do MST contribui para melhorar as condições de saúde e compreender os sentidos da saúde-doença e das práticas de saúde	Artigo. Análise documental, entrevista e observação	Discute como a noção de saúde tem sido construída pelo MST, apresenta os sentidos atribuídos à saúde e doença pelos assentados. Forte presença de relação entre saúde, alimentação, trabalho e relações sociais. Experiências com fitoterápicos, a falta de acesso aos serviços de saúde, prática religiosa como forma de cuidar da saúde.
Riquinho; Gerhardt, 2010	Entrevista com 20 pessoas, correspondendo a 20 famílias de área rural do RS	Conhecer e compreender as necessidades de saúde por meio das concepções de saúde e doença considerando as desigualdades sociais	Artigo parte da dissertação de mestrado	Apresenta a percepção dos moradores sobre saúde e doença em 3 denominações a partir das entrevistas: saudável, adoecido e estado de transitoriedade entre estar doente ou se sentir saudável. Mostra a forte relação estabelecida pelos entrevistados sobre adoecimento e impossibilidade de trabalhar. Também analisa as situações de vida das famílias com base na condição de moradia, tipo de transporte utilizado e trabalho desenvolvido.
Cavalcante; Nogueira, 2008	5 assentados em região metropolitana de Belém-PA. Existe desde 1999 com 91 famílias	Compreender as práticas sociais coletivas à saúde no assentamento	Artigo	Traça-se o perfil dos “sem-terra”; a concepção de saúde, doença e SUS; os modos de organização e construção das práticas sociais coletivas para a saúde. Mostra a organização do MST em setores, dentre eles o da saúde, relata o fechamento do PSF nessa área e o impacto que isso teve no cuidado à saúde dessas pessoas que tinham o PSF como porta de entrada para o SUS, destaca o relevante papel do ACS que é do assentamento e deu continuidade às ações de prevenção junto ao setor saúde do MST. Traz as práticas de saúde tradicionais como as mais desenvolvidas no assentamento.

SOARES et al 2015	Análise de dados secundários do Atlas de Desenvolvime nto Humano, Sinan, PNAD e Censos IBGE	Verificar, segundo as condições sociodemográf icos, saneamento ambiental e doenças e agravos, se os MMR são mais precários que os MMU	Artigo	Estudo bastante descritivo a partir de coeficientes, percentuais, dados quantitativos com relação à longevidade, renda, educação, moradia, saneamento, principais doenças e agravos à saúde comparando esses aspectos nos MMR com os MMU. Conclui que os MMR apresentam um perfil de saúde mais precário quando comparado aos MMU.
----------------------	---	--	--------	--

APÊNDICE E - Estudos sobre o direito à saúde, SUS e APS

1º Autor, Ano	População	Objetivos	Tipo/Desenho	Resultados/Conclusões
Brito-Silva, 2012		Discutir acerca do direito à saúde e da integralidade e os entraves para sua garantia, bem como as possibilidades para superação dos desafios	Espaço aberto da revista Interface: comunicação, saúde e educação	O direito à saúde, no Brasil, é pensado numa perspectiva da integralidade; o conhecimento de experiências exitosas no campo da integralidade impulsiona o exercício da cidadania com pressão e mobilização política na luta pelo direito à saúde integral.
Tavares, 2009	Usuárias e profissionais	Avaliar a expansão da ESF em grandes centros urbanos no Estado do RJ	Estudo avaliativo	os atores percebem a saúde identificada em seus determinantes sociais. O estudo indica que processos de trabalho que contemplem a determinação social da saúde e a intersetorialidade conduziram à ampliação do acesso e do cuidado integral da saúde da mulher na fase reprodutiva.
Escorel, et al 2007	10 municípios com pop acima de 100000 de quatro regiões do país (gestores, profissionais e famílias)	Examinar fatores facilitadores e limitantes da implementação do PSF em grandes centros urbanos	Estudo de caso	Avanços na incorporação de novas práticas profissionais, na atenção primária e na criação de vínculos entre a equipes-famílias; integralidade como nó-crítico; alta busca por serviços da atenção secundária;
Gomes, 2009	127 famílias da comunidade rural de Airões – MG	Avaliar o impacto do PSF no perfil epidemiológico da população de Airões no ano de 1992 e 2003	Descritivo de corte transversal	Evolução no sistema de saúde do município; evolução dos indicadores de saúde da população a partir da implantação do PSF (pré-natal, internações, mortalidade). Potencial do PSF de reorientar o modelo de atenção à saúde. Entretanto, ainda seguiam o modelo médico curativo, tradicional e individualizada.

