

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Enedina Ferreira de Andrade

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Assentamento de Reforma Agrária: o caso da unidade básica de Saúde do Assentamento Bela Vista do Chibarro

Rio de Janeiro

2017

Enedina Ferreira de Andrade

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Assentamento de Reforma Agrária: o caso da unidade básica de Saúde do Assentamento Bela Vista do Chibarro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Grácia Maria de Miranda Gondim

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

A553e Andrade, Enedina Ferreira de.
A Estratégia de Saúde da Família (ESF) em
Assentamento de Reforma Agrária: o caso da Unidade Básica
de Saúde do Assentamento Bela Vista do Chibarro / Enedina
Ferreira de Andrade. -- 2017.
155 f. ; il. color. ; graf.

Orientadora: Grácia Maria de Miranda Gondim.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro,
2017.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Agentes Comunitários
de Saúde. 3. Reforma Agrária. 4. Saúde da População Rural.
5. Políticas Públicas de Saúde. 6. Assentamentos Rurais. 7.
Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.12098161

Enedina Ferreira de Andrade

**A Estratégia de Saúde da família (ESF) em assentamento de reforma agrária: o caso da
Unidade Básica de Saúde do Assentamento Bela Vista do Chibarro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância em Saúde.

Aprovada em: 28 de julho de 2016

Banca Examinadora

Maria Nalva Rodrigues de Araujo Bogo

Universidade do Estado da Bahia

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Grácia Maria de Miranda Gondim

Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Rio de Janeiro

2017

Aos homens e mulheres que ousaram romper as cercas do latifúndio e

dividiram a terra prometida.

Ocuparam, resistiram , produziram,

E, depois, lembraram daqueles que ainda não haviam chegado,

e plantaram alimentos para os novos acampamentos.

A esses homens e mulheres, minha profunda gratidão

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai (*in memoriam*) meu primeiro educador e formador, obrigado por ter me ensinado o valor da terra, da luta social e o orgulho de ser filha de um nordestino, negro e pobre que e sabia muito mais que um doutor com diploma.

À minha família pelo apoio e compreensão. Por entender a minha ausência, ânsia, dor e teimosia no ato de estudar.

Às crianças que iluminam as nossas vidas, representada no pequeno João Fernando, minha gratidão.

Ao Movimento dos Trabalhadores Sem Terra do Brasil, por ter sido o meu principal educador e me mostrar a importância da militância e da identidade Sem Terra.

Ao Coletivo de militantes e educadores da Escola Nacional Florestan Fernandes e da Escola Josué de Castro, pelos valores cultivados como a solidariedade, o companheirismo e a utopia.

Ao querido educador, Edgar Kolling que fez com que percebesse o princípio educativo do coletivo, da crítica e autocrítica e, sobretudo compreender que “Estudar é um ato de amor e revolucionário”.

Aos colegas e militantes da Turma Primavera da Luta pelos aprendizados e diversidade de ideias e de saberes.

Aos educadores e coordenadores do Mestrado Profissional em Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais minha eterna gratidão!

A cada família do Assentamento Bela Vista, pelos sonhos, esperança e por permanecer na Terra acreditando na agricultura familiar e na Reforma Agrária.

Aos amigos e amigas que estiveram próximos à pesquisa, aos participantes da pesquisa, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade de Saúde da Família Bela Vista, minha gratidão e respeito!

À minha orientadora, Dra. Grácia Maria de Miranda Gondim, pela paciência, compreensão, generosidade e amizade.

*Quando chegar na terra lembre de quem quer chegar
Quando chegar na terra lembre que tem outros passos pra dar
Mire o olhar na frente porque atrás vem gente querendo lutar.
Neste caminho obscuro está o futuro para preparar
Não desanime, caminhe, trabalhe se alinhe no passo de andar.
Quando chegar na terra Lembre que ainda não tem liberdade
Este é o primeiro passo que estamos dando nesta sociedade*

(MÚSICA DE ADEMAR BOGO,1999).

RESUMO

Este trabalho tem como objeto o estudo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujas características são: processo de trabalho em equipe multiprofissional, promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações. A ESF apoia-se no conceito ampliado de saúde, entendido como direito à alimentação, à moradia, ao saneamento básico, ao ambiente, ao trabalho, à renda, à educação e ao transporte. Os movimentos sociais acrescentam ao conceito o acesso a terra, caracterizando esse conjunto de direitos como determinantes sociais da saúde. Esta pesquisa objetiva analisar a experiência da ESF no Assentamento Bela Vista do Chibarro, Araraquara-SP e suas contribuições para a saúde do campo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva, desenvolvida por estudo de caso. As técnicas de investigação foram entrevistas, observação participante, visitas domiciliares e grupo focal. Como referenciais teóricos foram abordados temas sobre o processo histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, da Reforma Agrária, da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) e da implantação da ESF em assentamento rural. Para interpretação das falas utilizou-se a análise de discurso. Os achados da pesquisa ressaltam: a) as contradições das políticas públicas de saúde que submeteram, ao longo do tempo, as populações do campo a modelos de saúde excludentes, cuja prática hegemônica foi assistencial, biomédica e curativa, consoante ao modelo de desenvolvimento perverso e desigual; b) a luta da Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro contribuíram para que saúde se tornasse direito de todos e dever do Estado, previsto na Constituição Federal de 1988; c) a experiência de saúde em área de assentamento de reforma agrária evidencia o potencial da ESF como elo entre a comunidade e a unidade básica por meio dos Agentes Comunitários de Saúde e indica seus limites - apatia dos assentados no que tange à participação no controle social da ESF, perfil e papel restrito dos profissionais de saúde para atuarem em realidade específica de saúde no campo; d) a PNSIPCFA se configura como possibilidade de diálogo futuro com a ESF, na perspectiva de aproximar o conceito e a prática de saúde àquelas dos movimentos sociais do campo. Por fim, conclui que a Unidade Básica de Saúde da Família do assentamento Bela Vista do Chibarro, embora necessária e com boa atuação, *necessita transformar-se em Estratégia de Saúde da Família*, para cumprir, efetivamente, com os princípios da universalidade, equidade e integralidade no acesso a serviços e ações de saúde voltadas para responder aos problemas e as necessidades das populações do campo.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Reforma Agrária, Política Nacional de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas e Saúde do Campo.

ABSTRACT

This research aims at studying the Family Health Strategy (FHS), characterized by: working in a multidisciplinary team, promoting health, preventing diseases and stimulating the community to participate in social control as well as planning, implementing and evaluation actions. FHS relies on a broad concept that understands health as people having the right to food, home, basic sanitation, the environment, working, income, education and transportation. Social movements add to this concept that people should have access to the land. This set of rights are known as health social determinants. This analysis investigates the FHS experience at the Bela Vista do Chibarro Settlement located in Araraquara, São Paulo and its contributions to the health field. It is a qualitative and descriptive research based on a case study. As research techniques, it was used interviews, participant observation, home visits and focus group. The theoretical framework focused on evaluating the historical process of health public policies in Brazil, Land Reform, and the National Integral Health Policy for Rural population, Forests and Water (in Portuguese called PNSIPCFA) as well as the FHS implementation in rural settlements. In order to interpret the speeches, it was used the speech analysis technique. The research findings show: a) contradictions in health public policies that submitted rural populations to segregated health systems over time. In addition, its hegemonic practice was considered welfare, biomedical, curative and consonant to a perverse and unequal development model. b) Fighting for the Health Reform and the Brazilian Single Health System (SUS) contributed to health becoming a universal right and a State commitment, foreseen in the 1988 Federal Constitution; c) The health experience in an agrarian reform settlement shows the FHS potential as a channel between the community and the health basic unit through the Community Health Agents. It also indicates its limitations –members' apathy about participating in the FHS social control. In addition, health professionals showed a restricted role and professional profile to work in a specific rural health reality; d) a dialog between the National Integral Health Policy for Rural population, Forests and Water and the FHS may be a possibility to approach health theory and practice according to the rural social movements. At last, the research concluded that, although the Family Basic Health Unit at Bela Vista do Chibarro is fundamental and has developed a valuable work, it needs to be converted in a Family Health Strategy. This way, it would effectively accomplish the principles of universality, equity and integrality while accessing health services and actions in order to respond to the rural population problems and needs.

Key-words: Family Health Strategy; Community Health Agents; Land Reform; National Integral Health Policy for Rural population, Forests, Water and Rural Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1-ENTRADA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ASSENTAMENTO BELA VISTA	61
FIGURA 2 - ATRIBUIÇÕES E SERVIÇOS PRESTADOS NA UNIDADE	71
FIGURA 3 - SALA DE IMUNIZAÇÃO	71
FIGURA 4 - SALA DO CURATIVO; INALAÇÃO E SORO	71
FIGURA 5 – ESTRUTURA DA SALA DE ODONTOLOGIA	73
FIGURA 6- CORREDOR DE ACESSO E RECEPÇÃO DA UNIDADE	78
FIGURA 7 - SALA DE TRIAGEM/ACOLHIMENTO	80
QUADRO 1 PRINCIPAIS DOENÇAS E ACOMPANHAMENTO A HIPERTENSÃO E DIABETES	81
GRÁFICO 1 PORCENTAGEM DA COMPOSIÇÃO E PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS, USUÁRIOS E GESTORES NO CONSELHO DAS UNIDADES DE SAÚDE	83
ORGANOGRAMA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE	85
QUADRO 2 TOTAL DE FAMÍLIAS ASSENTADAS POR AGENTE COMUNITÁRIO NA AGROVILA E NOS LOTES	90
QUADRO 3 NÚMERO DE FAMÍLIA , ACOMPANHAMENTO POR ACS E TIPO DE ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO BELA VISTA	97
FIGURA 8 – OS AGENTES COMUNITÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO ASSENTAMENTO BELA VISTA	97
FIGURA 9 – AGROVILA: PRINCIPAL NÚCLEO DE MORADIA DOS ASSENTADOS	99
FIGURA 10 – LOTES DO ASSENTAMENTO BELA VISTA DO CHIBARRO	106
FIGURA 11 – RELAÇÃO COM A TERRA E COM O TERRITÓRIO	111

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
ACS	AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE
ABRASCO	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA
CONSEA	CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA
ALIMENTAR CDS	CONSELHO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL
COOBELA	COOPERATIVA MISTA AGROPECUÁRIA DO ASSENTAMENTO BELA VISTA
CNBB	CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL
CPT	COMISSÃO PASTORAL DA TERRA
DNSP	DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
ENERA	ENCONTRO NACIONAL DE EDUCADORES DA REFORMA AGRÁRIA
ESF	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
FAZ	FUNDO DO APOIO AO DESENVOLVIMENTO
FEPASA	COMPANHIA DE ESTRADA E FERRO DE ARARAQUARA E PAULISTA
FERAESP	FEDERAL DOS EMPREGADOS E ASSALARIADOS RURAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO
FUNRURAL	FUNDO DE ASSISTÊNCIA E PREVIDÊNCIA DO TRABALHADOR RURAL
FSEP	FUNDAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA
IAA	INSTITUTO DE AÇÚCAR E ÁLCOOL
IAPS	INSTITUTO DE APOSENTADORIA E PENSÕES
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IBRA	INSTITUTO BRASILEIRO DE REFORMA AGRÁRIA
INCRA	INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO DE E REFORMA AGRÁRIA
INDA	INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO
INAMPS	INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA E PREVIDÊNCIA SOCIAL
ITERRA	INSTITUTO TÉCNICO DE CAPACITAÇÃO E PESQUISA DA

REFORMA AGRÁRIA

ITESP	INSTITUTO DE TERRAS E CIDADANIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
MAPA	MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, PECUÁRIA E ABASTECIMENTO
MIRAD	MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO E REFORMA AGRÁRIA
MPAS	MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
MST	MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA
OP	ORÇAMENTO PARTICIPATIVO
PAA	PROGRAMA DE AQUISIÇÃO DE ALIMENTOS
s PAB	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA
PACS	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIO DE SAÚDE
PNAE	PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR
PNIPCFA	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS
PNHR	PROGRAMA NACIONAL DE HABILITAÇÃO RURAL
PPNARA	PRIMEIRO PLANO NACIONAL DE REFORMA AGRÁRIA
PRONERA	PROGRAMA NACIONAL DE EDUCAÇÃO DA REFORMA AGRÁRIA
PROÁLCOOL	PROGRAMA NACIONAL DE
ÁLCOOL PPA	PLANO DE PRONTA AÇÃO
PSF	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PCB	PARTIDO COMUNISTA BRASILEIRO
PT	PARTIDO DOS TRABALHADORES
UPA	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
SESP	SERVIÇOS ESPECIAIS DE SAÚDE PÚBLICA
SINPAS	SISTEMA NACIONAL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
SNS	SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE
SUPRA	SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍTICA AGRÁRIA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

USF

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

VD

VISITA DOMICILIAR

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
PROCEDIMENTO METODOLÓGICA	18
A pesquisadora e o desafio da pesquisa	24
1. REFORMA AGRÁRIA: UMA NECESSIDADE PARA A PRODUÇÃO E REPRODUÇÃO DE VIDA E SAÚDE	28
2. CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	32
2.1 Sistema Único de Saúde: Direito do Cidadão e Dever do Estado	37
3. SAÚDE DO CAMPO: A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	40
3.1 A Saúde no Campo e as especificidades das populações do Campo.	40
3.2 Atenção Básica em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família	45
3.3 Princípios Gerais da Estratégia da Saúde da Família.....	49
4. O ASSENTAMENTO BELA VISTA DO CHIBARRO/ARARAQUARA/SP	51
4.1 Caracterização de Araraquara e região.	52
4.2 A greve dos trabalhadores rurais da cidade de Guariba e o Assentamento Bela Vista do Chibarro /Araraquara/SP	54
4.3 Breve Histórico do Assentamento Bela Vista do Chibarro/Araraquara/SP.....	57
5. A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ASSENTAMENTO DE REFORMA AGRÁRIA BELA VISTA DO CHIBARRO: PROCESSO E CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CAMPO	63
5.1 A Unidade de Saúde da Família “Dr. Elias Zakaib e a Estratégia da Saúde da Família em área de Assentamento de Reforma Agrária: O Caso do Assentamento Bela Vista do Chibarro	63
5.2 A Prática e o Fazer da Saúde na Unidade “Dr. Elias Zakaib ‘ do Assentamento Bela Vista do Chibarro: estrutura e atendimento.....	69
5.3 Serviços prestados na Unidade de Saúde da Família “Dr. Elias Zakaib “	73

5.4 Conselho Gestor da Unidade de Saúde da Família “Dr. Elias Zabaib do Assentamento Bela Vista: espaço de participação e reivindicação de melhora da Unidade e do Atendimento em Saúde.....	82
5.5 Perfil dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Saúde do Campo.	85
5.6. O Assentamento Bela Vista e os Agentes Comunitários de Saúde da Unidade de Saúde da Família do Assentamento Bela Vista: Vínculo entre a Unidade e a Comunidade assentada.....	91
5.6.1 As visitas domiciliares na Estratégia da Saúde da Família e os ACSs.....	100
5.7 O território e os sujeitos da Estratégia da Saúde da família do Assentamento Bela Vista do Chibarro/Araraquara/SP.....	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	116
APÊNDICES	123
ANEXOS.....	136

INTRODUÇÃO

A luta histórica por Reforma Agrária na sociedade brasileira entendida a partir dos conflitos no campo, pelas ocupações de terra e pressão política dos Movimentos Sociais, é, na atualidade, também relacionada à Luta pela preservação ambiental, produção de alimentos saudáveis (sem agrotóxicos), contestação da apropriação das terras pelas multinacionais, defesa ao direito social de autonomia da semente (e essa como patrimônio da humanidade) e valorização dos camponeses no nível nacional e internacional (MEDEIROS, 2013). Diante desse contexto, os camponeses também questionam o tipo de saúde e de atendimento que são promovidos no campo, tendo como referência a Estratégia de Saúde da Família como forma de implantação da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde e do conceito ampliado de saúde materializado pela luta dos Movimentos Sociais do campo e pela implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestais e das Águas, que visa melhorias na saúde dos camponeses.

Para os Movimentos Sociais do Campo a saúde está intrinsecamente vinculada ao direito à saúde e a produção e a reprodução da vida social, como também estabelece ligação ao acesso à terra (que proporciona melhores condições de vida) e à luta por subsídios para melhorar a moradia, a educação, os serviços de saúde, estradas, produção de alimentos e assistência técnica rural - elementos que são fundamentais para o desenvolvimento do assentamento e da vida saudável, conforme uma das reflexões dos assentados que diz que “saúde é um conjunto de coisa, como ter estrada boa, educação, comida sem veneno, trabalho e o direito de ir e vir (MST, 2000,p.12).

Por outro lado, a conquista do acesso à terra e aos serviços de saúde pública são direitos sociais recentes na história do Brasil, propiciados, por exemplo, pela a política de desapropriação de terra improdutiva quando essa não cumpre com a função social (STEDILE, 2011). No que concerne à saúde, o direito a esses serviços para os trabalhadores rurais foram conquistados após anos de organização e pressão da classe trabalhadora do campo. Entretanto o direito à assistência médica somente foi possibilitado por meio do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL), criado em 1963 na Lei de nº 4.214, e estava coligado ao Estatuto do Trabalhador Rural, ao contrato de trabalho e ao Sistema Nacional de Assistência Social (IANNI, 1977).

Nesse contexto, o fortalecimento dos Movimentos Sociais e das classes subalternas na década de 70 e 80 foi importante para as conquistas dos direitos sociais relacionados à terra

(por meio da política de Reforma Agrária) e à saúde (pelo Sistema Único de Saúde – SUS) que, por serem direitos universais, devem ser garantidos a todo cidadão, seja do campo ou da cidade.

No que incide sobre o conceito ampliado de saúde, o Movimento da Reforma Sanitária da década de 80 possibilitou a criação do SUS e posteriormente de programas e de políticas de saúde como a Estratégia de Saúde da Família – ESF, que possui como princípios e diretrizes, uma estratégia de promoção, prevenção e cuidado à saúde da população, questionando a prática de saúde centrada no médico e na medicalização e, ao mesmo tempo, proporcionando a consolidação da Atenção Básica de Saúde como direito a todos os cidadãos brasileiros, independente de condições econômicas, opção sexual, crença e raça. Assim, a Constituição reconhece que o acesso aos serviços de saúde é de direito do cidadão e dever do Estado (PAIM, 2009).

Já no que tange a participação das comunidades rurais e dos assentados no debate e construção de práticas de saúde que superem a prática biomédica e da medicalização, estudos realizados por Scopinho (2010) sobre os sentidos e as práticas de saúde em áreas de assentamento do Movimento Sem Terra no estado de São Paulo relatam que existe uma dissonância entre os significados atribuídos às concepções de saúde-doença e suas práticas coletivas. Para a autora “a saúde, como direito social, era ainda um ideal e não havia práticas coletivas que avançassem nesta direção” (SCOPINHO, 2010, p.81). Ainda segundo Scopinho, as dificuldades dos assentados expressavam-se através das precárias condições de desenvolvimento da produção e viabilização da vida social, além da dificuldade para superar a cultura da submissão e da dependência que individualiza e naturaliza os agravos à saúde (Scopinho, 2010, p. 83).

Por outro lado, o debate da saúde é uma tradição nos Movimentos Sociais, haja vista a participação desses na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, onde foi discutido o conceito ampliado de saúde, as bases teóricas do SUS. E, em 2004, foi criado o Grupo da Terra e a política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, entre outras políticas de saúde para o campo.

O conceito de saúde ampliada reconhece a saúde como direito social e princípios, tais como: a universalização; a equidade; a igualdade; a integralidade; a promoção/ prevenção e a recuperação; a participação social, a descentralização, entre outros. Não obstante, é bom lembrar que este foi um processo de muitas disputas e divergências pelos distintos projetos de poder no campo da saúde da época e que ainda permanecem (PAIM, 2009; BAHIA,

2009). É preciso que se entenda que a saúde é um direito de todos e que os povos do campo inserem-se neste direito na luta cotidiana pela igualdade, universalidade, equidade, acesso etc.

O princípio da igualdade da assistência à saúde, sem preconceito ou privilégio de qualquer espécie, é importante para a compreensão do acesso universal e igualitário às ações de saúde a todos e é um direito constitucional (art. 196) regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde de nº 8.080/1990 e pela Lei de nº 8.142/1990 (PAIM, 2009).

A partir do princípio da equidade destacamos a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Uma das importantes conquistas no âmbito das políticas públicas para a saúde das populações do campo está ligada à mudança do Piso de Atenção Básica (PAB), que estimula a implantação da política pública de saúde, como, por exemplo, a Estratégia da Saúde da Família em áreas de assentamentos rurais (BRASIL, 2015), com o qual dialogaremos e sobre o qual refletiremos com o estudo de caso a “Unidade de Saúde da Família”. Sendo a ESF uma prática de saúde pautada na singularidade do território, na participação da comunidade, no comprometimento dos profissionais com a saúde da população de assentamentos de Reforma Agrária, indaga-se:

- Qual a relação que a equipe de saúde da ESF estabelece com as famílias assentadas?

Como o conceito ampliado de saúde e os princípios e diretrizes do SUS dialogam com a oferta de cuidado e orientam o planejamento da Unidade de Saúde do Assentamento? O conceito ampliado de saúde e os princípios e diretrizes da Estratégia de Saúde da Família dialoga e direciona o planejamento estratégico da Unidade de Saúde do Assentamento?

Neste sentido, os objetivos que nortearam a pesquisa e os dados empíricos foram: analisar a experiência e as práticas de saúde desenvolvida na Unidade de Saúde Assentamento Bela Vista com o propósito de extrair as possíveis contribuições teóricas e práticas da experiência em curso para o debate da saúde do campo, assim como compreender o processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família no Assentamento Bela Vista do Chibarro/Araraquara – São Paulo e refletir sobre a participação e o papel da comunidade e dos profissionais da saúde na consolidação da ESF em uma área de Assentamento de Reforma Agrária.

Para a fundamentação teórica e compreensão das bases conceituais do trabalho buscamos em: Paim (2009), Bahia (2000), Stédille (2011; 2012), Baptista & Viana (2012), Escorel e Teixeira (2012), Bergamasco & Norder (2003), Rosen (1983), dos Ros (2007), Stotz (2007), Vasconcellos(2011) e Brasil (2006 ; 2013 e 2015), entre outros autores, a

possibilidade de compreensão teórica e histórica da questão agrária e da luta por Reforma Agrária no Brasil e sua relação com a questão saúde, além de uma revisão sobre a construção histórica das políticas públicas de saúde no Brasil até a implantação da Estratégia de Saúde da Família no território brasileiro, com a preocupação de verificar como essa política de saúde é realizada em uma área de assentamento rural, neste caso, na Unidade de Saúde da Família do Assentamento Bela Vista do Chibarro – Araraquara:

O presente trabalho é uma reflexão dos processos e períodos históricos da saúde pública no Brasil, a relação com a terra (produção e reprodução) e a prática de saúde da família no assentamento, dialogando com os limites, possibilidades e a superação entre o teórico e o praticado da Estratégia de Saúde da Família, a partir dos dados da pesquisa e reflexões dos sujeitos assentados.