Aguiar, 2003	Documentos	Demonstrar influência do ideário de Alma-Ata no processo de construção e consolidação do SUS, bem como sua presença na estrutura de APS	Dissertação. Pesquisa bibliográfica	Resgata algumas experiências de APS antes do conceito difundido pela Conferência de Alma-Ata. Analisa a multiplicidade de interpretações atreladas à APS, o posicionamento da OMS, OPAS e Banco Mundial, as influências sobre a constituição do SUS.
Giovanella, 2008	Resenha sobre o ensaio de Eleonor Conill	Apresentar o ensaio de Conill que discute a trajetória da APS enquanto política de reforma setorial	Resenha	Apresenta o conteúdo do ensaio da autora Eleonor com foco nas duas concepções sobre APS: porta de entrada e como reorientação do modelo de saúde de forma seletiva ou ampliada. Na experiência europeia é mais comum a visão de primeiro contato com o sistema de saúde. Concepção de Alma-Ata abrangente e ampliada e o caso da maioria dos países em desenvolvimento, APS seletiva e como pacote básico de assistência.
Peixoto; Arrais, 2012	Políticas públicas sociais no Brasil	Analisa as estratégias utilizadas pelo capital em consonância com o Estado para responder às atuais questões sociais	Artigo	Resgata a consolidação das políticas sociais públicas desde o período de desenvolvimento econômico e de produção taylorista-fordista-keynesiano nos países de capitalismo avançado; a crise estrutural do capitalismo nos anos 70 e a implementação da acumulação flexível como alternativa à crise; a emergência do Estado neoliberal e as políticas sociais de enfrentamento à pobreza no Brasil contemporâneo.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)**

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa **Relatos e vivências em saúde do campo: a produção do cuidado em assentamentos da Reforma Agrária no agreste de Pernambuco**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Ana Carolina de Moraes T. V. Dantas (Rua Vinte e Quatro de Junho, nº 35 apt 903, Encruzilhada, Recife-PE, CEP: 52030-100; Tel.: (87) 9 99612 0769; email: caroldantas.to@gmail.com). Esta pesquisa está sob a orientação do Prof. Petrônio José de Lima Martelli (Departamento de Medicina Social – UFPE; email: petrônio.martelli@ufpe.br; Tel (81) 2126-8558) e co-orientação da Prof. Paulette Cavalcanti de Albuquerque (Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – Fiocruz Pernambuco; email: paulette.cavalcanti@gmail.com; Tel (81) 9 9610 2636).

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

Informações sobre a pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa cujo objetivo analisar o cuidado à saúde de famílias assentadas no interior de Pernambuco. Os dados serão coletados junto aos moradores das áreas de assentamento que estão sendo acompanhadas pelo programa de residência em saúde do campo; gestores municipais ligados à política da Atenção Básica e profissionais de saúde de referência para as famílias assentadas. Será realizado um grupo focal em cada uma das comunidades, entrevistas com profissionais de saúde além de observação participante, registro em diário de campo e fotografias do cotidiano das ações de saúde. O grupo focal e as entrevistas individuais terão gravação de seus áudios que posteriormente serão transcritas e analisadas segundo critérios da pesquisa etnográfica. Os riscos previstos são reduzidos, considerando algum desconforto ou constrangimento devidos aos meios de registros que serão utilizados durante o grupo focal (gravação de voz e imagem) ou mesmo no momento de expressar sua opinião em público, realizar comentários acerca das suas impressões com relação às ações de saúde que têm acesso nas referidas Unidades de Saúde e no caso dos profissionais e gestores, sobre suas práticas profissionais. Essas situações poderão ser minimizadas com o direito da não resposta a alguma questão e desistência da participação na pesquisa a qualquer momento. Todos os cuidados de privacidade e sigilo serão adotados durante o grupo focal e em todas as etapas do estudo, incluindo a publicação dos resultados. Identifica-se que os moradores se beneficiarão com a participação na pesquisa, pela oportunidade de apresentarem suas reais necessidades de saúde assim como através das ações de saúde decorrentes da participação da pesquisadora na rotina dos serviços nos territórios.

Aos profissionais e gestores, os benefícios se relacionam à possibilidade de sistematizar e refletir sobre o processo de atuação junto às comunidades assistidas e a partir disso, replanejar e qualificar as ações de saúde nessas áreas. Será disponibilizado para a gestão municipal um relatório com os principais resultados da pesquisa que possam auxiliar na organização dos serviços da atenção básica à população do campo.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações, entrevistas e fotos), ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo *Saúde da Família do Campo: narrativas sobre o semiárido pernambucano*, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento pela equipe de saúde da família de referência.

Local e data _____

Nome e Assinatura do participante ou do responsável legal: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Assinatura:
Nome:	Assinatura:

ANEXO B – Carta de Anuência



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Ana Carolina de Moraes T. V. Dantas, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **Relatos e vivências em saúde do campo: a produção do cuidado em assentamentos da Reforma Agrária no agreste de Pernambuco**, que está sob a orientação do Prof. Petrônio José de Lima Martelli e co-orientação da Prof. Paulette Cavalcanti de Albuquerque cujo objetivo é conhecer as ações de saúde desenvolvidas pelas equipes de Saúde Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família que atuam em área rural na região do Agreste pernambucano, para elaboração da Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco.

A aceitação está condicionada ao cumprimento das pesquisadoras aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Caruaru, em ____/ ____/ ____.

Nome/assinatura e carimbo do responsável pela Instituição