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

A presente pesquisa é de caráter descritivo e qualitativo, visando descrever e classificar características e singularidades do objeto pesquisado. Entre as técnicas de investigação adotadas estão a observação do participante, a captação de suas falas e a observação de suas atitudes e comportamentos. Quando foi necessário pesquisar a opinião de pessoas e de grupos, avaliou-se a dimensão subjetiva da fala (significado e sentido), pois esta, por ser específica do sujeito (individual e coletivo), é algo que não conhecemos antes de iniciar a pesquisa, por mais que cada sujeito tenha convivido no mesmo espaço e tempo com outros sujeitos (inclusive o pesquisador), suas emoções, histórias e impressões são únicas (MINAYO, 2014).

Segundo Minayo (2014), a metodologia é uma sistemática voltada para abordar a realidade. A opção metodológica da presente pesquisa está intrinsecamente vinculada à visão social de mundo do pesquisador e aos recortes epistemológicos, temporais e espaciais, que selecionamos para elaborar e sistematizar os fatos da realidade. De acordo com a autora, entende-se por campo “o recorte espacial que diz respeito a abrangência, em termos empíricos e do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (MINAYO, 2014,P.201).

Portanto, buscamos entender o processo histórico da luta pela terra e os impasses da reforma agrária no Brasil, entendendo a reforma como uma bandeira de luta e de direito dos povos do campo e reafirmando que o acesso a terra produz vida e, portanto, saúde. Ademais, procuramos entender as concepções de saúde e doença ou os impactos de determinada

política de saúde na sociedade brasileira e como essas políticas se relacionam com o campo e com o sujeito social do campo. A inquietação histórica assumida neste estudo fundamenta-se na concepção metodológica do materialismo histórico dialético, assumindo-o como um caminho metodológico de apreensão e compreensão da realidade e reconhecendo-o como o processo histórico peculiar, dinâmico, provisório e possível de transformações (MINAYO, 2014, p.108). Segundo Miranda:

[...] o materialismo histórico e dialético – pressupõe que a fonte do conhecimento científico está na realidade empírica, historicamente estabelecida através de relações sociais, portanto, edificada no tempo e no espaço e em permanente transformação, então, a própria elaboração do método, para analisar esta mesma realidade, deve obedecer também a este processo. Ou seja, sua consecução está contextualizada no tempo e no espaço e tem como fonte o próprio processo histórico, expressão do devir das relações sociais. (MIRANDA, p.65, 2012)

Na presente pesquisa optou - se por realizar um estudo de caso, por entendermos que esse seria um tipo de delineamento adequado a responder questões do tipo ‘como’ e ‘porque’, em contextos onde o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e o objeto de estudo se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em contextos reais. É um estudo de cunho descritivo onde, em um primeiro momento, o investigador não pretende interferir na situação observada, mas compreendê-la tal como é (YIN, 2005) para, em um segundo momento descrevê-la, e como desdobramento da pesquisa, propor e dialogar com os dados e resultados. Por se tratar de uma investigação de caráter exploratório, na qual se pretende descobrir aspectos novos, ocultos em uma dada situação, é necessário ao pesquisador certo distanciamento para que os aspectos afetivos e o envolvimento profissional não interfiram nos resultados e, ao mesmo tempo, permitam-lhe exercitar a capacidade de interrogar de modo muito livre o que está acontecendo (YIN, 2005).

O estudo de caso é uma investigação de natureza empírica. Baseia-se grande parte em trabalho de campo e/ou em análise documental para investigar uma dada situação ou um ente em seu contexto real, tirando todo o partido possível de fontes múltiplas de evidência como entrevistas, observações e documentos, entre outros (YIN, 2005).

As ferramentas utilizadas para a obtenção de dados foram aplicações de questionários semiestruturados, entrevistas individuais e com participantes no local da visita domiciliar (com questões livres sobre saúde do assentamento), conforme as categorias assentado/a, profissionais da saúde e/ou gestores. Os registros foram feitos em diário de campo durante as observações na Unidade e durante o acompanhamento às visitas domiciliares realizadas pelas

ACSs. Também realizamos um grupo focal - composto por sujeitos de diferentes espaços de atuação do assentamento Bela Vista - com questões mobilizadoras sobre a questão da saúde e da ESF no assentamento.

As indagações e as questões que nortearam a pesquisa foram: A) quais as estratégias que podem consolidar práticas de saúde contra hegemônicas em área de assentamento de reforma agrária? B) a Unidade Básica de Saúde/ESF vincula a concepção de saúde, os conceitos, os cuidados e os saberes do campo com a proposta da Estratégia de Saúde da Família? C) Existe uma formação específica dos Agentes Comunitários de Saúde para atuar em área de assentamentos?

A abrangência da ESF no assentamento está dividida em três micros áreas, tendo um Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável por cada área. As três áreas também atendem a agrovila. O estudo de caso da Unidade de Saúde da Família envolveu assentados, filhos de assentados, educadores, lideranças e profissionais da saúde, tendo como balizador os critérios de inclusão e exclusão dos participantes.

Os critérios de seleção que justificam a inclusão do sujeito como objeto da pesquisa são:

- a) Ser membro de família assentada que utiliza os serviços da USF /ESF do assentamento Bela Vista;
- b) Ser cadastrado (a) na USF e morador (a) em uma das três micros áreas assistidas pelos ACSs;
- c) Ser profissional de saúde ou trabalhador da USF/ESF do assentamento Bela Vista;
- d) Aceitar participar da pesquisa;

Os critérios de exclusão do sujeito da pesquisa foram:

- a) Não ser de família assentada do Assentamento Bela Vista e estar localizado fora de uma das três micros área;
- b) Não ser cadastrado nas Fichas da USF/ESF;
- c) Não ser profissional da saúde da USF/ ESF do Assentamento Bela Vista;
- d) Não aceitar participar da pesquisa.

Os sujeitos sociais da pesquisa em sua maioria são assentados que, antes de serem agricultores autônomos, eram trabalhadores assalariados e temporários do corte de cana. De acordo com Ianni (1984), o trabalhador temporário do corte de cana é conhecido como “boia-fria” ou cortador de cana, é o trabalhador que mais caracteriza as relações de trabalho do

modo de produção capitalista no campo. De algum modo, a herança cultural do canavial aparecerá nas relações sociais do assentamento.

O Bela Vista é considerado um modelo de assentamento, pois possui uma infraestrutura desde os tempos da fazenda e também devido à sua localização geográfica, a cerca de 25 km da cidade de Araraquara, em uma das regiões de terras férteis do Estado de São Paulo.

A secção Bela Vista, era uma das secções de destaque e disputada pelos trabalhadores rurais na década de 50 até 80, os quais vinham em busca de emprego, residência, escola e estabilidade na fazenda de café e posteriormente na Usina de Cana de Açúcar. Atualmente vivem no assentamento 204 famílias assentadas e 55 famílias agregadas. Os assentados são agricultores que vivem da agricultura familiar.

Como destaca Fernandes (2012), o assentamento é um lugar (espaço) permeado de complexidade, especificidades e de conflitos de interesses, haja vista que um dos primeiros conflitos é a própria existência dos assentamentos de reforma e a luta para permanecer na terra. O assentamento Bela Vista foi desapropriado em 1990/1991, dessa forma vemos que o assentamento possui uma historicidade e uma complexidade que contorna a organização social dos sujeitos, o “modo de andar a vida” (VASCONCELLOS, 2011) e a participação política dos moradores.

Segundo Bergamasso & Norder (2003), o processo da luta pela terra no estado de São Paulo foi marcado pelas lutas sociais que emergiram de uma pluralidade de relações de trabalho e conflitos pela posse da terra. Estes conflitos geralmente emergiam dos posseiros, arrendatários, parceiros, sitiantes e também pelos atingidos por barragens ou outros grupos que marcaram a constituição dos assentamentos no estado de São Paulo, por exemplo, os da região de Araraquara e interior de São Paulo, que em 1984, após a greve da cidade de Guariba:

(..) os trabalhadores rurais assalariados temporariamente no corte de cana, vivendo sob dramáticas condições de vida urbana e de penosas relações de trabalho, resolveriam buscar no acesso a terra, preferencialmente na mesma região, uma alternativa à exclusão econômica e social (Bergamasso & Norder, 2003, p.76).

Pensando na relação do perfil e vivência dos sujeitos da pesquisa com o tema, buscamos entrevistar os (as) assentados (as), os profissionais da saúde da U.S. F da Bela Vista, os representantes políticos e os profissionais de alguns espaços importantes como a escola, as igrejas e a associação de mulheres, para participarem do grupo focal, conforme

disponibilidade e combinações. Assim, foram os sujeitos: 01 merendeira, 01 representante da associação de mulheres, 01 presidente da cooperativa, 01 educadora da escola do assentamento e 01 assentada, acima de dezoito anos. Os encontros foram realizados com agendamento prévio e de acordo com o consentimento livre e a autorização do participante em consonância com as exigências do Comitê de Ética e da Resolução 466/2012, além de com a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Rio de Janeiro/Brasil.

Com o projeto aprovado, a felicidade de ir a campo ficou condicionada à autorização pela gerência em educação e ESF de Araraquara – SP, pois a coordenadora da Unidade, não reconhecendo a carta de anuência do Secretário Municipal de Saúde, pediu um prazo para a análise do projeto pela gerência. Depois de duas semanas aproximadamente (março de 2016), voltamos a Unidade de Saúde e a pesquisa finalmente teve início.

As escolhas dos entrevistados foram feitas de forma intencional. Inicialmente foi feito um primeiro contato com os sujeitos para saber da disponibilidade em participar da pesquisa e, nesse momento, apresentamos os objetivos e agendamos o dia e o horário da entrevista. Já quanto às entrevistas semiestruturadas com os profissionais da Unidade, foi o primeiro contato, onde foram apresentados os objetivos da pesquisa e conferida disponibilidade para participar da mesma. Foi realizada uma reunião com a equipe da ESF, ocasião na qual foi disponibilizado o projeto de pesquisa. Após cumprir com as exigências do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fiocruz, as da gestão municipal e as da coordenação da atenção básica, foram feitas acordos para que pudessem ser iniciadas as observações, as entrevistas e os acompanhamentos às visitas domiciliares (VDs).

Com relação às VDs, acompanhamos as ACSs e, conforme as autorizações das famílias visitadas realizamos diálogos e anotamos no diário de campo, junto das observações. Da VD. No acompanhamento às VDs pudemos vivenciar essa prática humanizadora e necessária para o sucesso da ESF.

De acordo com a Resolução 466/2012, os nomes dos participantes da pesquisa foram preservados e utilizamos nomes fictícios, optando em trabalhar com códigos de cores escolhidos pelos participantes da pesquisa.

Para extrair informações com o princípio do diálogo e da escuta e para conhecer a realidade pesquisada de forma plural e horizontal, optamos também pela técnica do grupo focal. No primeiro contato foi feito o convite e escolhido um fim de semana para o encontro,

que foi realizado no escritório da Cooperativa do Assentamento e teve duração de uma hora e meia com o grupo.

Sobre o grupo focal, Gondim afirma que “a técnica dos grupos focais é classificada como uma técnica qualitativa, o que não garante que o seu uso esteja atrelado à abordagem metacientífica qualitativa, pois inúmeros esforços têm sido dirigidos no sentido de ajustá-la às exigências da nomotética” (GONDIM, 2002, p.151). Além disso, o autor afirma que um dos desafios da pesquisa qualitativa é entender a dimensão do processo histórico e o contexto no qual está inserido o objeto da pesquisa. Ademais, Gondim ressalta a importância de se ter cuidado para não fragmentar a realidade e ao mesmo tempo (re)construir ou (re)teorizar conhecimentos. Ou seja, grupo focal funciona como uma ferramenta técnica de diálogo sobre determinado tema e a sistematização da discussão de forma direcionada contribuirá para a compreensão do problema com outros olhares.

Para a formação e realização do grupo focal, iniciamos algumas conversas. Após aceitos os convites combinamos o dia, o local e o horário de forma com que fosse possibilitada a participação da maioria dos convidados, conforme as categorias de representação e de profissional.

Para a realização da pesquisa contamos com o um número de 27 participantes divididos em categorias e quantificados conforme a discussão metodológica da pesquisa como pode ser verificado abaixo:

Número e tipo de participante da pesquisa, por instrumento de coleta de dados

PARTICIPANTES	Tipo de Instrumento	Quantidade
Assentado/a	Entrevista	10
Assentado/a	Visita domiciliar	6
Profissional da Saúde	Entrevista	6
Convidados (profissional e representações)	Grupo Focal	5
TOTAL		27

Fonte: a autora

A pesquisadora e o desafio da pesquisa

O tema da saúde foi chegando às minhas preocupações, como necessidade a ser compreendida e debatida, no âmbito das famílias assentadas e dos trabalhadores que historicamente lutam pela terra, como principal estratégia para garantir direitos explicitados na Constituição de 1988.

Aceitei o desafio de estudar o tema da saúde por duas razões: a primeira delas é por ter participado do Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família do Assentamento Bela Vista do Chibarro, em Araraquara-SP, e por coordenado e convivido com os estudantes de Medicina em Cuba, onde a saúde da família e da comunidade é parte do cotidiano da vida do povo cubano como direito e dever do Estado. Minha visão sobre saúde depois da experiência em Cuba mudou e trouxe inquietações com relação ao conceito que temos sobre saúde-doença e a percepção da muralha entre o profissional de saúde e o usuário (paciente). Como minha vontade de saber mais sobre essa problemática foi crescendo, surgiu a curiosidade de compreender como a participação social ocorre no território da ESF no assentamento qual(ais) seu sentido(s) e como é incorporada no cotidiano da vida dos assentados e dos profissionais de saúde.

Iniciei minha trajetória militante em 1987, quando meus pais falavam sobre a ocupação da Fazenda Reunida no município de Promissão-SP. Essas conversas familiares sobre a luta no campo possibilitaram entender a importância de lutar por direitos sociais e acreditar na Reforma Agrária. Em 1998, realizei estudos sobre as estruturas organizativas e produtivas do assentamento Bela Vista em que moro desde a desapropriação. Entretanto, o convívio e a inserção no Grupo de Mulheres e no Grupo de Jovens foi o primeiro passo orgânico que me levou a outros espaços de luta e ao ingresso ao Movimento Sem Terra (MST). No Curso Técnico em Administração em Cooperativas de Assentamentos de Reforma Agrária, realizado no Instituto Técnico de Capacitação Pesquisa da Reforma/ITERRA - Rio Grande do Sul, tive o primeiro contato com conhecimentos mais técnicos, com o contexto agrário e com a necessidade de compreender a realidade em que vivemos para transformá-la.

Em 2003, ingressei o curso de pedagogia, colaborando no debate da Educação do Campo e na formulação da proposta política pedagógica da Escola do Campo do assentamento Bela Vista do Chibarro. Posteriormente a graduação, participei da elaboração e coordenação da turma de Pedagogia da Terra na Universidade Federal de São Paulo-SP, em parceria com Programa Nacional de Educação para Reforma Agrária/PRONERA e

Movimento Sem Terra de São Paulo.

Em 2011, fui conhecer Cuba e viver uma rica experiência na Ilha. Retornei ao Brasil em 2013, após um período de intercâmbio com foco na formação e debate em saúde cubana e os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Nas formações extras da Brigada de Estudantes fui me interessando pelo tema. Em consequência da vivência em Cuba fui motivada a participar do Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde do assentamento Bela Vista do Chibarro, como membro da comunidade. A dinâmica do Conselho Gestor não envolve a comunidade como todo por razões diversas. Dessa forma, compreender o porquê da distância entre comunidade e saúde (unidade) tornou-se uma questão cara aos meus estudos, sobretudo porque o que eu havia vivenciado sobre a Estratégia de Saúde em Cuba diferenciava-se demais do que ocorria na Unidade do Assentamento.

Deste modo, essa pesquisa está relacionada às preocupações e inquietações acerca da questão saúde, especialmente dos trabalhadores e trabalhadoras que vivem e trabalham no campo e nos desafiam a compreender o universo da saúde do campo, sua complexidade, limites e práticas de saúde coletiva a partir da Estratégia de Saúde da Família. Para tanto, foi necessário situar a Reforma Agrária como uma das condições para produção e reprodução da vida e da saúde, além de entender a saúde como direito de todos e dever do Estado, que deve ser ofertada de forma universal, equânime e integral. A saúde no campo requer uma atenção especial devido às especificidades do campo, que demanda compreensão e prática condizente com a realidade do local pelos os profissionais de saúde, que devem entender os problemas e necessidades e percebendo.

No processo de investigação foi possível definir algumas categorias para aproximação do tema e conceitos, que para o nosso entendimento são de base referencial, e que consubstanciaram o objeto da pesquisa, contribuindo para o conhecimento e fortalecimento da experiência de saúde no assentamento, sobretudo no que diz respeito ao exercício da política de saúde pública conformada na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Embora a política de saúde formulada na ESF não tenha, no caso do Brasil, nada de revolucionário, e ter conformidade com as políticas neoliberais do Banco Mundial e com a Organização Mundial de Saúde, refletindo no processo de construção do Sistema Único de Saúde e na própria trajetória do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, e no Programa de Saúde da Família até transformar na Estratégia de Saúde da Família pode-se afirmar que esse processo não foi estático e que também está em disputa sua condução e concepção (PAIM, 2009).

A reconstrução do processo histórico de implementação do PSF/ESF no assentamento e o processo de participação da comunidade, contextualizando e revisando o passado, contribuiu para entender o presente, e refletir na perspectiva do aprimoramento das práticas de saúde desenvolvidas no assentamento Bela Vista do Chibarro, bem como na formulação de propostas que venham a conformar com as diretrizes e princípios de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara, na perspectiva da formação, perfil e diálogo com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas.

Portanto, a concepção que orienta as minhas reflexões fundamenta-se na concepção do materialismo histórico dialético que perpassa as construções coletivas mediadas por conflitos e soluções coletivas. Assim, o mais importante durante a pesquisa foram as modificações que a mesma imprimiu na pesquisadora, refazendo trajetórias, recompondo conceituações e processos. Kuhn (1970) afirma que os cientistas veem coisas novas e diferentes quando, empregando instrumentos familiares, olham para os mesmos pontos já examinados anteriormente. É como se a comunidade profissional tivesse sido subitamente transportada para um novo planeta, onde objetos familiares são vistos sob uma luz diferente e a eles se apegam objetos desconhecidos [...] “as mudanças de paradigma realmente levam os cientistas a ver o mundo definido por seus compromissos de pesquisa de uma maneira diferente”(KUHN, 1970, p. 145).

O desafio assumido na realização da pesquisa é o de contribuir para uma reflexão e análise sobre a Estratégia de Saúde da Equipe de Saúde da Família, sobre como foi e como poderá vir ser a participação e o entendimento da comunidade na Estratégia de Saúde da Família no Assentamento Bela Vista, tendo como materialidade o processo histórico e os sujeitos sociais do campo, cuja vivência e trajetória estão relacionadas ao trabalho, à vida cultural e às transformações do campo.

Por outro lado, algumas questões surgiram durante a pesquisa, tais como: A) qual a concepção de saúde orienta o trabalho da Equipe de Saúde da Família e como essa lida com a realidade? B) Quais as relações que são construídas e desenvolvidas de dentro para fora e vice-versa com a comunidade assentada? e C) A experiência existente de ESF de um assentamento de reforma agrária diferencia-se de uma experiência urbana? Várias dessas questões foram dialogadas, refletidas e sistematizadas no quinto capítulo.

O trabalho foi organizado em cinco capítulos. Sendo que no primeiro capítulo buscamos elucidar os caminhos, os conflitos e os interesses de classe sobre a Questão Agrária e a importância da luta pela Reforma Agrária no Brasil, como uma necessidade para a

produção e reprodução da vida e da saúde dos sujeitos que vivem no campo. Dialogamos com o conceito ampliado de saúde da Constituição de 1998 e do debate da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, que elucida o debate do conceito do acesso à terra como determinação social para melhores condições de vida, de trabalho e de perspectiva socioeconômica da sociedade e, em especial, do homem do campo.

No segundo capítulo discutimos as concepções de política pública de saúde no Brasil, tendo como referência conceitos da medicina social, que traz à luz a compreensão dos determinantes sociais e a relação saúde, trabalho e doença. Tendo a luz o processo da industrialização e da saúde do trabalhador como elemento da força produtiva. Nessa perspectiva, buscamos compreender, historicamente, como no Brasil foi se construindo o direito à saúde e, concomitantemente, à inexistência de políticas de saúde para o campo e para a classe trabalhadora, tanto do campo quanto na cidade.

No terceiro capítulo o intuito foi compreender a população do campo, suas especificidades e a saúde no contexto dos Movimentos Sociais, em especial do Movimento Sem Terra e da Articulação Nacional dos Movimentos Sociais do Campo pela a Saúde das Populações do Campo, das Florestas e das Águas. Já no quarto capítulo, o objetivo foi de reconstruir o processo histórico do assentamento Bela Vista, com foco na luta e na participação social, para entender quem são os sujeitos sociais desse assentamento. Buscamos no quarto capítulo caracterizar a luta em Araraquara e na região, a partir da contextualização histórica da Fazenda Tamoio e da Usina de Cana de Açúcar Secção Bela Vista e da importância das lutas pela Terra na década de 80, que culminaram na ocupação e desapropriação da fazenda para fins de reforma agrária há vinte e seis anos.

O quinto e último capítulo tem como finalidade analisar a experiência de saúde municipal amparada pelo Sistema Único de Saúde em um assentamento de reforma agrária, cuja prática de atenção básica de saúde é denominada de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e é realizada na Unidade de Saúde da Família do Assentamento Bela Vista do Chibarro - Araraquara/SP. Este capítulo leva em conta os objetivos e questões da pesquisa, tornando possível a percepção da realidade e da prática de saúde de dentro e de fora da unidade no dia-dia, observando a forma de organização do trabalho e a aproximação com a comunidade e com os sujeitos do assentamento. Por fim, tecemos as considerações finais e propostas para a Unidade de Saúde e para a Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara-SP.

1. REFORMA AGRÁRIA: UMA NECESSIDADE PARA PRODUÇÃO E REPRODUÇÃO DA VIDA E DA SAÚDE

A reforma agrária só prejudica a uma minoria de insensíveis, que deseja manter o povo escravo e a nação submetida a um miserável padrão de vida.

João Goulart, Presidente do Brasil, 1964

Em meados da década de 60, o tema da Reforma Agrária foi debatido pelos Movimentos Sociais do Campo no I Congresso Nacional dos Movimentos Camponeses Unitários, ocasião na qual é apresentada para a sociedade civil a I Declaração dos Camponeses com as Propostas Unitárias de Reforma Agrária, uma declaração radical, que propunha a superação do subdesenvolvimento crônico e das instabilidades econômicas, políticas e sociais do Brasil. Segundo as lideranças camponesas da época, os governos até ali haviam apresentado propostas de reforma agrária com medidas paliativas indicadas pelas forças conservadoras, cujo objetivo era adiar a realização da reforma agrária.

A bandeira radical da Reforma Agrária fundamentada e aprovada no I Congresso em Belo Horizonte, na avaliação dos movimentos da época ligados à Liga Camponesa, era a única capaz de proporcionar o bem estar, a felicidade e o progresso para os trabalhadores rurais no Brasil. Na declaração os camponeses afirmavam que:

[...]Torna-se cada vez mais urgente e imperiosa a necessidade da realização da reforma agrária que modifique radicalmente a atual estrutura de nossa economia agrária e as relações sociais imperantes no campo. A reforma agrária não poderá ter êxito se não partir da cultura imediata e da mais completa liquidação dos monopólios da terra exercidos pelas forças retrógradas do latifúndio e o conseqüente estabelecimento do livre e fácil acesso à terra para os que a queiram nela trabalhar (STÉDILE, 2012, p.75).

Para além de reafirmar com fundamentação teórica a importância do fim do monopólio da terra e da concentração fundiária, os camponeses detalharam medidas que deveriam ser feitas, e cobravam a aplicação e o cumprimento da legislação trabalhista que se estendia aos trabalhadores rurais. Essas medidas exigiam a imediata modificação e as desapropriações de terras de interesse social, o urgente e completo levantamento cadastral de todas as propriedades de áreas superiores a 500 hectares e seu aproveitamento nos Estados. A proposta radical de reforma agrária dos Movimentos Camponeses de 1961 desencadeou outros processos e debates com questões estruturantes para a implantação da reforma agrária justa e necessária (STÉDILE, 2012).

Nesse processo de disputa e anseio por Reforma Agrária, uma das personagens emblemáticas foi o deputado federal e, posteriormente, governador do Rio Grande do Sul, Leonel Brizola, que, em 1963, em conjunto com outros deputados da Frente Parlamentar Nacionalista apresenta o projeto de Lei n° 120 de Reforma Agrária para o Congresso Nacional (STÉDILE, 2012). Nesse contexto, a primeira iniciativa em prol da Reforma Agrária foi a criação da Superintendência Regional de Política Agrária – SUPRA, em 1962, em resposta à criação das Ligas Camponesas e com o objetivo de promover a Reforma Agrária no Brasil.

Em 1964 foi aprovada a Lei N.º 4.504 do Estatuto da Terra, que é o primeiro documento oficial sobre a Reforma Agrária no Brasil. A partir do Estatuto foram criados o Instituto Brasileiro de Reforma Agrária - IBRA e o Instituto Nacional de Desenvolvimento Agrário - INDA, respectivamente, em substituição a SUPRA. Posteriormente foi criado o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA, com o objetivo de implantar a política de Reforma Agrária, o cadastro nacional de imóveis rurais e administrar as terras públicas da União.

Nada obstante, o governo de 64, em vez de disseminar a Reforma Agrária, intensificou as contradições no campo brasileiro, incentivando a produção para exportação, concentração de terra, mecanização do processo produtivo e a dependência à indústria, como o uso intensivo de insumos e produtos químicos na agricultura, o que levou, entre outras coisas, ao êxodo rural. Nesse cenário, o Estatuto da Terra servia para tratar das questões referentes às políticas agrícolas, enquanto a questão da reforma agrária e do modelo fundiário brasileiro permanecia praticamente intocável. Para a questão social dos direitos trabalhistas praticamente inexistentes, o Estatuto do Trabalhador Rural, de 1963, regia os direitos e os deveres do empregado e do patrão, mas, o Estatuto do Trabalhador Rural e a intervenção do Estado foram decorrentes de reivindicações e pressões políticas das Ligas Camponesas e dos trabalhadores rurais (STÉDILE, 2012).

O debate sobre a Reforma Agrária reaparece com força no processo de redemocratização do país em meados dos anos 80, com a pressão dos sindicatos rurais e dos movimentos sociais, especialmente quanto à pressão do emergente Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). A Reforma Agrária também integrou as bandeiras de luta da Aliança Democrática, cujo conteúdo sobre o tema passava pela reivindicação dos movimentos sociais e pelo cumprimento do Estatuto da Terra (MEDEIROS, 2013).

A Reforma Agrária é contemplada na Constituição de 1988 (art. 186) e aborda o

conceito da função social da terra¹, que foi um dos elementos que levou a questionamentos sobre as condições ambientais, as dívidas trabalhistas e a improdutividade do latifúndio para fins de Reforma Agrária (STÉDILE, 2012).

Em 1985, o presidente da República, José Sarney lança o I Plano Nacional de Reforma Agrária, que trata da função social da propriedade e do direito da propriedade garantida pela Constituição (art. 153, § 22), na qual é consagrada a sua função social (art. 160, inciso III, e art. 161) e também é consagrado que seu uso é condicionado ao bem-estar da Nação, além de que a desapropriação por interesse social para fins de Reforma Agrária não poderia atingir qualquer propriedade: somente aquelas que não cumprissem sua função social conforme prevê o Estatuto da Terra seriam indenizadas e desapropriadas para fins de Reforma Agrária.

Segundo Fernandes (2008), a complexidade em que se insere a Reforma Agrária brasileira e a política territorial adotada pelos governos brasileiros servirá para minimizar os conflitos agrários e a realização dos assentamentos rurais (LEITE, 2012, p.25). No entendimento dos movimentos sociais, a Reforma Agrária está alicerçada no modelo vigente, cuja concepção de Reforma é a desapropriação e distribuição de terra a partir da pressão política das ocupações de terra. A proposta de Reforma Agrária ainda não contempla as reivindicações dos movimentos sociais e as necessidades concretas das famílias assentadas (STÉDILE, 2012).

Para o MST, a luta por Reforma Agrária no Brasil tem imprimido outros sentidos, porque a sociedade, nos últimos anos, tem debatido a questão agrária estrutural e percebido que esta não beneficia somente os camponeses e o trabalhador rural, mas toda a sociedade brasileira, embora o poder econômico e midiático do agronegócio afirme que a Reforma Agrária no Brasil já está ultrapassada e falida. Com isso, os governos também mudam suas táticas de desapropriação e a efetivação da Reforma Agrária é entendida como uma luta tanto pela distribuição de terra e superação do latifúndio, quanto pelo fim das desigualdades sociais e geração de renda.

Para Leite (2012), os assentamentos de Reforma Agrária, pela sua própria natureza e por seu processo histórico das lutas e dos sujeitos sociais que os constituem, possuem grande capacidade de questionar o Estado e reivindicar as políticas públicas, cobrando

¹ Segundo o art. 186 da Constituição de 1988 a função social da terra deve ser cumprida, atendendo simultaneamente, aproveitamento racional e adequado; utilização adequada os recursos naturais disponíveis e preservação do meio ambiente; observância das disposições que regulam as relações de trabalho e exploração que favoreça o bem – estar dos proprietários e dos trabalhadores. Já no artigo 185 está postulado que a propriedade produtiva não pode que ser desapropriada.

infraestruturas para a consolidação dos assentamentos, desenvolvimento socioeconômico e bem-estar dos assentados, a partir das políticas públicas e da democratização dos meios de produção e reprodução social da vida. Nesse sentido, a relação entre a luta pela posse da terra e pela Reforma Agrária e pelo acesso aos serviços públicos, como a saúde se estreita, tornando-se indissociáveis.

No contexto da luta e implantação da Reforma Agrária destaca-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que recupera a dimensão do acesso a terra como um importante elemento de saúde, pela concepção ampliada de saúde:

[...] 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 resultados das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida. (Relatório Final 8ª CSN, 1986)

Esse entendimento de saúde como direito é ratificado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, tornando dever do Estado a oferta de acesso a serviços de saúde a toda população de forma universal, igualitária e no lugar onde estiver o cidadão, que deve ser atendido, ao longo de sua vida, de acordo com suas necessidades, por meio de equipes de profissionais alocadas em uma rede de serviços, descentralizada e hierarquizada, de maneira que contemple os princípios de integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (PAIM, 2009)

A Reforma Agrária é uma necessidade para a produção da vida e a saúde é uma das dimensões necessárias à luta social pelo acesso a terra, historicamente negado às populações do campo. Como salienta Horário Martins de Carvalho (2014), a reprodução do homem do campo e o seu “modo de viver não está separado do modo de trabalhar a terra” (CARVALHO, 2014, p.24). Nesse sentido, a própria política do Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, reconhecem que o homem do campo tem um modo específico de relacionar-se com a terra, com a natureza e que esses elementos são fundamentais na produção e reprodução social da vida, do trabalho e da saúde desse sujeito. Para o autor, “da terra depende a felicidade e o bem-estar do camponês” (CARVALHO, 2014, p.28).

2 CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Uma análise da conjuntura sobre saúde implica em uma nova compreensão do processo saúde-doença- cuidado. [...] porque não existe saúde aqui, doença acolá, e cuidado lá – é um processo. Nós nunca temos 100% de saúde e 100% de doença, estamos sempre em uma situação intermediária. “Nunca ficamos doentes da noite para o dia, assim, de repente”

Eduardo Navarro Stotz, palestra, agosto de 2007.

No contexto internacional do debate das políticas públicas de saúde encontramos um debate intenso e histórico sobre as políticas públicas de saúde e as condições do modo de vida que determina a saúde do ser humano, em especial do trabalhador. Segundo Rosen (1983), na França, as criadas universidades de medicina² possibilitaram o surgimento da medicina social, entretanto, o estudo investigativo sobre a saúde do trabalhador e as condições de vida e de trabalho em que estes se encontravam, nem sempre era objeto da preocupação da classe médica da época, marcada pelo mercantilismo e pela influência das teorias Hipocráticas³. Assim, temas de investigação estavam centrados na doença sem adentrar nas causas sociais. No entanto, o processo de descobertas, indagações e participação social evidenciaram elementos sociais determinantes que poderiam levar “os indivíduos a adoecer ou a morrer” (ROSEN, 1983, p.11).

No Brasil o debate sobre saúde e serviços de saúde nos períodos colonial e Império ia em direção à conformidade das necessidades de saneamento e da profilaxia das doenças epidêmicas. Segundo Escorel e Teixeira (2012), os problemas de saúde da população brasileira entre o final do Império e primeira República, não foram decorrentes somente do mundo da medicina, pois, a prática médica estava distante dos mais pobres e principalmente dos escravos, que buscavam resolver os problemas de saúde na solidariedade comunal, de curandeiros (utilização das plantas medicinais e conhecimento trazido do continente

²O conceito e a terminologia (concepção) de ciência médica e medicina foi modificando-se ao longo dos séculos. Um exemplo disso é que o que conhecemos hoje como política de saúde antes era polícia de saúde. Vale ressaltar que, o conceito de saúde pública aparece como polícia médica, depois política nacional, e até mesmo o sistema de saúde foi influenciado pelos os pensadores positivistas, liberais e mercantilistas da época e guiados por interesses econômicos e da indústria. Ver ROSEN, G. *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. Global, 1983.

³Hipócrates foi um importante cientista da antiga Grécia. Foi o médico que elaborou as hipóteses de que os fatores ambientais estavam relacionados à doença, defendendo que doenças como a malária emanava dos mares ares em seu tratado sobre “ares, água e lugares”. No entanto, Hipócrates não se ocupou da saúde do trabalhador (ROSEN, 1983).

africano). Nesse período histórico, os cuidados à saúde eram realizados pelos médicos, pelos farmacêuticos, pelos cirurgiões, pelos boticários, pelos curandeiros, pelos pajés etc. Enquanto os povos nativos tinham uma cultura própria de saúde, sob responsabilidade dos pajés das tribos, a medicina como tal era erudita, de formação europeia, e, os médicos, membros da elite, atendiam somente os elitizados, deixando que as populações dos nativos buscassem a cura de suas doenças na medicina popular.

Algumas doenças da época estavam relacionadas ao ambiente, ao modo de vida e ao trabalho da população. Sendo assim, os escravos, os indígenas e os colonos, pertencentes aos estratos econômicos mais baixos da população, eram as principais vítimas de parasitas intestinais, doenças determinadas pela carência de nutrientes e doenças transmissíveis também relacionadas ao enfraquecimento, como a tuberculose, que se acredita ter chegado ao país antes dos colonizadores. Os problemas de higiene das cidades, à época, já eram de responsabilidades locais (sujeiras das cidades e fiscalização dos portos) e a presença de médicos era solicitada mediante carta ao rei, contudo havia escassez de médicos para o Brasil (PAIM, 2009).

Em 1828, as responsabilidades de saúde pública foram atribuídas às municipalidades e o Serviço de Inspeção de Saúde dos Portos foi transferido para o Ministério do Império. Devido aos aumentos nos casos de febre amarela, em 1850, foi criada a junta de Higiene Pública no Rio de Janeiro e, logo em seguida, foram realizadas reformas sanitárias e criados outros órgãos, tais como: a Inspetoria Geral de Higiene, a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos e um Conselho Superior de Saúde Pública. Além disso, medidas preventivas foram adotadas nas escolas e nas fábricas para proteção de crianças e adolescentes no trabalho. A cada nova epidemia, uma ação era realizada a nível municipal. Quando a situação epidêmica se agravava, as decisões concentravam-se no governo central, revelando, assim, que, ao final do período do Império, ainda era rudimentar e centralizada a organização sanitária, incapaz de responder às epidemias e de assegurar assistência aos doentes. Somente as famílias que dispunham de recursos eram cuidadas por médicos particulares. As famílias pobres e os indigentes eram atendidos pelas casas de misericórdia, pela caridade e pela filantropia (PAIM, 2009).

No século XX, por causa da indústria, a saúde desapontava como uma questão social, pois os problemas de saúde não se restringiam somente ao indivíduo, mas, sim, à sociedade e ao poder público. Ainda assim não havia um sistema de saúde pública, a concepção liberal do Estado brasileiro propagandeava que a saúde era um problema do indivíduo e que, portanto,

o indivíduo deveria buscar resolver sozinho, ou seja, pela iniciativa privada. Dessa forma, as ações de saúde pública eram separadas da assistência médica hospitalar e do social. O Estado somente intervinha quando se tratavam de doenças epidêmicas, que, muitas das vezes, eram tratadas como caso de polícia. Devido a isso a nomenclatura “Polícia Sanitária” das campanhas realizadas com operação militar (SCOREL & TEIXEIRA, 2012).

Ainda durante o século XX, as epidemias como, por exemplo, a febre amarela, a peste e a varíola comprometem o rendimento da agricultura, acarretando baixa na produtividade e afetando a economia brasileira. Vê-se, portanto que a economia foi prejudicada em função das doenças e dos problemas de saúde dos trabalhadores das lavouras. Para solucionar esse problema foram adotadas medidas de saúde públicas, como: saneamento dos portos; vacinação obrigatória; saneamento nas cidades e combate a vetores. Entretanto, essas medidas de saúde pública também foram uma resposta às lutas e às reivindicações de movimentos que solicitavam a organização de campanhas sanitárias desde o início de 1910. Vale ressaltar, que os movimentos e reivindicações pela saúde pública eram liderados por médicos sanitaristas, autoridades públicas e intelectuais, entre eles estavam: Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Emílio Ribas, Penna e Barros Barretos.

Em 1930, a responsabilidade pela saúde passou a ser atribuída aos Estados e a vigilância sanitária dos portos passou a ser responsabilidade do Governo Federal. Nesse contexto foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), com uma estrutura permanente de serviços de saúde para as áreas rurais e com ações específicas de combate e prevenção às doenças mentais, hanseníase, tuberculose, febre amarela, ancilostomose e vacinação contra a varíola, embora ainda de forma esporádica. (PAIM, 2009; SCOREL e TEIXEIRA, 2012; CARVALHO, 2013).

Com a Lei Elói Chaves de 1923, a saúde dos trabalhadores é atrelada à previdência e passa a ser componente de um sistema de assistência médica para os trabalhadores com vínculo em carteira de trabalho. Entretanto, durante a Segunda Guerra Mundial houve um acordo de cooperação com os Estados Unidos da América e, devido a necessidade de extração da borracha e do manganês, o governo brasileiro criou o sistema de saúde para atender as populações envolvidas neste trabalho das Regiões Norte e Nordeste.

Considerando o processo histórico das ações de saúde e da organização sanitária que antecedeu o Sistema Único de Saúde (SUS), Paim (2009) enfatiza que é possível afirmar, de um modo esquemático, que, no Brasil, existiu uma proteção social incipiente que, na prática, funcionou como assistencialismo até 1920. A partir de 1930, o Brasil buscou desenvolver

ações tendo como diretriz a concepção do seguro social, que atingiu os trabalhadores urbanos com registro na carteira de trabalho. O Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), foi transformado em Fundação (Fsesp) e durante o governo de Juscelino Kubitschek, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) que, na época de 1960 foi substituído pela Superintendência de Campanhas (Sucam). De acordo com alguns especialistas, o Sesp foi o programa mais completo de Atenção à Saúde no Brasil associado ao saneamento da história do país (CARVALHO, 2013). No entanto, outros estudiosos denominam a saúde pública desse período de sanitarismo campanhista ou sanitarismo dependente do modelo de saúde norte-americanos adaptado para a realidade brasileira.

Em Baptista & Viana (2012), a saúde pública no período de 1940 a 1960 estava relacionada à política de proteção social promovida pelo Estado, ou seja, a um modelo de proteção social que, na prática, demonstrou ser excludente e desigual, sendo duramente criticado pelos profissionais e pesquisadores do setor saúde a década de 60 e 70. Para alguns estudiosos, é nos determinantes sociais que mais se explicita as relações sociais de poder e de injustiça social do povo brasileiro, e desses determinantes sociais, como o não acesso a terra para trabalhar e reproduzir, o não acesso à alimentação, à moradia com condições mínimas, à água potável, à educação, ao transporte e ao saneamento básico e a outros bens de consumo são resultantes os processos saúde-doença da população.

De acordo com Paim (2009), o modelo de saúde pública no Brasil não tinha qualquer integração com a medicina previdenciária implantada nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e nem com a saúde do trabalhador, embora tenha sido nos IAP's que ocorreu a criação da categoria profissional com vínculo trabalhista.

No que tange à proteção social e à proteção dos direitos sociais dos trabalhadores do campo, pensando naquilo que envolve a questão do acesso ao serviço de saúde e aos direitos trabalhistas, foram poucas ou quase não houveram iniciativas⁴ entre 1930 e 1988. A situação dos trabalhadores rurais era ainda pior do que a vivenciada pelos trabalhadores da indústria. Segundo a literatura pesquisada para o trabalhador da área rural, o que existiu no período de 1963, ainda que tardiamente, foi o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural – FUNRURAL, criado pela Lei n. 4.214, que consistia em um sistema de previdência específico para os trabalhadores da área rural, com benefícios e formas de financiamentos e

⁴Na literatura pesquisada não encontramos nada substancial sobre política de saúde direcionada aos trabalhadores rurais e povos do campo (indígenas, quilombola, ribeirinho, pequenos agricultores entre outros povos que vivem no e do campo), no período de 1930 a 1988. A nossa referência desse período é o FUNRURAL, de 1963 a 1977, porém não houve tempo para aprofundamento sobre o FUNRURAL.

pagamento pelos produtores rurais ao comercializar sua produção, o FUNRURAL. Esse Fundo de Assistência foi extinto em 1977 e os trabalhadores rurais foram incorporados ao Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS.

Em 1964, após o Golpe Militar, os IAPs tornaram-se Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, e inicia-se o chamado “quartel da medicina no Brasil”, pois o Estado deixa de investir na medicina preventiva e o Ministério da Saúde (MS), passa comprar serviços de laboratórios, especialistas, médicos, medicamentos e de hospitais privados com recurso público. A predominância à época era a medicina curativa. Segundo Dos Ros (2007) antes de 1964, o repasse do recurso público para o MS era de 8%, depois de 64, o valor passa a 0,8%, e durante as décadas seguintes o Estado não investiu em ações preventivas de combate aos setores (mosquitos, barata, rato, etc) e nem em infraestrutura para a população, como: construção de casas, vacinação, saneamento básico. Os recursos foram concentrados para a construção de hospitais e laboratórios, configurando o Complexo – Médico – Industrial (Dos Ros, 2007).

Durante década de 70 ocorreram mudanças na condução da política de proteção social com a incorporação de outros grupos sociais nessa política, tais como os trabalhadores rurais, os autônomos e as empregadas domésticas, como beneficiários da previdência social. As principais políticas sociais criadas no período da década de 70 foram:

- a) Fundo do Apoio ao Desenvolvimento Social (FAZ), em 1974. O FAZ tinha a função de distribuir recursos para financiar os programas sociais e a Formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), criado para organizar ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social;
- b) Instituição do Plano de Pronta Ação (PPA), que constituiu em uma medida para viabilizar a expansão da cobertura em saúde que projetou a universalização da Saúde;
- c) Em 1975 ocorreu a formação do primeiro modelo de saúde de âmbito nacional, o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que desenvolveu um modelo de ações integradas ao três níveis de governo. Em 1976, houve a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que estendeu serviços de atenção básica à saúde no Nordeste e consistiu na primeira medida de universalização do acesso à saúde e configurou a constituição do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) como o mecanismo de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Além disso houve a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

(INAMPS), que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social (Baptista e Viana, 2012).

No âmbito da luta política por saúde pública no Brasil, destacamos o Movimento da Reforma Sanitária que desencadeou um processo de organização social envolvendo os profissionais da saúde e organizações populares, tais como: os sindicatos, as pastorais ligadas à igreja católica, as entidades da sociedade civil, o movimento popular de saúde, os movimentos do campo. Estas organizações foram importantes na construção de referências e propostas de saúde pública para o Brasil. Por exemplo, foi o Movimento da Reforma Sanitária que organizou o processo de participação social que culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

2.1. Sistema Único de Saúde: Direito do Cidadão e Dever do Estado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi formulado na esteira da luta política em meados da década de 80, no momento da redemocratização e de justiça social no Brasil. O SUS juntou a sociedade para elaborar e propor um Sistema Único e Universal de Saúde. Neste processo, os atores que protagonizaram a formulação do SUS foram articulações políticas, desde o Ministério da Saúde, as universidades, as organizações Sociais e os Movimentos de Estudantes, todos eles lutando por “Saúde e Democracia” antes e depois do Golpe Militar (BAHIA, 2009).

A luta por saúde como direito social era bandeira de luta que levou à unificação de todas as classes sociais e tinha como lema: “saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado”. Apresentado e defendida na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a proposta tinha como objetivo a criação e unificação de um sistema de saúde justo para todos brasileiros e trabalhadores do campo e da cidade e contrapunha aos interesses mercantilistas de assistência médica previdenciária e dos planos de saúde (BAHIA, 2009; CARVALHO, 2013).

A partir da Conferência de Saúde, a definição de política pública de saúde é ampliada e a saúde passa a ser direito do cidadão e dever do estado, sem distinção de raça, de credo, de opção sexual e/ou de poder econômico; O direito a saúde passa a ser “universal”, e isso significa que o governo assumiria a saúde como um princípio republicano e democrático em todo território brasileiro, além de que asseguraria melhores condições de saúde à população, com o acesso universal e igualitário às ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação do estado de saúde–doença de qualquer cidadão e em todos os seus níveis, desde a atenção bási-

ca até a complexidade hospitalar (PAIM, 2009).

Neste sentido, o entendimento sobre o conceito de saúde foi também ampliado, sendo debatido e inserido no patamar das questões sociais, econômicas, culturais e políticas, passando a ser entendida a saúde–doença como resultado social das condições de vida e do trabalho. Além disso, passou-se a compreender que os determinantes sociais tais como a falta ou o não acesso à alimentação adequada, condições de habitação, desemprego, poluição e degradação do meio ambiente, violência e a não Reforma Agrária, questões políticas e sociais refletem nas condições e no processo saúde–doença dos indivíduos. (DOS ROS, 2007; STOTZ, 2007). Vasconcellos (2011, p.37-38) afirma:

A saúde traz como marca humana da finitude de corpo, o gradual desgaste de sua força de produz materialidades, determinado pela marcha biológica do corpo sadio no tempo humano individual. A saúde possui uma condição imanente e uma interinalidade determinadas por fatores que nem sempre se subordinam aos determinantes sociais e políticos no tempo histórico, por se situarem na dimensão individual do andar a vida. Pois, a saúde, ou a condição de saúde para andar a vida individualmente, situa-se num campo restrito da dimensão sociopolítica, o do microcosmo do sujeito, cuja resolução dos obstáculos para manter o andar individual da vida se situará, do mesmo modo, no campo individual da solução desses obstáculos.

Com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a saúde passa a ser reconhecida como direito social e como uma condição inerente ao ser humano, cabendo ao poder público garanti-lo o direito a saúde para todos. Assim, a partir da Carta Magna de 1988 (Art.196) podemos afirmar que a saúde no território brasileiro é “direito de todos e dever do Estado” (PAIM, 2009, p.43). Para Stroz (2007), o Sistema Único de Saúde (SUS), insere-se numa perspectiva democrática do capitalismo, e que, por isso, a perspectiva colocada hoje para a população brasileira, especialmente de baixa renda, é conhecer e compreender o processo de construção e fundamentação do SUS como melhor forma para lutar e defender sua permanência e seu aperfeiçoamento. Desse modo, segundo Bahia (2009), Sistema Único de Saúde é o conjunto de ações e instituições que de forma ordenada e articulada contribuem para uma finalidade comum, na perspectiva de rupturas com os esquemas assistenciais e o rompimento de paradigmas de política pública de saúde fragmentada, princípios que garantem a equidade, o controle e participação social, a integralidade e a universalidade do Sistema de Saúde Brasileiro. Ademais, Paim (2009) e Bahia (2009) definem o SUS como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.

Com relação à participação social ou “controle social” como princípio do SUS, o

(Paim, 2009) lembra que, muitas vezes, o Sistema Único de Saúde não é compreendido como um espaço democrático constituído de direitos sociais e políticos do indivíduo e do coletivo. No debate sobre a Reforma Sanitária e o ocorrido na 8ª Conferência de Saúde, esse era um dos pontos mais debatidos para que a sociedade civil organizada acompanhasse e participasse ativamente e democraticamente do SUS, como reflete o Dos Ros: (2007) “o SUS é direito de todos e dever do Estado, portanto o SUS é Nosso” e “devemos acompanhar, controlar e direcioná-lo” (DOS ROS, 2007, p.37). Stotz (2009) postula que o conceito de participação social pode ter sentidos genéricos e que pode estar ligado à integração do sujeito aos processos, mas não necessariamente de decisão. Como exemplo, podemos ver a integração do sujeito nos processos de produção das empresas e de colegiados, nos quais a incorporação do indivíduo é figurativa, mas já configura participação. Ou seja, participação é um conceito racional e polissêmico, pois remete tanto à coesão social e à legitimação do que não é bom para a população, como também pode ser espaço de coesão social que leva à mudança social, pois, na compreensão de Stotz (2009), participação também implica em comportamentos e atitudes ativos ou passivos, estimulados ou não.

Autores como Dos Ros (2007) e Paim (2009), apontam a participação social da comunidade no SUS, especialmente nas Unidades Básicas de Saúde, Conselho Gestor, Conselho Municipal e nas Conferências, como sendo ainda um dos limites da população, talvez pela não cultura da participação social e do controle social nos espaços institucionais. Além disso, os autores afirmam que a consolidação e a implantação do SUS ainda são vigentes e que o mesmo foi e é um processo de disputa e de divergência pelos diferentes projetos políticos e econômicos, porque, embora a saúde seja um direito social e universal, a Constituição de 1988 também estabeleceu que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, cabendo ao poder público dispor de termos e de leis sobre a regulamentação, fiscalização e o controle (público e social), devendo sua execução ser feita diretamente pelo poder público ou privado (PAIM, 2009).

3. SAÚDE NO CAMPO: A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

1) Luta pela valorização da vida; 2) Saúde como uma conquista de luta popular; Saúde como direito; 4) Lutar pela consolidação de Políticas Públicas em Saúde; 5) Respeito às diferenças; 6) Fortalecimento das práticas e saberes populares em saúde; 7) Educação permanente em saúde; 8) Socializar os conhecimentos e as informações.

MST (2007, p. 4)

3.1. A saúde no campo e as especificidades das populações do campo

A compreensão de Saúde no Campo, segundo a formulação dos Movimentos Sociais de luta pela e de resistência na terra e o debate sobre a política pública em saúde para as populações do campo, inserem-se no contexto de luta social do direito, tendo presente que a realidade dos povos do campo é terem sido negados, historicamente, o direito à terra, à educação, à saúde, ao lazer e à moradia digna. Esses sujeitos de deveres e de direitos, que vivem e trabalham no campo, possuem uma relação de trabalho com a terra e, portanto, possuem um “modo de andar a vida” (VASCONCELLOS, 2011, p.62) que, no caso do assentamento, reúne, no mesmo espaço-lugar, uma relação intrínseca entre saúde, trabalho (terra) e direito.

O direito à saúde das populações do campo insere-se no contexto das lutas sociais por direito à terra, à moradia, ao crédito, à educação, ao transporte, à estrada e à saúde, ou seja, por Reforma Agrária e, conseqüentemente, por políticas públicas e por justiça social. Concomitantemente, as relações e condições de trabalho, o acesso e o não acesso aos bens e serviços públicos, entre outras determinações sociais dos povos do campo, sejam indígenas, quilombolas ou agricultores familiares, denotam uma enorme carência de assistência e cuidados de saúde. A diversidade dos grupos sociais que vivem no campo compõe a realidade ou as realidades e as condições socioculturais e econômicas dessas populações, com as especificidades dos locais e dos territórios em que elas se encontram.

Os fatores climáticos, a preservação, o desmatamento e a recuperação da natureza também fazem parte do universo dessas populações e estão intrinsecamente relacionados à questão da saúde dos camponeses. Por vezes, o entendimento de quem vive no campo sobre o processo saúde/doença e a própria concepção de saúde está ligado ao repertório da sociedade capitalista, que discute e mediatiza a saúde como uma busca de atendimento

clínico (biomédico) e medicalização do indivíduo. A doença muitas vezes é vista como um resultante individual sem relação social, política e econômica. Em alguns casos é compreendida como “castigo” do corpo a partir de uma concepção religiosa e perpetuada pela visão de doença ainda da história antiga imputada pela igreja durante a Idade Média (500 – 1.500 d. C) e, em certa medida, vigente. Segundo Batistella (2007, p.34):

[...] as práticas de curas deixaram de ser realizadas por médicos e pelos curandeiros/raizeiros e passaram a serem atribuições religiosas e como eram poucos recursos para deter o aumento das doenças e a proliferação das mesmas ocasionadas pelas condições sociais e históricas dos períodos, a interpretação cristã oferecia conforto espiritual e condenava qualquer explicação racional do processo de adoecimento.

De acordo com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, em seu Dossiê datado em 2012 e intitulado “Um alerta sobre os impactos dos Agrotóxicos na Saúde”, a população brasileira deixou de ser predominante rural a partir das décadas de 1960 e 1970. Naquele período, a população rural era estimada em pouco mais de 41 milhões de habitantes. Em um período de dez anos, o número da população da área rural chegou a pouco menos de 30 milhões (IBGE, 2010) e, nos últimos anos, a população do campo, vem sendo ameaçada pelo crescimento acelerado e devastador do agronegócio e contaminada pelo uso abusivo de agrotóxicos, enfraquecendo e adoecendo os territórios. Neste contexto, o território é considerado um “espaço que possui tecido social, trama complexa de relações com raízes históricas e culturais, configurações políticas e identidades, cujos sujeitos sociais podem protagonizar um compromisso para o desenvolvimento local sustentável” (BRASIL, 2013, p.23).

O modelo de desenvolvimento de agricultura adotado nos últimos anos pelos três últimos governos (Fernando Henrique Cardoso, Lula e Dilma) é o modelo do agronegócio, cujas bases produtivas e econômicas acentuam os altos níveis de pobreza e a vulnerabilidade social no campo brasileiro, haja vista a concentração de terra e disparidade de recursos destinados às entidades de classes do agronegócio e o orçamento da agricultura patronal em comparação ao orçamento e políticas públicas para a agricultura de subsistência (organização familiar) e dos assentamentos de reforma agrária. Ainda hoje podemos perceber que existem as dificuldades de acesso a bens e serviços, como por exemplo: à moradia, à educação, à alimentação, à saúde e ao transporte.

Em alguns lugares, os trabalhadores e a população do campo e da cidade não têm acesso aos serviços a assistência médica, e, muitas vezes são subordinados aos interesses econômicos e políticos do fazendeiro ou dos órgãos municipais, o que faz com que eles se

tornem massa de manobra política. Em alguns casos, a família tem que pedir caridade ou “buscar estratégias pouco ética para acessar os serviços públicos de saúde, numa conjuntura em que o SUS é um direito universal⁵, como se o acesso aos serviços de saúde fosse um favor e não um direito. Ao mesmo tempo em que ainda consiste como um dos desafios para o SUS, incorporar que o tempo do campo é diferente do tempo da cidade e que há uma especificidade e uma relação e processo com o trabalho diferenciado do meio urbano (BRASIL, 2015)

Como podemos observar, o processo de implementação e acesso aos serviços de saúde é desigual, mesmo com o Sistema Único de Saúde tendo como princípio a equidade e a universalidade do direito a saúde. Ainda é realidade, em algumas regiões, especialmente no campo, a dificuldade do acesso ao sistema de saúde, de acordo com as especificidades e diversidades das regiões, das desigualdades e dos determinantes de saúde (PNSIPCFA, 2015). Na discussão teórica necessária sobre os determinantes de saúde e acesso aos serviços de saúde, Barata (2001, p.19) afirma que:

[...] enfoques baseados na oposição entre pobreza e riqueza tendem a interpretar as relações entre o nível socioeconômico e o nível de saúde como decorrentes principalmente da dificuldade de acesso dos pobres aos bens e serviços, entre os quais os de saúde. Nesta perspectiva de análise as desigualdades são vistas como se fossem produzidas, principalmente, na esfera de consumo. O nível de riqueza determina a possibilidade de consumo ou a privação de bens materiais essenciais para a promoção, manutenção ou recuperação da saúde e também o acesso e a utilização de serviços de saúde. Deste modo, o nível de riqueza influencia,

⁵ Com o governo interino de Michael Temer (PMDB) assumido no dia 13/14 de maio de 2016, depois do processo de impedimento político da presidenta Dilma do PT por alegação de ter cometido responsabilidade fiscal e outro crime administrativo, que até hoje não tem esclarecimento real pela grande mídia, o substituído “temporário” montou um ministério de grandes empresários e pastores também ligados às incorporações capitalistas e estes estão desmontando os ministérios sociais e revogando direitos conquistados no período petista, como: Bolsa Família, financiamento para o ensino superior, extinção do Ministério do Desenvolvimento Agrário, programa Minha Casa minha Vida e mudança do conceito de trabalho escravo. Além disso também há o aumento de idade para a aposentadoria e a extinção da secretaria da mulher. No total são 28 medidas, cortes e extinções de ministérios ligados à área social. No dia 17 de maio de 2016, o ministro da saúde do governo “temporário” anuncia que haverá corte nos investimentos para o SUS, porque, segundo o ministro de Ricardo Barros (PP- PR), o tamanho do SUS precisa ser revisto. “Vamos ter que repactuar, como aconteceu na Grécia, que cortou as aposentadorias, em outros países que tiveram que repactuar obrigações do Estado porque ele não tinha mais capacidade de sustentá-las” afirmou o ministro em entrevista à Folha de S.Paulo no dia 17/05/2016. Segundo informações dos Movimentos Sociais e “vazamentos” na mídia alternativa, as campanhas do ministro da saúde são financiadas pelos empresários dos Planos de Saúde e Hospitais Privados, ou seja, o Brasil corre o risco de perder o SUS.

diretamente, a situação de saúde. Os enfoques centrados nas diferenças relativas tendem a interpretar as desigualdades em saúde como decorrentes da própria organização social, ou seja, como resultado dos processos de produção da vida material e não-material de uma sociedade.

Neste contexto, de acordo com a Secretária de Gestão Estratégia Participativa (SGEP/MS), o Ministério da Saúde tem buscado implementar as Políticas de Promoção de Equidade em Saúde, com o objetivo de diminuir a vulnerabilidade das populações que, além de expostas aos resultantes determinantes sociais e ambientais de saúde, como acesso a água potável, saneamento básico, à segurança alimentar e nutricional, moradia digna, transporte, entre outros, vivem em situações de riscos e de desigualdades sociais, bastante comuns no campo brasileiro (BRASIL *et al*, 2015).

A Lei Nº 8.080/90 dispõe que "a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país e, neste sentido, é candente a disparidade e as desigualdades sociais ainda encontradas no campo brasileiro, condicionantes e determinantes sociais de saúde (BRASIL, 2015, p.11). O desafio no país consiste em mudar a realidade do campo brasileiro, pois ainda é no campo que são encontrados os maiores índices de mortalidade infantil, incidência de endemias, de insalubridade e de analfabetismo, caracterizando uma situação de enorme pobreza decorrente das restrições de acesso aos bens e serviços que garantem a vida (BRASIL, 2013, p.13).

Existe, no campo brasileiro, uma diversidade e especificidades das populações do campo, da floresta e das águas, caracterizada por povos que têm seu modo de vida e de reprodução social relacionados com o campo e com a cultura e conflito no campo. Ou seja, trata-se de povos e de comunidades que têm um modo de vida específico, uma produção e reprodução social relacionada com a terra e com o território. (BRASIL, 2013). Conforme a conceituação na PNSICFA (2013) são populações do campo e da floresta os agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residem ou não no campo. Também fazem parte das populações do campo as comunidades tradicionais, como os quilombolas, os ribeirinhos (que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas de florestas ou aquáticas), e as populações atingidas por barragens, povos indígenas, dentre outras. (BRASIL, 2013).

A constituição do Grupo da Terra⁶ tem como objetivos: discutir, demandar, propor e elaborar propostas conforme as necessidades da atenção básica à saúde das populações do campo. . Além de acompanhar a implementação da política no país, como também discutir estratégias para melhorias das condições e qualidade de vida dessas populações (Brasil, 2015, p. 15-16).

Neste contexto, uma das principais conquistas, no âmbito das políticas públicas para a saúde das populações do campo, foi a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) e também a mudança no cálculo do Piso de Atenção Básica (PAB), que passa a incluir os assentamentos de reforma agrária. Além disso, o Programa de Saúde da Família também foi um ganho e incentiva os municípios com características rurais, em associação à construção de políticas voltadas para a realidade do campo.

A saúde, para o MST, está diretamente relacionada às condições necessárias de produzir e reproduzir a vida, o que demonstra que o modo de vida e a luta social por direitos, nessa perspectiva, são elementos fundamentais de saúde. Nesse sentido, o conceito de saúde do MST dialoga com as proposições do Sistema Único de Saúde (SUS), mas carrega

⁶ O Grupo da Terra foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 719 de 14 de Abril de 2004, atualizada pela Portaria de nº 3257, de 22 de Dezembro de 2009. É composto por instituições públicas e pela sociedade civil. Sendo elas: Secretaria Executiva (SE); Secretaria de Atenção a Saúde (SAS); Secretaria em Vigilância em Saúde (SVS); Secretaria de Ciência e Tecnologia (SCTIE); Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI); Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); Fundação Nacional de Saúde (Funasa); Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Instituto Nacional do Câncer (INCA). Constituído também por representações de entidades: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); Conselho Nacionais de Secretarias de Municipais de Saúde (Conasems). Por representantes dos movimentos sociais: Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib); Comissão Pastoral da Terra (CPT); Movimento Sem Terra (MST); Conferência Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag); Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq); Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS); Federação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar (Fetraf); Movimento das Mulheres do Campo – Brasil (MMC – Brasil); Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB); Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco Babaçu (MIQCB); Movimento de Luta pela Terra (MLT); Mulher da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste (MMTR-NE); Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA); Movimento Nacional dos Pescadores (Monape) e Mulheres Trabalhadoras Rurais – Movimento das Margaridas (MTRMM). Para além desses membros permanentes, há ministérios e órgãos, tais como: Secretaria Geral da Presidência da República; Ministério da Pesca; Ministério da Agricultura; Ministério da Educação; Secretaria de Políticas para as Mulheres e o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA).

componentes próprios referentes à realidade do campo e, em particular, dos assentamentos e acampamentos. O MST defende o SUS, e defende uma política de saúde vinculada ao Programa Nacional de Reforma Agrária Popular e Soberana que tenha a participação e controle social. O MST também entende que o campo da saúde é um campo em disputa

3.2. Atenção Básica em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

A saúde da família reitera na atenção básica a tentativa de facilitar o acesso da população ao sistema de saúde, constituindo um conjunto de ações e práticas que têm como objetivo incorporar parcela da população historicamente apartadas dos serviços de saúde

(CORBO, 2007, p.170)

A Atenção Básica caracteriza-se por 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 com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativa, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2011, p.2 Anexo I).

Conforme a literatura revisada, a Atenção Básica teve início como Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), que tinha como um dos objetivos proporcionar apoio médico e sanitário nas regiões norte e nordeste de estados como Goiás e Vale do Rio Doce (extração de minérios) e em regiões de produção de materiais estratégicos relevantes para o Brasil e para as relações internacionais com os Estados Unidos da América.

A Sesp realizou, nos primeiros anos, ações e atividades de saúde preventiva e curativas, como campanhas sanitárias e assistência domiciliar até assistência médica ambulatorial. Como a Atenção Básica era inexistente e precária, especialmente para as populações afastadas dos centros urbanos a Sesp era considerada uma das ações mais avançadas e eficientes até o momento, atendendo a população numa perspectiva clássica norte-americana, centrada na assistência médica individual (concepção flexneriano), pois muitos trabalhadores adoeciam de febre amarela, malária e outras doenças vetoriais dominantes das regiões (MOROSINI *et. al*, 2007).

O modelo de saúde adotado no Brasil durante a década de 40 até a década de 60 teve os Estados Unidos como referência. Entretanto, o modelo demonstrou limites e ineficiências,

pois, “difusos e descontextualizados” os médicos solicitavam cada vez mais exames complexos e caros para diagnosticar doenças em detrimento do cuidado aos doentes, gerando custos altos para o Sistema de Saúde. Outro limite que evidenciou a concepção da biomedicina flexneriana, que ainda é hegemônica, é que quanto mais caro o serviço, mais dificuldade de acesso as populações com condições econômicas precárias terão, e, dessa forma, o acesso à saúde fica restrito aos que têm condições econômicas (MOROSINI *et al*, 2007).

Durante o período de 1976, houve a experiência do Piass como uma ação de saúde de baixo custo. Foram realizados recrutamentos de pessoas com diferentes níveis de escolaridade para auxiliar nas próprias comunidades na multiplicação de experiências de práticas trabalhando como Agentes Comunitários de Saúde, especialmente nas regiões do Norte e Nordeste. Posteriormente, várias instituições e organizações desvinculadas ao Estado, como a Pastoral da Criança, a Pastoral da Saúde e o Movimento Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, com alguns profissionais da saúde e universidades, contribuíram para estimular práticas de ações populares em saúde. Importantes iniciativas foram realizadas nas cidades de Montes Claros em Minas Gerais, no Vale da Ribeira em São Paulo, na Paraíba e no Estado do Ceará, cidade/estados que foram pioneiros da formulação e prática do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (Pacs).

O Estado da Paraíba implantou o Pacs, e desenvolveu um trabalho priorizando as ações de informação e educação em saúde, com um trabalho permanente com as mães. Posteriormente, com os casos de cólera no Brasil, o Pacs estendeu-se, em caráter emergencial, aos estados da região Norte, assumindo papel relevante no controle e prevenção de doenças (VIANNA, 1998). Entretanto, foi somente no Ceará, entre 1987 e 1990, que o programa foi desenvolvido como plano de governo e inserido nas esferas de saúde com foco na promoção de saúde.

Em 1991, o MS institucionalizou o Pacs, legalizando a experiência e criando a categoria de Agente Comunitário de Saúde como parte da equipe de profissional de saúde, estendendo em âmbito nacional o programa, que ocorria somente na região Nordeste (MOROSINI *et al*, 2007). Criando ou reforçando um modelo de saúde que contrapunha a concepção de medicina no uso intenso na tecnologia e no ambulatorial, voltando a atenção básica à comunidade, ao ambiente e à promoção da saúde, essa concepção de saúde ficou

conhecida como medicina comunitária e preventiva, e deu as bases da Atenção Primária⁷ no Brasil (MOROSINI *et al*, 2007).

É importante destacar que o termo Atenção Básica em Saúde – ABS foi assumido na política nacional, sendo normatizado com a Normas Operacionais/SUS 01/1996 e, em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, com vistas ao Programa Saúde da Família (PSF) e ao Programa Agentes Comunitários. De acordo com Morosini *et al* (2007, p.61):

Alguns autores, o próprio Conass e alguns documentos e eventos do Ministério da Saúde já vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Primária à Saúde. Assim, é claro que, o Brasil, o Ministério da Saúde adotou a monocultura de atenção básica para definir APS, tendo como estratégia principal a Saúde da Família.

Para Paim (2009), a Política Nacional de Atenção Básica (2006) formaliza e propõe que o PSF seja utilizado como uma das estratégias para reorganização e construção de condições reais para o acesso ao serviço público de saúde pelas populações, tornando o direito a saúde um fato consumado. De acordo com análise do autor e com os dados que ele apresenta em sua obra, a cobertura e o acesso à atenção básica e, portanto, ao SUS, pela a população, vem aumentando gradativamente.

Em 1998, no Brasil havia uma cobertura pelo PSF de apenas 4,4% da população e, em 2009, o PSF atingiu 37,9% da população e implantou 29.678 equipes em 5.229 municípios, cobrindo a metade da população brasileira. A meta era que em 2010 a cobertura do PSF fosse de 60% da população do país. Neste sentido, a Política Nacional de Atenção Básica, somando-se à construção de uma política de saúde que contribui para a reorientação do modelo assistencial, torna-se um modelo de saúde de primeiro contato (porta de entrada do SUS) e de cuidado da população. A concepção de ABS desenvolve-se a partir dos princípios do SUS, especialmente a partir dos princípios de universalidade, descentralização, integralidade e participação social (gestão participativa). A ABS pode ser definida como:

Um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, e manutenção da saúde. É desenvolvida através de exercícios de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigida a população de territórios bem como delimitados, pela quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de

⁷ A ideia de Atenção Primária de Saúde como forma de organização dos sistemas de saúde aparece pela primeira vez no Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, por um lado, contrapor ao modelo flexneriano americano de cunho curativo e biológico e também buscar resolução de baixo custo.

maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006, p.22).

Consolidada na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 80.080), a ABS terá como estratégia de atuação e implementação dos princípios a Estratégia de Saúde da Família, pois além de observar os elementos acima apontados, a Estratégia de Saúde da Família proporciona uma ampla cobertura populacional e a reorganização da atenção básica na promoção, prevenção e responsabilidade sanitária das equipes, que são compostas por um médico generalista, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, e podem ser ampliadas conforme as possibilidades e necessidades locais.

Gondim (2011) reflete sobre o processo da ABS, na perspectiva de sua consolidação via descentralização e implantação da ESF, expandindo as redes de serviços municipais de saúde, impulsionadas pelos mecanismos de transferência de recursos (NOB/96). Assim, o avanço da descentralização, segundo sua avaliação, demonstrou a necessidade de enfrentamento dos problemas, no que se refere à gestão e à atenção básica. O autor ainda afirma que mesmo que sejam indicados bons resultados advindos da norma e da descentralização, existe uma contradição na alocação dos recursos pagos pelos procedimentos. Ademais o autor postula que:

No Brasil a ABS vem se estruturando no interior do movimento de descentralização/municipalização das ações e dos serviços de saúde, posta como atribuição da gestão municipal, desde as ações integradas de saúde (AIS). Embora incorpore elementos conceituais e teóricos da APS, se diferencia da mesma por não se constituir em ação focal restritiva, conformada por um cardápio básico de serviços a serem ofertados a populações em situação de grande vulnerabilidade. Ao contrário, constitui-se a partir das críticas aos modelos iniciais do PACS e do PSF, e se expande como possibilidade de mudança no modelo assistencial vigente, assegurando o acesso às ações e serviços de saúde mais adequados e de qualidade para população brasileira (Gondim, 2011, p.158).

Na compreensão de Paim (2009), para se analisar a Atenção Básica, é preciso que sejam entendidos os modelos assistenciais que têm predominado no Brasil, com combinações tecnológicas (equipamentos e outros) utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente e as comunidades. Por outro lado, com a descentralização dos recursos da saúde para os municípios, nem sempre as ações de saúde são realizadas na perspectiva de superação dos problemas da Atenção Básica de Saúde, muitas vezes os recursos ficam em função de pagamento da iniciativa privada ou conforme a gestão municipal determina, ocasionando, assim, conforme alerta Gondim (2011)

uma crise na Atenção Básica e no próprio Sistema de Saúde, correndo o risco de não funcionarem as redes e os níveis de complexidades que estabelece o SUS. Os princípios do SUS devem ser observados e praticados sobre o viés dos princípios da participação social, da coordenação compartilhada e da responsabilidade com o patrimônio público.

A Estratégia de Saúde da Família insere-se no contexto de debates sobre as políticas públicas de saúde no Brasil, sobre modelos assistenciais e sobre os princípios de implantação do SUS. Um dos desafios para os usuários e leigos sobre o sistema de saúde no Brasil e SUS é compreender como a Estratégia Saúde da Família (PSF) tornou-se uma política pública de saúde, tendo como foco atenção básica e a família como objeto de cuidado e de educação na promoção e prevenção.

3.3. Princípios Gerais da Estratégia da Saúde da Família.

A estratégia de Saúde da Família visa a reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Lei nº 648, 2006 prevê a pactuação da Atenção Básica e a revisão das diretrizes e das normas do PFS e do PACS.

A ESF envolve um coletivo de profissionais da saúde e tem os ACS como um dos importantes elos de comunicação, pois são eles que realizam o diagnóstico da situação do território onde a ESF está inserido. Todos os ACS são responsáveis por aproximadamente de 100 a 250 famílias da sua área de atuação, que atende um número máximo de 750 famílias. De acordo com exigências do MS, a cada três meses deve acontecer a avaliação do trabalho dos ACSs por um enfermeiro e um médico.

Cada enfermeiro deve ter no máximo 30 ACSs sobre sua responsabilidade e a formação da equipe de saúde deve ser permanente. A área geográfica da ESF deve ser determinada pela Secretaria Municipal de Saúde, contendo de 600 a 1000 famílias, ou o equivalente a 3.450 pessoas⁸.

A ESF é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essa quantidade de profissionais é suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, sendo que cada ACS pode ser responsável por um máximo de 750 pessoas e cada equipe pode abarcar 12 ACS. Há a possibilidade, ainda, de integração da Equipe de Saúde com a Equipe de Saúde Bucal (ESB)

⁸ Segundo a portaria n 648 de 28 de março de 2006 a média recomendada é de 3000 habitantes por equipe. de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes.

para suprir demandas. O gestor municipal, embora não atuando dentro da Unidade, também é parte da Equipe de Saúde da ESF.

O programa de ESF possui um sistema de informação específico, no qual é feito o registro das atividades cotidianas e o controle das condições de saúde-doença dos indivíduos, partindo dos determinantes sociais em que se inserem esses sujeitos. Dados sobre mortalidade e natalidade também são inclusos nesse sistema de informação.

O tema da promoção e prevenção são diretrizes importantes para a ESF, como pode ser observado na estruturação e nas atribuições da Equipe da Estratégia Saúde da Família. A estruturação e as atribuições da ESF foram elaboradas com vistas de atingir objetivos de promoção, de prevenção, de cuidado, de integralidade, de universalidade, de equidade e de participação social. Esses princípios norteadores do SUS e da Atenção Básica, do PSF e do ACS, também são da Estratégia de Saúde da Família, que passa a receber essa nomenclatura a partir da portaria de nº396 de abril de 2003, o que reafirma o compromisso por parte do governo brasileiro de manter o lema: *“saúde como direito social de todos e um dever do Estado de garanti-lo”* e em 2006, por meio da *“Política Nacional de Atenção Básica, o Estado propõe que a ESF seja utilizada como uma estratégia de reorganização da atenção básica”* (Paim,2009,p 75 - 77)

Entretanto, é preciso que sejam consideradas algumas especificidades no que concerne à realidade do campo e dos trabalhadores rurais, relacionando o modo de “andar a vida” (VASCONCELLOS, 2011) com os elementos do campo. Neste sentido, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, pode e deve dialogar com a Estratégia de Saúde da Família, tendo em vista que a PNIPCFA também faz parte das políticas públicas de Atenção Básica.

No que rege os princípios e as responsabilidades da ESF, de acordo com portaria nº 648, 2006, deveria existir uma formação específica para os profissionais que atuam no campo, com diferenciação na dimensão do tempo e do território em relação à cidade. Além disso, deveria ser proposta uma adaptação da ESF para o campo, com a integração das propostas de medicina popular que fazem parte da PNIPCFA e que, na maioria das vezes, as Equipes da ESF não têm conhecimento ou não têm tempo para desenvolver o trabalho. Um exemplo disso é o trabalho com plantas medicinais e com as parteiras e rezadeiras.

4 - O ASSENTAMENTO BELA VISTA DO CHIBARRO /ARARAQUARA /SP

Os assentamentos rurais, a partir da contribuição teórica de Fernandes (2008), devem ser compreendidos e analisados como um espaço de produção, de relações sociais, de disputas, de conflitos, e, sobretudo como organização social com base na produção e organização familiar. Neste sentido, os assentamentos rurais configuram-se como uma política pública de Reforma Agrária existente no Brasil. A partir dos elementos assinalados, os assentamentos buscam, por um lado, acessar e materializar outras políticas públicas, tais como: tecnologia e subsídio para agricultura, acesso ao mercado de consumidores, educação, saúde, transporte, moradia e lazer, e por outro estar inseridos no contexto da produção familiar, que, no âmbito da produção agropecuária no Estado de São Paulo, segundo Bergamasco & Norder (2003), está situada como uma das mais importantes fração de absorção da mão-de-obra.

De acordo com os dados apresentados pelo Censo Agropecuário de 2006, a agricultura familiar, apesar de ser cultivada em uma área menor com relação ao grande capital, é a principal fornecedora de alimentos básicos para a população brasileira. De acordo com Bergamasco & Norder (2003), em 1998 os estabelecimentos agrícolas absorviam 61,4% do trabalho familiar, e, neste contexto, os assentamentos rurais já se destacavam pela produção familiar. Na mesma obra autores ressaltam que, do ponto de vista político e econômico, esses dados de produção nos assentamentos eram um importante *lobby* em favor das políticas públicas para agricultura familiar. A luta por Reforma Agrária no Estado de São Paulo contribuiu para a constituição dos assentamentos rurais a partir de uma pluralidade de relações de trabalho e conflitos pela posse da terra (entre posseiros, arrendatários, parceiros e sítiantes (BERGAMASCO & NORDER, 2003; FERNANDES, 2008; MEDEIROS, 2013)

O assentamento do Bela Vista do Chibarro, localizado na cidade de Araraquara, no interior de São Paulo, foi conquistado a partir da luta dos trabalhadores rurais assalariados temporariamente no corte de cana, que buscaram na Reforma Agrária uma alternativa à exclusão econômica e social, além da garantia dos seus direitos trabalhistas. Segundo Scopinho (2010), os processos desencadeados pelas constituições e consolidações dos assentamentos de Reforma Agrária chamam atenção para a responsabilidade do Estado, que não deveria assumir a causa somente quando para mediação de conflitos fundiários e distribuição de terras, mas também deveria assumir garantindo viabilização econômica, social e cultural aos assentamentos, criando condições infraestruturais, condições de

organização dos meios de produção, investindo em saúde, educação, moradia, lazer, escoamento, água, transporte, estradas e em recursos para produção. Na presente pesquisa o enfoque será para a questão da saúde no assentamento.

De acordo com o Fernandes (2008, 2012), o assentamento é um território de lugares de cultura, de vivências distintas em contínuos e descontínuos movimentos, onde acontecem as relações sociais de poder, de produção da vida e de identidade, que são vivenciadas e transformadas o tempo todo. Assim, podemos dizer que a produção desse espaço acontece por intermédio das relações sociais no movimento da vida concreta do cotidiano que se dão com a natureza e com os sujeitos.

Compreendendo que o assentamento é um espaço multidimensional, nele também são estabelecidas relações conflituosas e contraditórias da sociedade vigente. Ademais, esse espaço se relaciona, dialeticamente, com sujeitos moradores ou não do assentamento, o que nos leva a pensar no movimento das relações nas quais vivem os assentados do Assentamento Bela Vista.

No que tange à questão da agricultura e da produção familiar – apesar de contracenar com uma lógica perversa do agronegócio nas relações de produção de alimentos, incentivado pelas políticas públicas do PAA (Programa de Aquisição de Alimentos) e do debate introduzido pelo programa e pelas universidades sobre agroecologia –, os assentamentos vêm trazendo uma outra perspectiva de trabalho, de produção e de vida.

4.1 Caracterizações de Araraquara e região

O município de Araraquara está localizado na parte central do Estado de São Paulo. Ao Norte, limita-se com as regiões de Ribeirão Preto e Barretos; ao Sul, com as regiões de Bauru e Jaú; à Oeste com a região de Catanduva e, à Leste, com o município de São Carlos. Geograficamente, Araraquara faz parte da região de Ribeirão Preto, principal cidade da região, conhecida como “Califórnia brasileira” e referência internacional na produção de Etanol e na prática de monocultura de cana de açúcar.

A região de Ribeirão Preto também foi palco de implementação de programas como o PROALCOOL – Programa Nacional de Álcool e o Instituto do Açúcar e Álcool (IAA) na década de 80 que, a partir da crise do setor sucro-alcooleiro, ocasionaram a redução nos preços do mercado externo e no índice de produtividade, de acordo com Bergasmo & Norder (2003). Esses fatores mencionados desencadearam o processo de luta pela terra na referida

região e, nesse cenário, o setor econômico empresarial remanejou seus interesses para o Congresso Nacional. Concomitantemente, a região de Ribeirão Preto também foi cenário das principais greves de trabalhadores rurais do corte de cana e da mecanização da produção agrícola (ANDRADE, 2015).

A cidade de Araraquara é considerada uma cidade de nível médio de qualidade de vida boa e tem fama pelas fazendas de café do período do império e pela elite conservadora e influente na política paulista no período da República (1889- 1930). A cidade também é conhecida pela forte presença de complexos agroindustriais, especialmente dos de cana-de-açúcar e laranja (indústria Cultrale), além de pela produção de monocultura da cana, da laranja e do eucalipto. Também merece destaque o suporte tecnológico da região, que desde a década de 50/60 moderniza o campo paulista (IANNI, 1984).

A população de Araraquara tem crescido consideravelmente e atualmente conta com 208.862 habitantes, sendo 97,16% moradores da zona urbana e 3, 84% da zona rural⁹. A distância entre Araraquara e a capital do estado – São Paulo (segunda maior cidade do mundo) – é de aproximadamente de 270 km.

A ocupação na região de Araraquara ocorreu em meados do século XVIII, impulsionada pela implantação da estrada de ferro – Companhia Estrada de Ferro Araraquara e Paulista S/A (FEPASA) – que passava pela cidade e seguia até Cuiabá (MT), levando e trazendo mercadorias, o que favorecia o comércio (BAENINGUE, 1995) e a economia da região, que foi acentuada, a partir do século XIX, com a introdução da cultura cafeeira e da concentração de terra, transformando a região em uma grande produtora da cafeicultura.

Segundo Ianni (1984), o capitalismo chegou ao interior paulista com os cafezais, de maneira que a cafeicultura propiciou um tipo particular de organização capitalista das forças produtivas e das relações de produção nas fazendas. O autor chama atenção para o fato de que, embora necessitasse de numerosa mão-de-obra agrícola a produção nos cafezais, a força de trabalho era fornecida pelos imigrantes e seus descendentes, implicando a proteção política da embaixada da Itália no Brasil e propiciando a esse proletariado agrícola dos cafezais, portanto, proteção política e jurídica.

Para caracterizar a Araraquara e região é preciso compreender o ciclo de desenvolvimento da agricultura e da exportação no Brasil, que passa pelo café até a cana-de-açúcar. Para Ianni (1984) a região é marcada pelas primeiras formas de desenvolvimento das relações capitalistas de produção no campo paulista e foi deteriorada devido à grande crise

⁹ Fonte: http://www.saudecampofloresta.unb.br/?wpdatadisply=araraquara_sp. Acessada em 15 de maio de 2015.

internacional de 1929, que levou o café paulista ao declínio. Por outro lado, a dinâmica econômica foi se instalando na região, ou seja, o processo de crise foi acompanhado pela introdução e fortalecimento de unidades de produção de cana-de-açúcar, que já vinham sendo instaladas desde a década de 30 e, dessa forma, a região foi se transformando em intensos canaviais de cana-de-açúcar, consolidando os complexos da agroindústria açucareira nos municípios de Araraquara e região.

No que diz respeito à saúde, o município de Araraquara, no período de 2000 a 2008, ampliou as Unidades Básicas de Saúde nos bairros, os programas do PSF/ESF, as equipes de ESF e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), espalhadas pelos bairros e centro. Com relação à cobertura dos serviços, a meta era que até 2015 os programas e unidades de saúde atingiriam 70% da população. Além disso tinha-se como meta a ampliação e melhoria das Unidades Básicas de Saúde.

O tema “saúde” no município de Araraquara nos últimos tempos tem tornando polêmico e evidenciado privilégios e desvios. Recentemente (2016) foram denunciadas fraudes e contas superfaturadas para empresas de prestação de serviços (terceirizadas). Além disso, tem aumentado a privatização da saúde e também faculdades de medicina e outros serviços em saúde, como as Unidades Básicas, estão sendo fechadas (fonte: programas de rádio da cidade de Araraquara, maio de 2016).

4.2 A greve dos trabalhadores rurais da cidade de Guariba e o Assentamento Bela Vista Araraquara/SP

O trabalhador temporário do corte de cana é conhecido como “boia-fria” e, segundo a análise de Ianni (1984), o cortador de cana é o trabalhador que mais caracteriza as relações de trabalho do modo de produção capitalista no campo. Para o autor, são os boias-frias que fazem a dinâmica da agroindústria açucareira funcionar. No entanto, devido à sazonalidade da produção da cana-de-açúcar, esses trabalhadores permanecem uma época do ano sem trabalho, resultado na dispensa de muitos.

Outro fator corrente na safra de cana-de-açúcar é a mecanização e o uso de insumos industriais. Na concepção teórica de Ianni (1984), a cana-de-açúcar, produz e reproduz o boia-fria por causa do seu caráter sazonal. Ou seja, as relações de produção implicam a demanda razoavelmente elástica da força de trabalho, e, quanto mais desenvolvem essas relações de produção - em termos de tecnologias, divisão social do trabalho, formalização das condições de oferta e demanda de trabalhadores, extensão da legislação trabalhista e

previdenciária ao campo – maior a exigência de que a oferta e a demanda de força de trabalho sejam elásticas (IANNI, 1984).

O contexto histórico de luta pela terra na região de Araraquara, de acordo com Ianni (1984) e Bergamasco & Norder, (2003), tem fortes ligações com a luta e resistência dos povos indígenas, das comunidades de quilombolas (ex escravos) e também dos imigrantes italianos que trabalhavam nas lavouras de cafés. Esses trabalhadores rurais foram também tema do “Manifesto de Agosto” do Partido Comunista Brasileiro (PCB) que trazia como tema central: “terra para quem nela vive e trabalha”. Esse contexto de luta contou com a participação da Igreja Católica por meio de pastorais como, por exemplo, a Comissão Pastoral da Terra que, de acordo com Medeiros (2013), contribuiu para a organização da luta pela terra e é herdeira do processo de organização da Liga Camponesa da década de 50.

A luta pela terra na região de Araraquara também tem laços intrínsecos com a ocupação populacional migratória dos “boias-frias” e com a forte concentração e expropriação de terra na região pela monocultura de cana-de-açúcar. Não obstante, durante a década de 80, no ano de 1984, a cidade de Guariba e sua região, no interior de São Paulo, foi surpreendida com a revolta dos trabalhadores do corte de cana.

A revolta em Guariba desencadeou um processo de reivindicações e de participação política dos trabalhadores do corte de cana da região, os quais iniciaram uma greve e transformaram a cidade de Guariba¹⁰ em um palco de luta. A greve gerou demissões, perseguições e até mortes. Nesse contexto, algumas lideranças ameaçadas buscaram apoio nos Sindicatos dos Trabalhadores Rurais de Araraquara, com o propósito de organizar famílias da região para ocupar as áreas improdutivas do entorno e especialmente da Usina Tamoio. Os trabalhadores do corte de cana tanto da cidade de Araraquara quanto da cidade de Guariba e região já haviam ouvido comentários de que a Fazenda Tamoio estava sob a posse do governador do Estado de São Paulo, e que empresários, donos da Usina, tinham dívidas com o Estado de São Paulo. Além disso, esses trabalhadores sabiam da designação dessas terras para fins de Reforma Agrária¹¹.

¹⁰ A greve de guariba aconteceu em meados de 1984 na cidade de Guariba. Os trabalhadores do corte de cana (boias-frias), junto a algumas lideranças do sindicato de trabalhadores rurais de Araraquara e região, decidiram parar a produção por tempo indefinido caso as usinas não atendessem suas reivindicações, que eram: não às sete linhas de corte, melhores condições de trabalho e aumento salarial. Fonte <http://www.ecodebate.com.br/2014/08/21/guariba-30-anos-da-greve-que-mudou-a-vida-dos-boias-fria-no-brasil-por-paulo-mancini/>. Acesso em 24/06/2015.

¹¹ A informação de que a Fazenda estava sob a posse do governador do Estado (governador Franco Montoro) foi divulgada pelas famílias Sem Terra que em novembro de 1983, oriundas da região de Sumaré, que ocuparam a área, mas foram despejadas do local. Para maiores informações ver: PILLA, M. *et al.* *Fundação ITESP: sua*

Como podemos perceber, o processo desencadeado pela greve de Guariba é analisado por autores que dizem que esse episódio é marcado por forte repressão e que estendeu-se para além da cidade, dando início a vários focos de greve a outras regiões durante o ano de 1984, conforme podemos perceber abaixo:

O despertar de uma categoria laboral que teria, aí, um cadinho ou uma ativação de sua identidade de classe. D’Incao atribui à estabilidade na oferta de postos de trabalho nas atividades agrícolas na região de Ribeirão Preto, bem como à homogeneização das rotinas desses trabalhadores, uma pré-condição capaz de unificá-los enquanto categoria. Esse “nós”, a princípio compartilhado mais como uma consciência das carências comuns e do seu auto-reconhecimento como trabalhadores não qualificados, teria sido o ponto de partida para a estruturação de uma identidade coletiva que, a partir das manifestações de 1984, “inaugurou a participação do proletariado rural enquanto tal, nos rumos a serem tomados pela organização das classes trabalhadoras rurais (BARONE *et al*, 2012,p.2).

Os relatos dos assentados mostraram para os trabalhadores do corte de cana de Guariba, que só havia como alternativa a Reforma Agrária. Em Bergamasco & Norder (2003), percebemos que o processo da luta pela terra no Estado de São Paulo foi marcado pelas lutas sociais que emergiram de uma pluralidade de relações de trabalho e conflitos pela posse da terra. Para elucidar este processo vivenciado no período de 80, os autores relatam que:

os trabalhadores rurais assalariados temporariamente no corte de cana, vivendo sob dramáticas condições de vida urbana e de penosas relações de trabalho, resolveriam buscar no acesso a terra, preferencialmente na mesma região, uma alternativa à exclusão econômica e social (BERGAMASCO & NORDER, 2003, p.76).

A partir das mobilizações e ocupações de terra ocasionadas pelos trabalhadores Sem Terra, desencadeia um processo de luta e aparecem no cenário político a Federação dos Empregados e Assalariados Rurais do Estado de São Paulo (FERAESP), a Comissão Pastoral da Terra (CPT) e o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), que sem unem aos trabalhadores rurais e operários e protagonizam a luta pela terra na região de Araraquara e Ribeirão Preto, reivindicando áreas de terras improdutivas e degradadas pela cana que não cumprem a função social da terra, conforme rege a Constituição de 1988-

Em 2012, o Estado de São Paulo teve participação de 45,9% no valor da produção agropecuária e florestal (dados do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento – MAPA, 2012), deste modo, o Estado foi responsável por 56,04% da produção nacional,

sendo a cana-de-açúcar é o principal produto do agronegócio paulista. A agricultura regional é gerenciada pela cultura de *commodities* da exportação dos produtos derivados da cana e a estrutura agrária não é questionada pela sociedade. As áreas de assentamentos são isoladas em detrimento do agronegócio paulista, pois não recebem a mesma atenção política e econômica dos governos municipal, estadual e federal, por outro lado, os assentamentos rurais resistem e constroem alternativas de produção.

Bergamasco & Norder (2003) afirmam que o processo de organização política dos trabalhadores do corte de cana, protagonistas da luta pela terra na região de Ribeirão Preto/Araraquara, fez com que estes se transformassem em detentores de terra e, portanto, dos meios de produção. No entanto, os autores afirmam que os trabalhadores do corte de cana carregam consigo as relações de subordinação, provenientes dos meios de produção e das condições de trabalho do “boia-fria” que, quando transformados em trabalhadores temporários e/ou diaristas, são fragilizados pelo processo produtivo (IANNI, 1984), e, ao transformarem-se em assentados, têm dificuldades para os desafios que o modo de produção e o processo de organização social do assentamento exigem-lhes.

4.3 Breve Histórico do Assentamento Bela Vista do Chibarro/ Araraquara/SP.

O Assentamento Bela Vista do Chibarro está localizado no município de Araraquara, cidade localizada na região nordeste do estado de São Paulo, interior paulista, a 273 km da capital do estado de São Paulo. O assentamento localiza-se a 25 km de Araraquara, é composto por 176 lotes, sendo alguns deles divididos em dois, com um total de 204 famílias assentadas e, aproximadamente, 1200 habitantes¹².

As famílias assentadas vieram de Guariba interior de São Paulo, e boa parte delas participaram da greve de Guariba, violentamente reprimida pelo Estado em 1984. Segundo os assentados, muitos dos trabalhadores foram para o assentamento na tentativa de escapar do desemprego, pois, quando procuravam trabalhos nas usinas¹³ da região e os encarregados descobriam que haviam participado da greve, o trabalho era negado ou o trabalhador era demitido.

De acordo com a declaração feita por um dos entrevistados, a história do assentamento Bela Vista está ligada à falência da usina declarada pelo Grupo Silva Gordo no fim da década de 70 Segundo o entrevistado: “a greve de Guariba na região que manda dois mil

¹² Segundo dados do painel de amostra de experiência em Atenção Básica do DRS XIII – Ribeirão Preto, 2013.

¹³ São várias usinas citadas no documentário (em processo de edição) de Sergio Galvão em coprodução sobre a Greve de Guariba, assistido no dia 17 de abril de 2016, durante o debate da Jornada Universitária da Reforma Agrária na UNESP de Araraquara.

empregados embora, e a partir daí, as lideranças começam ir atrás de terras para assentamento de reforma agrária” (informação oral).

Além de Guariba, as famílias que moram no assentamento vieram também das cidades de Promissão, Vale do Ribeiro, Campinas, São Pedro, Andradina, Araraquara, Ribeirão Preto, cidade de São Paulo e de outros estados brasileiros. A identidade comum entre os moradores é o fato de que a maioria já foi cortador de cana e também o fato de que são sujeitos que recorreram ao êxodo rural, ou seja, que durante as décadas de 60 e 70 deixaram a roça e foram em busca de emprego na cidade (ANDRADE, 2007).

A fazenda Tamoio¹⁴, como era conhecida, foi desapropriada para fins de Reforma Agrária com embasamento na Lei n° 4925 de 1985 e na função social da terra, em consonância com o Estatuto da Terra e com a Constituição de 1988. O assentamento Bela Vista do Chibarro faz parte de um processo histórico que compreende o período da década de 80 a 90, sendo resultado de todo o processo histórico da luta pela terra no Brasil, em especial das Diretas Já, dos Movimentos Sociais do fim da década de 70 e da própria Greve de Guariba. Esses fatos e movimentos são importantes elementos que contribuíram para o processo de Reforma Agrária na região de Araraquara, como sinaliza Bastos (2001).

A greve de Guariba inicialmente parecia isolada no meio dos canaviais, no entanto no decorrer de quase uma semana, mostrou que a força de uma revolta de trabalhadores pode sofrer reformulações. A reivindicação das terras da Usina Bela Vista do Chibarro, que havia sido comprada por um grupo de empresários da capital de São Paulo no final da década de 70, ocorreu, após de, na década de 70, o grupo proprietário das terras contrair dívidas na Nossa Caixa Federal, atrasar os pagamentos dos funcionários e declarar a falência da Usina. Nesse cenário, os movimentos sociais iniciaram a reivindicação das terras junto ao governo do Estado de São Paulo e ao governo federal para fins de reforma agrária (ANDRADE, 2015).

Em 1989, chegaram os primeiros grupos e as famílias passaram a ocupar as casas do núcleo residencial (que hoje é agrovila), os demais grupos chegam em 90. Além desses, também havia onze famílias da Usina que permaneceram no local e foram assentados.

Entre o final do ano de 1991 e início de 1992, a fazenda foi desapropriada e os lotes divididos. Inicialmente foram 176 famílias beneficiadas e, atualmente, são 204 famílias.

¹⁴ Um dos proprietários¹⁴, o comendador Pedro Morganti, plantava café como principal produto de exportação. Depois, a fazenda passa para um grupo de empresários que divide a terra em seção e a seção Bela Vista é uma parte da Refinadora de Açúcar, ou seja, da Usina de Cana. O complexo compreendia as seções da Serra, Tamoio, Chibarro e Bela Vista

Assim, a Usina de Cana Seção Bela Vista do Chibarro, fazenda Tamoio, a partir da desapropriação, passou a ser reconhecida como Projeto de Assentamento Bela Vista do Chibarro (PA Bela Vista), sob administração do Governo Federal por meio do Instituto Nacional de Colonização da Reforma Agrária – INCRA. Foi desapropriada uma área de 7,2 mil hectares e, em média, cada família ficou com 6,5 hectares. As famílias assentadas nos lotes definitivos imediatamente iniciaram o processo de construção social e política do assentamento (ANDRADE, 2015).

Esse processo inicial do assentamento, de desapropriação, pode ser exemplificado pela fala de um dos entrevistados, que relata como saiu de Guariba e como era a vida antes do assentamento:

Sempre morei no campo..., cortei cana... acordava 4 horas da manhã e o caminhão passava às 5 horas da manhã. Dormia às 18 hrs... não estudava. Comecei cortar cana com 14 anos, a vida era sofrida..., ajudei cuidar dos meus irmãos... estudar? Só depois que cheguei aqui vim estudar... como você trabalha o dia todo... e como você vai estudar? O corpo e a mente não aguenta estudar (PPreta – informação oral).

Segundo os relatos dos assentados, as famílias, no começo, tiveram muitas dificuldades com, por exemplo, a falta de luz, a falta de mantimentos, a falta de água potável a falta de transporte coletivo, as estradas em péssimas condições de uso e o abandono das casas do núcleo residencial, que hoje é a agrovila. Esse cenário pode ser percebido na fala de outra entrevistada (*Prosa*), que relata sobre quando chegou em 89: “as casas era cheia de mato, havia muito capim, mas, era melhor que pagar o aluguel, porque bastava limpar” (informação oral). A entrevistada conta, ainda, que como seu marido era eletricista e que o gerador de energia do assentamento não era mais suficiente, pois o número de famílias e, por conseguinte, de televisões e geladeiras, havia aumentado, o transformador caía sempre. Além disso, a entrevista conta sobre outras dificuldades no início da vida do assentamento: “ah, a gente tinha que ir a pé para cidade ou esperar o ônibus lá na pista...depois começou o Ferreira vir uma vez por semana... isso foi durante o período de 1989 a 1991. Depois da desapropriação e do acesso ao crédito, muita coisa mudou. (*Prosa* – informação oral).

Em 1992, com o processo de desapropriação e a divisão dos lotes, as famílias assentadas iniciam o processo de reforma dos espaços existentes (ambulatório de saúde, escola e o salão comunitário), de reformas das casas, e de construção das estradas. Hoje, nos vinte e seis de assentamento, as casas dos lotes são 80% de alvenaria e arejadas, a maioria possui água potável e as estradas estão em boas condições de uso. Além disso, há acesso à escola que funciona de segunda a sexta-feira, e abriga alunos desde a educação infantil até o

9º ano do Ensino Fundamental. Além disso, há uma creche para as mães que trabalham fora do assentamento e há também espaços de lazer, como o campo de futebol e a quadra de esportes.

No que tange à produção agrícola, foram organizados, no assentamento, as Associações de Produção Familiar e Coletivas, a Cooperativa Mista de Produção do Assentamento Bela Vista – COOBELA e a Festa Junina do assentamento, que é considerada patrimônio cultural de Araraquara. O assentamento também conta com um casarão antigo, do período de 1920, que contracenava com o cenário do terreirão de café do período em que o café no Estado de São Paulo e no Brasil era uma das principais produções para a agroexportação no Brasil (ANDRADE, 2007; 2015).

Um fato interessante foi perceber que, quando perguntamos aos participantes da pesquisa como foi o processo de sua chegada e qual sua vinculação com o assentamento, geralmente, após um breve momento de busca de um passado que está presente na memória, os assentados, como é o caso da PVerde, dizem de forma contemplativa:

Enfrentei muitas e muitas boas aqui. Hoje a Bela Vista até que está boa... antes de vir trabalhava na cana... cortava cana ..e costurava, disseram que aqui era bom... vendemos tudo e viemos para cá... metemos a cara...nem sabia o que era Reforma Agrária. Hoje é uma coisa boa, para quem não tem um palmo de chão aqui é bom... olha, sempre sonhei em ter meu pedaço de terra, eu vim da Bahia (PVerde – informação oral)

A fala da participante nos dá uma ideia do sonho e da identidade com a terra.

Com relação à organização da produção, a maioria dos participantes responderam que produzem um pouco de cada cultura, sendo as mais comuns: a soja, o milho, o eucalipto, a cana, o café, a mandioca, legumes, verduras e criação de gado e/ou pequenos animais.

A Cooperativa Mista Agropecuária do Assentamento Bela Vista - COOBELA é citada como uma das principais organizadoras da produção do Assentamento Bela Vista, dando uma nova dinâmica na produção de alimentos nos últimos dois anos devido ao PAA (Programa de Aquisição de Alimentos), entre outros projetos em curso.

É unânime, na fala dos assentados, a dificuldade de acesso a crédito agrícola para a produção. Existe também uma porcentagem de 80% de assentados inadimplentes. Atualmente, a COOBELA entrega, por meio do PAA, aproximadamente cinco mil quilos de alimentos para duas prefeituras municipais, sendo elas as de Gavião Peixoto e Boa Esperança do Sul. Na opinião de uma das assentadas: “graças a Deus estão retomando os grupos... tá vendo o PAA, isso só acontece porque não pode plantar mais os 6 hectares de terra só de cana. Agora têm verduras... legumes... o que planta vende... não precisa ir no usineiro e as

feiras do produtor” (PCinza – informação oral).

A fala da assentada retoma o conflito ocasionado no ano de 2008 quando, em função do plantio de cana-de-açúcar ilimitado, chegando a 100% do lote, o Instituto Nacional de Colonização da Reforma Agrária – INCRA notifica e despeja algumas famílias que se recusaram regularizar o lote e romperam contrato com a Usina Zanin. A COOBELA reaparece no cenário político, como aglutinador da possível cooperação agrícola no Assentamento (ANDRADE, 2015).

De 1990 a 2005, o assentamento era coordenado por uma Comissão de Representantes do Assentamento composta por sete membros, sendo duas mulheres, um de membro de cada entidade e dois representantes gerais que eram escolhidos pela comunidade. Segundo PCinza, a desorganização do assentamento é iniciada depois das brigas internas na comissão por causa da cana e da perseguição de algumas pessoas, inclusive de uma das agentes comunitárias de saúde que tinha expressão política dentro do assentamento e era contra o cultivo da cana-de-açúcar. O entrevistado afirma que:

A comissão de representantes foi importante para as conquistas das estruturas daqui de dentro, quem queria a cana, fez o que fez para acabar com a comissão para bagunçar. Naquele tempo, o sindicato, a prefeitura, o ITESP (Instituto de Terra e Cidadania do Estado de São Paulo) ajudaram discutir muita coisa e inclusive, ajudaram no processo de implantação do Programa da Saúde da Família (PCinza-informação oral).

Pela fala da participante (acima), percebemos que há disputas no assentamento. Deste modo, Fernandes (2012), afirma que o elemento da “disputa de território” é um movimento dinâmico e dialético e que a

Para a participante a “disputa” ideológica do agronegócio e a propaganda de que a agricultura familiar/camponesa e que a reforma agrária é o atraso e um fracasso no Brasil, também fazem parte dessa disputa de território e o discurso de que o agronegócio é produtivo e “amigo da natureza” também é um discurso presente na sociedade (PVermelho).

Neste sentido, é preciso compreender que o assentamento é um espaço de múltiplas faces e que vai para além das relações sociais, econômicas e políticas daquilo que se deseja ou que se pretende atingir enquanto movimento social e enquanto indivíduo ou coletivo. A realidade do assentamento também é multidimensional e está em movimento e em disputa constante, dessa forma nele também são estabelecidas relações conflituosas (FERNANDES, 2012).

A população do Bela Vista foi chegando em momentos diferentes e em pequenos grupos, com orientações e comunicação bastante desiguais, mas, aos poucos, foram

construídos laços e descobertas identidades comuns.

O assentamento Bela Vista do Chibarro¹⁵ é um território de organização social, de disputas, conflitos e de políticas públicas para a realização e reativação de infraestruturas, como a Escola do Campo Hermínio Pagôto, que funciona da Educação Infantil ao Ensino Fundamental e Médio, o PAA e outras iniciativas que requerem políticas públicas e participação do Estado (BERGAMASCO & NORDER, 2003; FERNANDES, 2012).

Para ilustrar a dinâmica das questões que envolvem a vida de um assentamento de Reforma Agrária e a problemática da questão da saúde do assentamento de reforma agrária, que é o nosso objetivo de pesquisa, uma das participantes, PAmarelo, traz na sua fala a seguinte reflexão:

“Olha, cheguei no assentamento em 91, tinha dezoito anos... começamos a produção com subsídio do Proceara, depois Pronaf, depois por conta... isso complica a vida do assentado. Olha, o assentado quer produzir, quer vender e ter as coisas para viver bem... O que atrapalha é o atravessador, mas, hoje, as feiras ajudam um pouco... o assentado tem que vender para o consumidor final. Seria bom para todo mundo...um produto sadio. Não, nem sempre. Se usa muito veneno ainda. Um ou outro que não usa... mas, até esses usam. Ah, no começo, tinha união... (PAmarelo – informação oral)

A fala é emblemática e nos ajuda a refletir sobre o problema da união e da participação social apontado pelas Agentes Comunitárias de Saúde como um dos limites da comunidade assentada no processo de organização e da prática da Estratégia da Saúde da Família no Assentamento, como veremos no próximo capítulo, na análise do dia-dia e da dinâmica dos assentados e da unidade, que muitas vezes inibe a participação no Assentamento, estabelecendo um muro entre a Unidade e a Comunidade.

Portanto, é pertinente a reflexão de que é preciso que a Equipe de Saúde junto à Secretaria de Saúde Municipal e aos representantes políticos e membros do Conselho Gestor pensem estratégias de como realizar ações e práticas que superem esse limite estabelecido entre unidade e comunidade, pois uma ESF tem como princípio o trabalho voltado para a comunidade com participação e envolvimento da mesma, apesar dos limites do próprio Sistema de Saúde.

¹⁵ O nome Chibarro, segundo um assentado, antigo morador do tempo da usina, vem do rio que corta o Assentamento, próximo da Usina Zanim, mas que fica nas terras do Bela Vista. Disse que quando chove, aquela região do rio vira um verdadeiro barro (informação oral)

5. A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ASSENTAMENTO DE REFORMA BELA VISTA DO CHIBARRO: PROCESSO E CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CAMPO

Este capítulo apresenta e discute os dados coletados na pesquisa. Inicialmente queremos fundamentar e aproximar as reflexões do processo de construção das políticas públicas de saúde no Brasil como resultado das lutas sociais de acordo com Escorel & Teixeira (2012), Paim (2009), Dos Ros(2007) e Stotz (2007). Esses autores elucidam que o direito universal à saúde como princípio, assim como o princípio de equidade no Sistema Único de Saúde (SUS) é parte da luta e garante a efetivação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil.

Destaca-se que o princípio da universalidade caminha junto com o princípio da equidade e visa garantir as ações e os serviços de saúde àqueles e àquelas que vivem em situações de vulnerabilidade, como acontece com as comunidades e populações do Campo, das Florestas e das Águas. Por isso, de acordo com a Resolução nº 3, de 6 de dezembro de 2011, fica estabelecido e pactuado o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), que reconhece o difícil acesso dessas comunidades ao direito à saúde assegurado pelo Estado (BRASIL, 2013).

No que tange à proposta de saúde para o assentamento, as ações de um assentamento de Reforma Agrária estão interligadas ao seu processo histórico de constituição e ao processo da própria implantação e debate do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), ao fazer da Estratégia de Saúde da Família por meio da Equipe da Unidade de Saúde da Família do Assentamento Bela Vista do Chibarro.

5.1 A Unidade de Saúde da Família “Dr. Elias Zakaib” e a Estratégia da Saúde da Família em área de Assentamento de Reforma Agrária: O Caso do Assentamento Bela Vista do Chibarro/Araraquara/SP

Inicialmente o Ministério de Saúde concebia a saúde de família como um programa, entretanto, a partir de 1996, começa a romper com o conceito de programa e passa a denominação de Estratégia de Saúde de Família, por considera-la como uma estratégia de reorientação da atenção à saúde no país. O PSF, no primeiro momento, teve como objetivo ser um modelo de extensão de cobertura do acesso aos serviços de saúde e depois passa a ser

uma proposta de substituição das práticas tradicionais de assistência, entretanto, o MS deixa claro que deve expandir suas práticas para as áreas com populações empobrecidas (MOROSINI, 2007).

Os princípios da ESF visam à reorganização da Atenção Básica, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde e com foco e atuação no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população e desenvolvendo atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional das famílias e da comunidade.

Segundo a portaria nº 648, de março de 2006, a Equipe da Estratégia da Saúde da Família deve buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias, construindo espaços de cidadania. A partir desses princípios gerais da ESF, vamos adentrar à prática e no fazer do cotidiano da U.S.F do Assentamento Bela Vista do Chibarro.

A primeira informação relevante é que o prédio onde atualmente é a Unidade de Saúde da Família do Assentamento Bela Vista foi inaugurado no ano de 1972 como ambulatório da antiga Refinadora Paulista S.A da Usina Tamoio, núcleo residencial Bela Vista “Prof. Dr. Francisco Borges Viera¹⁶”. Dessa forma, quando houve a desapropriação das terras da fazenda esse prédio já existia. Em 2008 o prédio passou por reforma e ampliação.

Figura 1 - Entrada da Unidade Saúde da Família – U.S.F. Assentamento Bela Vista



Fonte: Acervo pessoal

¹⁶ Professor Emérito da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, de acordo com a placa de inauguração que ainda encontra-se no prédio.

Sobre o processo de implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Assentamento e como foi a reforma e ampliação da Unidade de Saúde, segundo a participante da pesquisa PRosa, a primeira comissão de representantes do assentamento, em 1991, negociou com o prefeito Valdemar de Santi, a reativação da escola e do postinho de saúde, entretanto, naquela época, a prefeitura não tinha como garantir os funcionários do quadro da prefeitura e o deslocamento de profissionais. Sendo assim, ficou negociado que seriam contratados filhos ou os assentados que tivessem formação na área de saúde. Dessa forma, o posto passou funcionar com uma zeladora e uma auxiliar de enfermagem do assentamento, funcionárias que permaneceram até os dias atuais (2016). Nesse intervalo entre a reativação do posto e os dias atuais, a funcionária que antes era zeladora fez um curso de técnica de enfermagem e hoje é uma das melhores enfermeiras que atendem na unidade, segundo os entrevistados. Desde o início das atividades do posto também havia um clínico geral, que atende uma vez por semana. Após as negociações com a Secretaria Municipal de Saúde, foram concedidos também ao posto do assentamento um médico pediatra, um ginecologista e uma nutricionista, quem atendiam uma ou duas vezes por semana até o ano de 2000.

A mudança radical nesse cenário descrito aconteceu em meados de 1999/2000, quando o Assentamento passa discutir a possibilidade do posto transformar-se em um PSF, como uma experiência de Atenção Primária à Saúde em consonância ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Para isso a prefeitura deveria contratar três Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) da comunidade para acompanhar o processo de implementação e as ações preventivas de saúde no assentamento.

Neste contexto, as ACSs, que participaram da pesquisa relatam que houveram divergências no assentamento quanto à implementação do PSF. Alguns moradores eram contra, porque tinham medo de perder o que tínhamos, outros não opinavam, e outros eram a favor, porque já tinham ouvido falar da experiência no Estado do Ceará e porque já havia um PSF em dois barros de Araraquara (no bairro Jardim das Hortências e no bairro Vale do Sol), além de afirmarem que com o PSF a proposta de saúde seria completa e seria bom para o assentamento.

Segundo uma participante da pesquisa que na época participava da Comissão de Representantes do Assentamento e do Conselho Municipal de Saúde, o PSF era “[...] é a porta de entrada do SUS e o processo de escolha dos ACS e de implementação do PSF deveria ser democrático”. Em 2000, a Câmara Municipal aprova o projeto e as responsáveis

pelo Sindicato dos Servidores Municipais da Saúde de Araraquara passam a ajudar o assentamento no processo de entendimento e de implementação do PSF e das escolhas dos ACS.

O processo de escolha dos ACS teve como critério principal o perfil de quem deveria ser um Agente Comunitário de Saúde discutido na Comissão de Representantes do Assentamento. Após discussões na Comissão, os interessados começaram inscrever-se e a votação aconteceu na Escola do Assentamento com vinte e sete candidatos.

Dos candidatos, os três mais votados seriam os titulares e os três menos seriam suplentes. Ao definir os critérios de participação houve divergência, pois havia um grupo que defendia a proposta debatida no Encontro de Mulheres Assentadas e Quilombolas do Estado de São Paulo que tinha o ITESP - Instituto de Terras e Cidadania do Estado de São Paulo, como apoiador. Este grupo achava que quem deveria ser ACS eram os jovens, e via nisso a possibilidade de trabalho e renda para o jovem, além de defender que era preciso uma formação mínima.

Outro grupo, vinculado à Comissão de Representantes do Assentamento, defendia que os ACS deveriam ser pessoas que já desenvolviam algum tipo de trabalho voluntário no assentamento e que bastava saber ler e escrever para concorrer à vaga. Além disso esse grupo defendia eleições com voto secreto.

Este processo de decisão dos ACS foi acirrado e conflituoso. A fala da participante vermelho sintetiza este processo quando disse que:

Fomos para a comissão do assentamento. Minha proposta, que era das mulheres estaduais, era a de que a oportunidade deveria ser para os jovens, filhos de assentados. E aí, criou uma divisão dentro da comissão. Formou três grupos... os que achavam que todos deveriam entrar e concorrer... e os que achavam que deveria ser os já faziam trabalho voluntário. (Pvermelha – informação oral)

Por fim, segundo a assentada, o processo de escolha resultou dos critérios e perfil de dois grupos, que acharam adequado dar a oportunidade para todos os filhos dos assentados, voluntários e os que tivessem interesse de concorrer à vaga por meio da votação em assembleia geral. Entretanto, quando perguntamos para os participantes da pesquisa que vivem nos lotes se souberam desse processo e se foram convidados a participar, vemos que poucos são os que foram informados, pois houve um prazo muito rápido para que o processo ocorresse. Podemos verificar esse fato na fala do P Branco:

“Não lembro o ano que o PSF veio, antes a comissão falou que ia precisar de agente comunitário... mais quando soube já tinha acontecido tudo. Não avisam as pessoas que vivem nos lotes. Era para comunidade participar né? quando é coisa

assim, fica restrita... não sei.. vai saber...a unidade tem uma estrutura boa hoje. Antes não era assim. Agora é boa. Comparada a cidade é muito boa (Pbranco – informação oral).

De acordo com o relato de duas participantes da pesquisa, a escolha dos ACSs foi com uma urna de voto secreto e mesários, assim como acontece nas zonas eleitorais. Após a apuração das urnas foi revelado quem haviam sido os três primeiros mais votados como titulares e os três seguintes como suplentes. Como um dos critérios era que deveria morar no assentamento, e o segundo era que não podia ter duas pessoas da mesma família, dois irmãos que tinham o primeiro e o terceiro lugar tiveram de decidir quem assumiria o cargo, ficando a irmã com o posto. Sendo assim, a quarta colocada passou para a terceira colocação. Essas duas ACS permanecem até hoje no posto, e segunda colocada casou-se e mudou para a cidade, pedindo transferência de Unidade. Vale ressaltar que essa Agente fez o curso de enfermagem e que hoje trabalha em um hospital no município de Araraquara.

Após as eleições, os novos Agentes Comunitários de Saúde juntaram-se aos ACS do assentamento Monte Alegre da cidade de Mutuca, próxima à Araraquara, para o treinamento. Quando finalizaram a primeira fase do treinamento, os três ACSs do Bela Vista foram contratados e no dia primeiro de março de 2001 iniciaram os trabalhos como Agentes Comunitários de Saúde do Bela Vista.

Perguntei a um dos participantes da pesquisa se a comunidade havia feito uma boa escolha com os três ACSs e a resposta é que sim, porque os três já desenvolviam trabalhos voluntários, embora uma delas, não tinha “um trabalho específico na comunidade, mas de certa forma era vinculada a comunidade, porque atuava na igreja” PLaranja,

Antigamente tinha critério, hoje não tem, basta ser da comunidade, prestar uma prova e ter pontuação... é complicada quando trabalha só pelo salário. Antes tinha união, a Comissão ajudava discutir as coisas... depois a comunidade foi distanciando... Olha, o atual prefeito levou a saúde aos caos.. até a vacina está indo para cidade, falta o gerador, tem que ter um quartinho para colocar o gerador, não tem dinheiro e os motoristas que vão 11:30 horas embora e aí as agentes, não podem fazer visitas?? É que a prefeitura não tá nem aí para saúde (PLaranja – informação oral).

Esse participante é uma liderança na comunidade e tem atuação no Conselho Gestor e no Conselho Municipal de Saúde. Além disso, ele também atua em outros espaços que são abertos à comunidade para defender a Unidade e a saúde do Assentamento, de modo que sua reflexão é bastante pertinente com o atual momento de crise do município e com os problemas e denúncias que vêm ocorrendo nos últimos meses de 2016 com relação ao sistema de saúde e a prefeitura. Assim, o PLaranja reflete:

”A prefeitura fez um rombo e esse está no vermelho.. e usando o recursos da saúde,

educação para cobrir o rombo, ai, nada pode... não tem... limita tudo, dentro da unidade, desde o trabalho a entrega de um medicamento. .. Olha, e se a gente não tivesse no pé? Saúde é prioridade. saúde e educação.... para você viver bem tem que ter saúde”. (PLaranja – informação oral)

Em 2001, a equipe do PSF foi composta por uma enfermeira chefe, duas técnicas, um médico geral, três agentes, um motorista, uma recepcionista/administrativa e um grupo de professores e estudantes que por meio do convênio da Universidade Estadual de São Paulo – UNESP prestam serviços de saúde bucal na Unidade de Saúde da Família. A equipe também conta com um motorista noturno, responsável pela ambulância, caso algum morador necessite de socorro fora do horário de funcionamento diurno da Unidade, e também para atender a população nos fins de semana a partir das dezoito horas. A equipe é mantida com o mesmo número de profissionais de saúde desde 2001.

Com relação à Unidade de Saúde da Família, a mesma está em consonância com as disposições gerais e princípios da Atenção Básica e tem condições de infraestrutura e de quadros técnicos profissionais para atender os níveis da atenção básica com todo o conforto e segurança que requer uma Unidade de Saúde, assegurados pela portaria de nº2.488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para Estratégia da Saúde de Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. No entanto, o que veremos a partir das análises dos dados é que falta ao “profissional da Estratégia de Saúde da Família o aprender e apreender o conceito de Atenção Básica e compreender que o conceito de saúde é impreciso, dinâmico e abrangente” (BRASIL, 2011). Sabe-se que a realidade muda constantemente e a comunidade tem uma dinâmica e um crescimento próprio que exigirá ações de saúde adequadas às essas realidades.

Entretanto, esses aspectos (de dinamicidade, imprecisão etc) não são atribuídos pela equipe e pelos assentados como elementos de diálogo para ampliar as ações de promoção e prevenção ou cuidado à saúde. Do mesmo modo, não são levados em conta na formulação de diretrizes ou princípios da ESF como elementos de discussão para fazê-lo da experiência de saúde. As questões discutidas atêm-se à questões burocráticas da Unidade e da Secretaria Municipal de Saúde, da Rede ou das tarefas a mais, já que há ausência de uma funcionária por licença maternidade e a prefeitura não a substitui, sendo necessário que suas atribuições fossem divididas. Dessa forma, tem sido discutido também o desvio de tarefa e a dificuldade da prefeitura de preencher o quadro de funcionários, devido à questão econômica pela qual está passando.

5.2. A Prática e o Fazer da Saúde na Unidade de Saúde da Família “Dr. Elias Zakaib” Assentamento Bela Vista do Chibarro: estrutura e atendimento.

A Unidade de Saúde da Família do Assentamento Bela Vista, foi reformada e ampliada em 2008, com recurso do Orçamento Participativo do Município de Araraquara e possui a uma estrutura com: sala de vacina, sala de acolhimento; sala da coordenadora; sala de consulta médica; sala de odontologia; recepção; um pequeno espaço transformado em farmácia; dois banheiros para funcionários e dois banheiros para usuários; uma cozinha; sala de reunião da ACS; sala de material de limpeza; sala de curativo e de inalação; sala de puericultura; sala de imunização (vacina) sala de tratamento odontológico, computadores; aparelhos de televisão e DVD, projetor, armários viabilizados com recursos do governo federal pelo Ministério da Saúde.

Segundo a participante PRosa, os aparelhos e os computadores chegaram à Unidade depois que o Programa de Saúde da Família foi implantado e que este investimento veio do governo federal e, na sua opinião, com relação aos espaços, ainda não são o suficiente.. pois de acordo com a participante, *“as salas são conjugadas. E se, houver paciente no soro não pode fazer inalação ou curativo, pois tudo está na mesma sala, apesar de que estamos no paraíso em vista de outras unidades”*(PRoxo).

Segundo os participantes a reforma foi possível com os recursos municipais na gestão do PT, e que foi uma conquista da comunidade e das lideranças que participavam do Conselho Gestor da Unidade e que foram reivindicar na Assembléia do Orçamento Participativo e lutou pela reforma e ampliação. Conta-nos, o participante PLaranja: *“olha, primeiro discutimos no Conselho Gestor de Saúde da Unidade quando soubemos da possibilidade de reforma e ampliação da unidade com recurso do Orçamento Participativo (O.P) fomos com um ônibus votar o recurso para a saúde do Assentamento”*(PLaranja).

O Conselho Gestor da Unidade nos primeiros anos do Programa de Saúde da Família tinha muita capacidade de mobilização e a Gestora também tinha vínculo com a Comunidade. Andava, conversava, vivenciava a comunidade. Nas últimas gestões (2008 a 2016) a lógica Unidade e Comunidade modificaram – se, a Unidade é unidade e Comunidade é comunidade, não se se misturam e o Conselho Gestor que antes tinham lideranças que participavam do Conselho e que articulavam a comunidade e que foram lutar pela e defender a destinação do recurso para a unidade do assentamento Bela Vista e quando foi o dia da votação em Assembléia compareceu em peso, já não atua como antes.

Interessante perceber que o Conselho Gestor é um espaço de articulação e

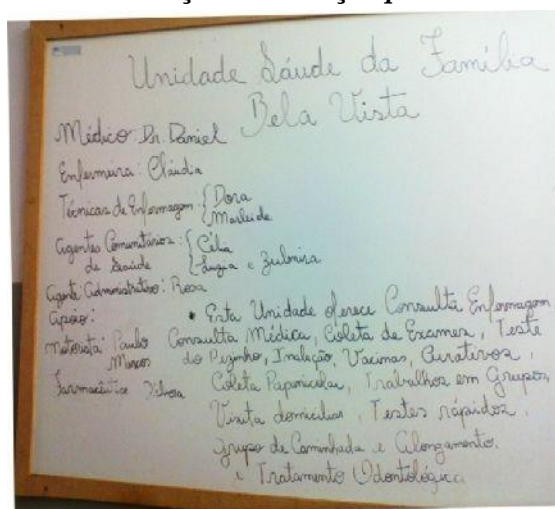
participação social entre a Unidade e a Comunidade e este requer vínculo permanente e fluxo de informação com a comunidade e a comunidade com a unidade, além do respeito mútuo para não ser participação induzida. Esse tema é abordado e aprofundado neste capítulo, como um processo de participação social e de vínculo político com a comunidade e por ser um dos princípios da Estratégia da Saúde da Família.

De acordo com os ACSs, em 2005, por meio de recurso do orçamento participativo (OP) foi realizado no assentamento a canalização e o tratamento de esgoto, efetivando um antigo desejo do saneamento básico; e água potável, com isso diminuiu significativamente a ocorrência de doenças decorrentes do saneamento básico e da água não tratada.

Os assentados, no momento, estão buscando fazer fossas sépticas nos lotes e discutem a realização de grupos, palestras, organização política do assentamento como uma questão de saúde comunitária. Por essa razão, acreditamos que a Estratégia de Saúde da Família, é uma experiência que pode contribuir com os territórios de assentamentos rurais de reforma agrária, como já podemos assinalar, e, em consonância com os princípios do SUS, e como acesso à saúde, pode ser considerada uma inovação como proposta de estruturação do modelo de atenção básica à saúde no Brasil, que emana da atenção primária e que pressupõe um conjunto de práticas em saúde de cunho preventivas e estruturais que promove à saúde da população local e internacionalmente constrói a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham no centro o usuário-cidadão (Giovanella e Mendonça, 2009, p.575).

Se junta a isso, e as especificidades do território, conforme dialoga e orienta a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, considerando o trabalho e as práticas da Unidade de Saúde da Família Bela Vista, levando em conta os seus sujeitos e a organização social como elementos centrais dos princípios, responsabilidade e atribuições da ESF em um território de assentamento de reforma agrária.

Figura 2 - Divisão das Atribuições e Serviços prestados na Unidade



Fonte: Acervo pessoal

Figura 3 - Sala de imunização



Fonte: Acervo pessoal

Figura 4 - Sala de Curativo; Inalação e Soro



Fonte: Acervo pessoal

5.3. Serviços prestados na Unidade de Saúde da Família “Dr. Elias Zakaib” Bela Vista

A unidade realiza consulta enfermagem; consulta médica; coleta de exames; testes do pezinho; inalação; vacinas; curativos; coleta papanicolau; trabalhados em grupos (só estava tendo o grupo de caminhada); visitas domiciliares; testes rápidos e tratamento odontológico desses serviços que aparecem no quadro que fica fixo no corredor da unidade, a ressalva que fazemos é que o grupo de atividades no momento só existe o da caminhada que começa as 07h00min. às 7h30min de acordo com o participante Pterra, “*são atendidas em média de 12 a 14 pessoas por dia*” (Pterra).

O atendimento inicia às 07h30min com a triagem; às 8h00min chega o médico para consultar e atende até 15:30 hrs de segunda a quinta – feira, porque na sexta – feira realiza uma especialização pelo Ministério da Saúde de aperfeiçoamento de médico da Família, o médico está na Unidade há um ano. De acordo com as observações do participante Pterra,

“O atendimento é feito de acordo com a demanda e é bem flexibilizado, os pacientes que apresentam queixas recentes ou os que precisam de atendimento frente a um quadro de dor ou que seja necessário o atendimento no dia são agendados para as 12 horas, quando então passam pela triagem da equipe de enfermagem e aguardam a consulta que se inicia às 13h e algumas consultas de rotina como puericultura e pré-natais podem ser agendados preferencialmente a tarde também. O horário da manhã fica reservado para as consultas de rotina e para casos em que não se pode esperar o atendimento da tarde, sendo que algumas vezes flexibilizamos os horários conforme a necessidade do paciente. [...] o fluxo dos pacientes ocorre primeiramente pela triagem pela equipe de enfermagem e após são direcionados à consulta médica, exceto nos casos em que são consultas de retorno ou de seguimento contínuo como puericultura, pré-natal e controle de hipertensão e diabetes, por exemplo” (Pterra).

Com base nas observações, percebemos que os dias mais movimentados na unidade são de segundas e terças-feiras, e que geralmente de quarta – feiras em diante a movimentação na unidade é menor.

O grupo de estudantes e os professores da faculdade de odontologia da UNESP que

prestam serviço de saúde bucal por meio de convênio com a universidade e prefeitura estão com dificuldade de reafirmar o convênio e muita vez encontra o limite no transporte. A sala de odontologia (foto 3) possui três cadeiras e infra-estrutura completa para atender a população, desde o tratamento de canal até restauração. Para o participante PLaranja o assentamento corre o risco de perder o tratamento de odontologia e que isso seria retrocesso, explica que o problema maior é porque a prefeitura teria que reafirmar o convênio, e o processo exige uma burocracia, além da prefeitura está a reduzir os custos e esse serviço pode não ser prioridade no próximo ano. Já na opinião de outro participante, sobre o atendimento de odontologia *“antes tinha.. é bom ter, mas, nunca foi muito justo, porque... quem conhece o fulano que trabalha na Unidade ou é parente consegue uma vaga rápido e garantido, quem não é parente e não é amigo das enfermeiras... fica a esperar...”*(PAmarela).

Figura 5 - Infra – Estrutura da Sala de Odontologia



Fonte: Acervo pessoal

Outro risco de perder como atendimento na unidade são as vacinas, que devido a queda da energia quando chove, os lotes do imunobiológico estragam e o prejuízo é real. Com isso, a unidade solicitou um gerador para a prefeitura que até a realização da pesquisa havia dito que faria a construção da casa onde ficaria o gerador, mas, não havia iniciado.

O fato de a Unidade oferecer alguns exames e coleta de sangue, na opinião dos participantes tem ampliado o acesso à saúde da comunidade assentada, *“porque ir para cidade e ficar o dia todo para fazer um exame, melhor aqui no assentamento, a gente vão faz e vem embora trabalhar”* (PLaranja). Para o assentado, é importante uma Unidade de Saúde dentro do assentamento que oferecem esses tipos comuns de exames e ter o médico todos os dias. Reflete que:

“ter médico todos os dias.. a qualidade de atendimento é outro e o

tempo para o agricultor também.. as pessoas já não vai no médico só quando está morrendo.. aqui, como o médico na porta...sente uma dor, vai lá.. faz o tratamento.. se fosse na cidade... ficar o dia todo e não ser atendido. Tá vendo, a coleta de sangue, agora faz aqui.. não precisa ir para cidade. Agora é toda segundas-feiras.”. (PLaranja).

Sobre a entrega e distribuição de medicamentos controlados ou medicamentos que o médico receita e que o paciente precisa dar início o tratamento, tem ocasionado grande polêmica, devido a agente administrativo que faz a dispensação, estar de licença e a enfermeira responsável pela gestão da unidade solicitou autorização jurídica que a assegure “o não desvio de função” para efetuar as funções de outra pessoa. Enquanto não resolve a questão, os assentados ficam restritos a liberação de medicamento nas terças – feiras pela manhã.

Outro assunto bastante discutido na comunidade é o fato das ACSs não poder mais levar o medicamento até o paciente, conforme a indignação da participante que questionava: “ não tem o programa remédio em casa que o governo tanto fala ? e porque não pode nem a enfermeira entregar o remédio? ... sabe, a burocracia.. quanto mais difícil para nós na ponta ...menos trabalho para quem tá lá..”(PAzul)

Com relação aos exames de baixa complexidade são solicitados na própria Unidade. Os exames de média e alta complexidade são solicitados apenas por especialistas, sendo necessário o encaminhamento para a Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara para avaliação da necessidade por médicos especialistas ou pela regulação da atenção básica.

A Secretaria de Saúde Municipal instituiu esses procedimentos na tentativa de implantar o sistema de centralização dos exames e das consultas de especialistas e cirurgias, devido o “fura fila” e desvios econômicos na saúde. Essa nova dinâmica recomenda aos médicos da Atenção Básica para que busquem resolver os problemas de saúde na própria Unidade e no território antes de encaminhar para a rede e que tenha na ficha o máximo de informação histórico da situação de saúde/doença do paciente.

Essa orientação tem dado muito trabalho aos médicos e como tem que ter um diagnóstico completo do quadro de saúde e das necessidades de especialista ou da complexidade solicitada. Muitas guias têm retornado a Unidade e o médico tem refeito muito dos encaminhamentos, ficando sem hora de almoço. Sobre o atendimento do atual médico, a PAzul disse:

“O médico é atencioso, esforçado. Não tem nojo da população, uns

que tem.. ele é bom, só a enfermeira não tem perfil para trabalhar na zona rural. Não entende que aqui é diferente sim da cidade, olha, ela pensa que aqui é cidade ou quer fazer como se fosse a cidade. O atendimento é regular... por quê? Porque assentamento não é melhor que a cidade e nem pior, mas, é diferente, entende... falta profissional com perfil e conhecimento do campo, conhecer a nossa realidade”(PAzul).

Para a participante, falta aos profissionais de saúde da Unidade “*abrir-se*” para a realidade do Assentamento e entender as dificuldades e as riqueza do campo.

“Olha, uma coisa que falta para a enfermeira é entender que criança não tem hora para ficar doente... acredita que a gente vai com a criança com febre lá, e, elas pedem para voltar depois? Porque, tem que marcar hora.... é uma coordenadora que chegou agora, não entende nada de assentamento...acha que somos desocupados.. sabe.. ainda há preconceito. E tem coisas simples que não sabem fazer” (PAzul).

Essa fala nos propõe a seguinte reflexão: faltam formação e capacitação dos profissionais da saúde para entender o contexto do campo? Ou a Estratégia de Saúde da Família, conforme críticas e até mesmo como discurso ideológico que desqualifica a ESF, porque entendem que é uma política pública de saúde para pobre e que qualquer coisa serve? Ou ainda, cabe nos perguntar se essa política de saúde serve par o contexto e realidade do campo?

A pesquisa nos aponta algumas questões, como por exemplo, quando pergunto se a ESF atende as necessidades e demandas do campo, a resposta é que não. E que poderia ter um trabalho na promoção e prevenção das doenças, como propõe a estratégia, mas que nem isso se faz no assentamento. E a participante dá exemplos, citando a questão da juventude e das drogas dentro do assentamento, da falta de ações voltas para as mulheres, palestras sobre temas que diz respeito a agricultura e ao trabalho do campo.

“Não tem nada, a ser consulta e visita..quando participava da comissão estadual de mulheres, falava-se muito na saúde da mulher do campo, mas, aqui, não fala nem de saúde da mulher, você que tem que ir lá e queixar pro médico (Pamarela).

Para a participante sobre as ações preventivas realizadas para a comunidade assentada, reflete

que: *“fazer curso. palestras... dá trabalho ou não tem o hábito, não sei.. para fazer uma palestra sobre a saúde da mulher, tivemos que pressionar”* (Pamarela).

A participante reflete que sente falta de uma Unidade de Saúde com o jeito do assentamento, com ações e saberes mais voltados para a comunidade, como as plantas medicinais e projetos que valorizasse os conhecimentos locais. Pergunto se conhece a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, responde que não conhece. Importante frisar que nenhum dos entrevistados assentados e profissionais da saúde conhecia a Política de Saúde do Campo.

No entendimento da participante Prosa, a ESF é *“um programa bonito, mas no dia, mas no dia não funciona como deveria”* na sua avaliação além da falta de funcionários, tem muitos que não se identifica com os princípios da ESF, como por exemplo: .

“Olha, a ESF é escuta..entender o contexto familiar e social do paciente que procura a Unidade... diferenciar o quê o paciente precisa.. muitos casos não precisam de medicamentos.. vejo muito antibiótico sendo dado.. a ESF é prevenir doença e não facilitar... a estratégia na roça, deveria ser outro tempo de escuta e de atendimento, de informação.. aqui tem carência de informação.. a gente vê, o acesso é mais difícil...Como trazer isso para a equipe?” Não sei...” (PLilás)

Embora a U.S.F tenha os seus afazeres da prática cotidiana, podemos contar com disponibilidade de alguns profissionais que participaram da pesquisa, assim como o participante Pterra, que conta que quando chegou no assentamento, logo identificou com a natureza e com a paz do local, já outro profissional fala da vontade que tem de permanecer na Unidade do assentamento, *“identifico com a história do local”* para PTerra, a Unidade de Saúde da Família do Bela Vista,

“Funciona de forma tradicional com a figura do médico de família, do enfermeiro, técnicos de enfermagem, farmacêutico (que no momento vai uma vez por semana), agentes comunitários de saúde e o profissional que integra a higienização do ambiente, recentemente a prefeitura se prontificou a enviar um profissional técnico em farmácia para realizar a entrega das medicações diariamente, mas ainda estamos aguardando. [...] a Estratégia de Saúde da Família contempla a necessidade de saúde do campo, sendo ela a responsável por

ampliar o atendimento para o assentamento rural e não reduzi-lo [...] e que “na especialização dos profissionais de Saúde da Família existe a abordagem do atendimento no campo, levando em conta as prioridades e o manejo deste tipo específico de população (Pterra).

De acordo com Corbo & Morosoni (2007, p.99), embora as atribuições dos profissionais tais como: diagnóstico, planejamento, responsabilização, escuta e mobilização da comunidade, intersetorialidade, a observação dos princípios do SUS a serem praticadas, como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletiva e ter presente a coordenação do cuidado, da promoção e da prevenção, pensando sempre no processo saúde/doença e nos determinantes sociais da saúde, mas, conforme Catrib (2011), romper com o paradigma do biomédico que tem ênfase na doença e na cura, ainda consiste como um grande desafio a ser superado para os profissionais da saúde e para formação na medicina brasileira. Pois, mesmo a ESF que tem como princípios a ação multiprofissional, integralidade, prevenção e promoção da saúde, mas, encontra-se dificuldades na vivência e na prática profissional em detrimento do modelo assistencial e- biomédico e por aspirações profissionais corporativistas. Nesse sentido, a fala da participante da pesquisa é bastante reveladora quando disse que:

“hoje sou chata, porque sei um pouco como funciona, sabe, você chega lá, não pode abaixar a cabeça, ai fazem rapidinho.. Senão.. Uma vez, minha irmã machucou o pé.. faz tempo.. era o tempo do doutor rocha.. ela precisava de socorro..Aqui não tinha e não tem esse serviço, era um fim de semana, a pessoa técnica de enfermagem, disse que não tinha nada com aquilo. ... outra vez, cortei o pé e sangrava muito.. minha mãe trazia um lençol, enchia de sangue e colocava outra coisa.. o doutor Rocha, depois de minha mãe, implorar, levou a gente... até a entrada da cidade.. e o hospital ficava do outro lado da cidade...e tivemos que ir de ônibus. Médico como o doutor Rocha, tem muitos..naquele tempo não tinha ambulância aqui e nem fazia curativo com ponto, acho que ainda não fazem”(PAzul)

Figura 6- Corredor de acesso para salas e recepção da Unidade



Fonte: Acervo pessoal

Na concepção da ESF, os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), são profissionais importantes no fazer da prática de saúde no cotidiano e na relação com os sujeitos que buscam fisicamente e não fisicamente os serviços da Unidade e reclamam atenção e cuidados. Entretanto, devido ao método e ao planejamento estratégico que leve em conta o diagnóstico da saúde- doença – cuidado e das iniquidades existentes com o objetivo de assegurar a “boa saúde” e o acesso a população local, este planejamento e preocupação por parte da atual coordenadora ou gestora, não ficou claro durante a pesquisa.

O que percebemos é que as ações dos ACSs estão centradas na parte curativa da do processo saúde – doença e que suas atribuições, fica focado na monitora e controle dos medicamentos e não conseguem desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios conforme as atribuições.

No que tange ao atendimento das ACSs na agrovila, que uma participante chamou de “atendimento”, disse durante a entrevista: *“as meninas até que são boas, não fazem mais porque não podem... aqui o que tá péssimo mesmo é remédio... agora é só uma vez por semana que atende., mais tá em tudo lugar”* (Pverde). Disse também que quando alguém precisa de médico especializado, as enfermeiras agendas e a ACSs avisa, assim, como já agendam o transporte quando é preciso, que leva e traz.

No que diz respeito a não distribuição de medicamento na unidade, há polêmica. Primeiro porque a comunidade sabe que existe o medicamento e que as enfermeiras não querem distribuir. Segundo, porque as agentes não podem mais levar até as casas, no dia da

visita. O motivo que não permite mais as agentes levarem o medicamento aos domicílios é desconhecido., mas, o fato de não distribuir o medicamento fora do dia de terça-feira pela manhã,

Também houve durante a semana de observação, desentendimento entre uma assentada e a coordenadora unidade de ESF, devido a um exame de idosa sem condições de se locomover, e que teria que ir de transporte da ESF às nove horas e regressar às dezessete horas de ônibus, sendo que o exame seria as quatorze horas. A assentada, vizinha da idosa, foi questionar a tamanha irresponsabilidade para com a senhora. Depois de falar sobre do Estatuto do Idoso e de que a família da idosa deveria assumir a responsabilidade, o transporte da unidade levou e trouxe a senhora antes das dezoito horas. Para a assentada, *“o quê falta na unidade é capacidade de entender as pessoas e de humanização, assim como vontade política de fazer as coisas e deixar de complicar, porque tudo tem que ter papel, nada pode...”*

Nesse sentido, conforme as observações percebermos que a unidade é gestada por alguém que não tem conhecimento da realidade do assentamento, como não dialoga com os problemas da comunidade e das pessoas, falta segurança para fazer coisas que deveria ser feitas no âmbito da ESF, o quê também transparece falta de conhecimento sobre a essência da Estratégia da Saúde da Família e dos princípios do SUS. Também não tem dimensão dos problemas sociais que emergem do território, em virtude de não dialogar muito sobre o trabalho e o planejamento a partir das demandas e da percepção das Agentes Comunitárias de Saúde sobre o território. Pode ser que o conceito de território e de sujeito social não faça parte da dinâmica da unidade, uma vez que o profissional da ESF refere-se ao usuário como “cliente”. Ou seja, *“quanto menos problema social trazer para cá melhor”*, me disse uma assentada. (PCinza). .

As atribuições a serem desenvolvidas no processo de trabalho da Saúde da Família, segundo o MS é:

“prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade requer um trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações com acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à

readequação do processo de trabalho” (MS, 2006).

Segundo Catrib (2011, p.125-126), o trabalho em equipe se relaciona com o princípio da integralidade, que se fundamenta na abordagem ampliada de indivíduo e ou coletivo, levando em conta os diversos aspectos do ser humano: o seu contexto familiar, cultural e ambiental. O fazer desse princípio requer que o profissional de saúde compreenda e proporcione condições de mudanças no processo saúde-doença integrando em suas práticas ações de promoção, prevenção e reabilitação.

O dia-a-dia da unidade é muito tranqüilo, com exceção de um dia na primeira semana de observação e outro dia na segunda semana que duas idosas tiveram que serem socorridas com urgência dentro da unidade. Nas demais semanas houve muita tranqüilidade e de encontros e conversas na sala de reuniões sobre família. Também apareceu na unidade uma empresa oferecendo serviços de saúde, ou seja, vendendo plano de saúde, e disse que quase toda a rede já está “conosco” referindo a adesão aos planos de saúde privado.

O Fazer da prática em saúde da U.S.F Bela Vista, perpassa pela marcação da agenda de consulta do doutor; depois triagem ou escuta (saber qual é a queixa) e verificar a pressão, consulta médica e o trabalho das ACSs. Observamos também que geralmente, quando a enfermeira chega troca informações com a técnica de enfermagem. Na entrevista uma assentada reclamou da falta de sensibilidade e de profissionalismo para com os hipertensão e diabetes. Uma das agentes disse que, como têm muitos, “*não sabem como controlar e atender bem essa população*” (PMarron).

Figura 7- Sala de Triagem



Fonte: Acervo pessoal

Ainda como parte do atendimento e ação da unidade, o Programa Mais Leite do Estado de São Paulo é distribuído todas as sextas-feiras e quem realiza essa ação é a responsável pelo serviço de limpeza depois de feito a primeira rodada de distribuição de leite, a senhora pede para que entrem na fila novamente e é feito a redistribuição do leite novamente. A pessoa tem um caderno com os nomes e idade das crianças e nome da mãe. Sendo que no momento são 46 crianças cadastradas e segundo a responsável pela distribuição, nem todos que vem buscar precisam, mas, há aqueles que realmente precisam, não só a criança como idosos também, por isso às vezes é passado para os idosos entre os próprios assentados.

No processo de diálogo e observação do fazer-se da prática de Estratégia da Saúde da Família na Unidade, o debate e a concepção do sujeito do campo está ausente, embora seja freqüentado por esses sujeitos. A equipe não tem conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo da Floresta e das Águas, esse debate parece uma realidade distante da ESF do assentamento. Embora, a realidade e o acesso de tratamento de esgoto, água potável, destino do lixo, ou seja, as condições que a política pública de saúde do campo, enfatiza como situações de precárias, quando comparada com as condições de acesso aos bens e serviços da área urbana no Assentamento Bela Vista do Chibarro estão em condições mais favoráveis, no entanto, a da alimentação saudável, da questão da juventude, da saúde da mulher, do homem, da criança e do idoso não é feito de forma pedagógica e a partir da realidade do território, que traz questões particulares e da totalidade do ambiente e outras questões que envolvem a relação da saúde com a terra e com a reforma agrária (Brasil, MS, 2015). Ou seja, é possível pensar a participação e empenho dos profissionais de saúde da U.S.F do Bela Vista a partir de ações de integralidade, prevenção e promoção da saúde (Matta, 2009), dialogando com a política de saúde do campo (PNSIPCFA) e com o conceito de saúde ampliada do SUS?

Quadro 1- Principais Doenças e acompanhamento a Hipertensão e Diabetes

Pessoas diabéticas		Pessoas com hipertensão		Casos de Depressão		Diab/Hiper
H	M	H	M	H	M	H e M
25	31	67	80	02	18	13

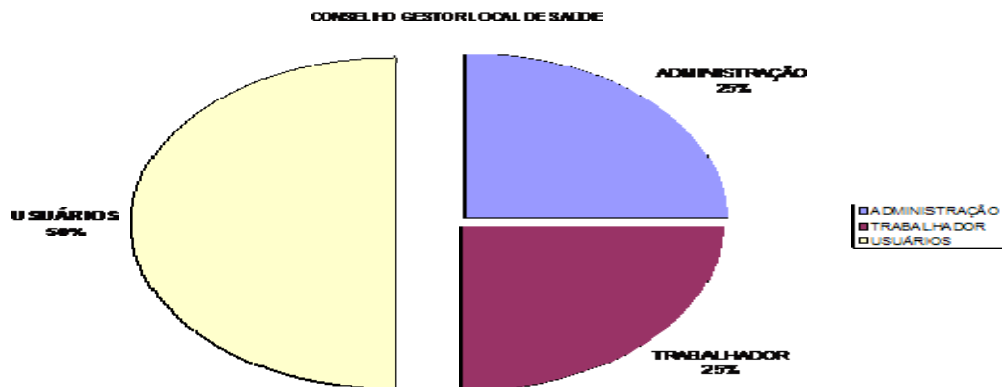
5.4. Conselho Gestor da Unidade de Saúde da Família Bela Vista: espaço de participação e reivindicação de melhora na Unidade e do Atendimento em Saúde

A participação da comunidade nos espaços públicos é uma diretriz constitucionalmente instituída para a saúde, portanto, *o Conselho Gestor da Unidade é um espaço aberto a comunidade, no entanto, efetivamente o assento é para três titulares e tem suplentes, escolhidos/indicados pela comunidade, as reuniões acontecem uma vez por mês, geralmente na primeira quarta. Segundo uma das participantes da pesquisa PRoxo, o Conselho é uma forma de envolver a comunidade na unidade, mas, que nos últimos tempo a participação tem diminuído e que este ano, não foi feita a eleição porque ninguém apareceu. No geral, os indicados deveriam ficar dois anos. Da mesma forma acontece no Conselho Municipal de Saúde, segundo a participante, a pessoa já está na função de conselheiro representante a comunidade há cinco anos, só que ela sabe, porque a população não tem interesse.*

O Conselho Gestor de Saúde (CGS) da Unidade é uma forma de participação e controle social, pois é nele que se avalia o atendimento da unidade e propõe melhorias, é um espaço de trazer as demandas da comunidade para dentro da Unidade e de fortalecimento das ações políticas, organizativas e educativas da Comunidade e da Unidade. De acordo com a Lei nº 8. 142 de 28 de dezembro de 1990 do Ministério da Saúde, o Conselho Gestor de uma Unidade de Saúde tem como objetivos comuns: a) propor a ações para solucionar os problemas de funcionamento da unidade; b) Organizar os serviços de saúde atendendo às necessidades prioritárias da população; c) divisão de responsabilidades; d) População usuária do SUS: os representantes levam as demandas da comunidade para o Conselho gestor; e) Trabalhadores da Unidade: os representantes levam para o Conselho Gestor os interesses e necessidades de dentro da Unidade para a reunião; f) Direção do Conselho Gestor (o Gestor da Unidade): O representante, deve cumprir com as diretrizes e decisões da SMS dentro do Conselho, repassando as informações e conhecimentos necessários ao bom funcionamento do Conselho.

Segue abaixo o gráfico da porcentagem da composição e participação dos profissionais, usuários e gestores no Conselho Gestor das Unidades de Saúde¹⁷:

¹⁷ Fonte: Conselho de Gestores 2010/2011 do município de Rio Claro no endereço <http://www.saude-rioclaro.org.br/conselho/gestor.htm>. Acessado no dia 02 de junho de 2016.



No caso do Conselho Gestor da U. S. F Bela Vista, a participação da comunidade no Conselho Gestor e posteriormente no Orçamento Participativo (O.P), foi determinante para a destinação do recurso com objetivo de reformar e ampliar a Unidade, Limite ainda são: No entanto, segundo os trabalhadores da Unidade é preciso ainda construir uma estrutura para lazer; uma praça de exercícios físicos e o quartinho para o gerador.

Na opinião de alguns participantes a ESF tem um processo de participação da comunidade por intermédio do Conselho Gestor, mas a cada ano diminui. Para a participante PVermeelho *“a nossa comunidade tem nível baixo de participação, mesmo... a comunidade nem sempre participou de forma massiva.. mas, nos últimos tempos,tem piorado...e os nossos espaços tem se tornado espaços fechados para a comunidade”*. A participante refere-se a Escola e a Unidade de Saúde. Entretanto, no mês de abril a participação da comunidade no Conselho Gestor, foi massiva, havia um grupo razoável de participantes pela comunidade, embora havia o interesse em discutir a farmácia e pedi esclarecimentos sobre os medicamentos.

Essa fala é reforçada por outro participante Pterra, que disse: *“embora existam as reuniões do conselho gestor, acredito que os moradores poderiam se reunir mais vezes para discutir o que se pode melhorar em relação à Unidade Básica, em relação à escola, em relação ao transporte, e tudo mais que seja importante para todos nós”* Na avaliação da PAmarela, *“ são quinze anos de Saúde da Família, só que, agora a Unidade tem que aproximar mais do povo.. a nossa Unidade é boa, mas, sabe, as vezes parece que não é nossa que é de quem trabalha lá... eu gostaria de participar, mas, moro no lote, quem mora no lote fica mais prejudicada..”*. outro questiona o envolvimento da comunidade na Unidade. Pois, segundo ele, nunca houve interesse da Unidade em que a comunidade participe ativamente, sua reflexão vai em outro sentido:

“na Unidade não é para dar opinião, falar do trabalho, ai não tem espaço. Porque não sabem ouvir... muito menos ouvir crítica.. eu reparo bem... eu não sou a única. Querem que a gente participa quando é para pressionar a prefeitura” (PAzul).

Já a participante PVermelho, reflete que: *“Somos muito desorganizados, quem está dentro como coordenação no postinho e na escola fazem o quê querem, como se aqui fosse qualquer canto da cidade”*. No entendimento do conselheiro municipal pelo Assentamento, o Conselho Gestor da Unidade é para: *“levantar as demandas e anseios da comunidade e ver os problemas da unidade e da comunidade e ajudar resolver; cobrar da prefeitura”*. Na nossa concepção, os diferentes níveis de entendimentos sobre o Conselho Gestor e sobre a participação, está vinculado com o envolvimento das pessoas na própria Unidade e comunidade. Com relação ao Conselho Municipal de Saúde, que também é um espaço importante de debate sobre a saúde do Município e de apresentar as demandas e os interesses da comunidade-usuário, tendo a Unidade como referência, as reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Araraquara, acontece todas últimas quartas – feiras do mês, e, como já mencionamos, o representante pelo Assentamento é o mesmo já alguns anos, devido a não disposição de outras pessoas para assumir o compromisso.

O papel do Conselho Municipal é discutir a verba municipal destinada a saúde, deliberar as prioridades para a Secretaria Municipal de Saúde e fazer cobranças. Além de ter uma estrutura organizativa própria e vinculada às esferas Estadual e Nacional, ou seja, o Conselho Municipal de Saúde está vinculado aos conselhos estaduais de saúde, as conferências de saúde e ao conselho federal.. Assim, o quê não resolve no conselho municipal, manda para o conselho estadual, e/ ou para o Conselho federal.

O representante reflete que neste espaço existe o limite grande, tanto por parte do Usuário; quanto por parte dos Gestores e Secretaria, na sua avaliação muita coisa não avança, não resolve, não tem voz ativa. Mostrando que a participação social ainda é um grande desafio e que o controle social da gestão pública é ainda maior.

Olha, o Pronto Socorro do Mlelhado, onde acontecem as reuniões está abandonado... era um Pronto Socorro de referência, e o atual prefeito em dois mandatos deixou o lugar... só vendo.. E é um lugar ótimo. Fácil acesso. Mas quer vender de qualquer jeito. “A saúde em Araraquara está o caos” (PLaranja)

De acordo com o quadro abaixo: os Conselhos Gestor Local de Saúde, participam do

Conselho Municipal de Saúde e estes, participam das Conferências Municipais de Saúde.

Conforme a ilustração do organograma:



Importante frisar que a ESF como característica do processo de trabalho a “promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações” (Brasil,2006, portanto, a U.S.F do Bela Vista deve trabalhar em consonância com os princípios e objetivos da saúde da família que “incentiva à organização popular visando a maior participação dos cidadãos nos mecanismos de participação direta e/ou representativa”(Matta,2007) e a fortalecer os aspectos organizativos e formativos/informativos da comunidade e contribuir para a formação de um cidadão participativo da coisa pública

5.5. Perfil dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Saúde do Campo.

Segundo a portaria nº 648 do Ministério da Saúde, os profissionais de Saúde que compõem as equipes de Saúde da Família, devem receber capacitação referente aos princípios e diretrizes que norteiam a proposta, concomitante ao início da implantação, por meio de um curso introdutório a ser realizado com toda a equipe até três meses após ao processo inicial e durante a implantação e como atribuições e responsabilidades dos profissionais de Saúde da Família devem participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; além de se capacitar permanentemente e realizar ações e atividades educativas e formativas a serem definidas de acordo com as prioridades locais, o trabalho do profissional teve estar ligado a

opção de atuar na área de saúde, pois, bem como reflete uma das participantes da pesquisa (PLilás) “para ser profissional da saúde é preciso ter paciência, saber escutar e amar a profissão” E ao mesmo tempo acompanhar o processo tecnológico e formativo na área saúde.

De acordo com PLilás, é “*preciso gostar da profissão e buscar aperfeiçoar e romper com os modelos pré- estabelecidos na área da saúde e continuar a formação e a humanização de nós e do outro*” Para o participante PLaranja, os profissionais da saúde, “*não querem atuar fora da unidade*”, e chama atenção para o fato de que nas visitas domiciliares raramente vê as enfermeiras e as técnicas. e questiona se a ESF é “*prevenção e promoção à saúde, isso, se faz dentro da unidade?*” Ora, como já assinalamos anteriormente, romper com o modelo biomédico de saúde, fundamentado pelas escolas de formação na área de medicina que fragmenta o indivíduo e se especializa de acordo com seus interesses profissionais e corporativista, e a concepção de saúde com base na doença e curativa tem fragmentado e limitado o trabalho da U.S.F do Bela Vista, conforme os dados, foi possível perceber a dimensão do trabalho na comunidade e do trabalho dentro da unidade. Nesse sentido, debater o perfil do profissional da U.S.F é fundamental, pois é esse que fará a diferença no processo saúde/doença e no trabalho direcionados para os determinantes sociais de saúde na localidade.

Como lembra uma das participantes PAmarela quando reflete que:

“houve um tempo que foi melhor, não sei quem estava a frente da unidade, mas tem que ter perfil para trabalhar no campo, tem que gostar do assentamento. Tem que colocar os pés no assentamento. E não vejo isso.. olha, a educação na saúde é o quê está faltando” (PAmarela).

O outro elemento que aparece nas falas e nas observações é a identificação dos profissionais com o assentamento, embora, essa identificação não pode ser pelo fato da unidade e da comunidade ser tranqüila e não trazem “*problema da comunidade para dentro da unidade*” (grifo nosso) como refletia a participante (PCinza)

Em diálogo com um dos profissionais da saúde da unidade, este nos conta que:

“desde o primeiro dia que cheguei à unidade, tive uma identificação muito grande com o local, com a maravilhosa natureza, com a paz e com o ambiente de trabalho”. (Pterra).

Na sua avaliação existe um perfil de profissionais na unidade, pois assim como:

”os médicos que atende nessa comunidade devem ter a

especialização em medicina de família e comunidade. O que já selecionaria os profissionais com o perfil direcionado ao cuidado centrado na pessoa, sendo capaz de resolver até 90% dos casos na própria Unidade” e que existem atualizações específicas na equipe de profissionais que abordam o atendimento médico no campo “(Pterra).

A Estratégia de Saúde contemplam a necessidade de saúde do campo? Essa é uma das questões que perpassou a pesquisa. Sendo que a ESF, tem o seu foco na educação permanente na prevenção e na promoção da saúde, como diretrizes e princípios. Contraditoriamente, não é o que se vê no processo da prática dos profissionais da U.S.F do Bela Vista, de acordo com os participantes comunidade, uma das crítica é que os agentes comunitários de saúde tem metas, relatórios, anotações e pouco acompanha e intencionaliza o processo da prevenção e promoção da saúde. Na percepção de 80% dos participantes *quem é de fora do assentamento não conhece a realidade e não conhece como trabalha a comunidade. Fica eles lá e nós cá. “Não conhece a história, não conhece a gente” (PVerde).* Outra participante chama atenção para a indecisão de fazer uma palestra sobre a saúde da mulher no mês da mulher. Um participante relata que houve um médico que:

“não gostou do assentamento. Era um médico, que queria levar o mesmo ritmo da cidade. “ele queria almoçar em casa todos os dias, pensa? O médico chega 8:00 horas e sai para almoçar 11:30 horas. São 25 km para ir e 25 km para voltar, ele, fazia uma hora de almoço, mais o tempo de ir e voltar, que tempo ele teria para consultar?”(PLaranja).

Na observação, podemos perceber que o profissional de saúde, não está pronto, ele vai tornando-se um profissional de saúde que aprende, identifica-se, às vezes com a comunidade e atua com mais gosto e flexibilidade. Porém, nem todos os profissionais de saúde estão abertos para aprender, para escutar e aceitar o quê a comunidade tem para contribuir, para criticar e propor no escopo de contribuir para realizar uma promoção e prevenção de saúde no território. Mas, como podemos perceber pela fala;

“a promoção e a prevenção de saúde é realizada pela equipe, de forma individualizada durante o atendimento diário na Unidade” (Pterra).

A formação continuada e o diálogo constante do que é a ESF é importante para a formação dos próprios profissionais e a abordagem teórica e metodologicamente

(conhecimento) dessas questões são relevantes para quem coordena a unidade. Para a participante PAzul a formação dos profissionais, dando exemplo os médicos, não inclui as questões que estão relacionadas ao processo saúde/doença do campo. Ou seja:

“os profissionais são formados para trabalhar na cidade e não tem coisas de formação específicas para trabalhar no campo” (PAzul)

Apesar de que na Estratégia de Saúde da Família, o atendimento é amplo, disse o participante que:

“olha, o que a gente percebe é que o médico já tem uma formação melhor do que antigamente.. são mais cuidadoso e perguntam sobre o contexto de trabalho e de vida da gente.., até que não muda muito do jeito que fazem na cidade, ..mas, a pessoas tem que aperfeiçoar e ter um perfil de campo sim, ele aprende mais...”
“As demandas do campo são outras... diferentes. Mas, as necessidades de atendimento de saúde ..e de trabalho pesado.. é a mesma coisa, tanto aqui como na cidade... olha, eu acho que eles,(trabalhadores da cidade) desgastam mais do que a gente que trabalha no campo” (PLaranja).

Porém, no diálogo com o mesmo., perguntamos qual era a relação dos assentados com o processo de desgaste do trabalho como o do corte de cana, e, se os assentados já trabalharam nesse tipo de trabalho, ele reflete um pouco mais e diz: *”no corte de cana.. que é... o trabalho pesado.... futuramente aparece os problemas .. aqui tem muitos que vieram do corte da cana” (PLaranja)*. Nesse sentido, de acordo com um dos profissionais da unidade que participou da pesquisa, que chamaremos de Pterra, disse que:

“as doenças mais comuns no assentamento são aquelas relacionadas ao trabalho no campo: como lombalgias e bursites. hipertensão e diabetes aparecem de forma importante também. ...a ergonomia inadequada, má postura e o excesso de sobrecarga de peso são fatores importantes pela prevalência das lombalgias e bursites” (Pterra).

No entendimento de outro participante é importante estabelecer relação entre o profissional e o assentamento:

“tem profissionais que cria uma relação com o assentamento, por exemplo, o atual médico... há os que gostam de trabalhar aqui...”

tivemos uma coordenadora boa... foi digna do cargo.. agora.. falta a boa vontade... cria conflito desnecessário, porque nada pode...não podia se esforçar um pouco mais?” (PCinza).

Está visto que é preciso ter metodologia para as questões da saúde no campo, como destaca a participante:

“a gente não tem esse cuidado com a saúde.. o trabalho da roça exige muito.. olhar específico do campo... porque o homem e a mulher do campo retrai.. tem vergonha de dizer quando tem determinada doença” olha o que chateia é que a pouca vontade, dificulta tudo... “não pode dá um remédio, não pode fazer uma coisa, não pode a outra. ..manda tudo para cidade. ..para quê a Unidade aqui , né?... Mas, é importante ter Unidade Básica aqui e nas áreas de assentamento” (PCinza).

Questionamos se os profissionais vão a campo fazer palestras sobre temas que são atuais na agricultura, como o uso do agrotóxico, o caso de picada de cobra, já que um assentado morreu recentemente por ter sido picado por uma cobra. A resposta que tivemos foi:

”não fazem palestras, não... uma ou outra... mas, quem fica sabendo? não fala das coisas.. do veneno, da picada de cobra.. não... mas, deveria falar ... e eles entendem disso? será que eles sabem o quê é viver da roça? O assentamento usa bastante veneno. Porque é mais rápido. Mais acho que estão usando menos.. se fazem palestras? “.. “uma ou outra.. mas, o povo não gosta de participar... isso tem haver com essa coisa de gostar do que faz e de entender o contexto do lugar”.. (Pverde).

Para o participante Pterra a justificativa é que:

“o tema relacionado ao uso de agrotóxicos já foi abordado na ESF, sendo que a justificativa dada por algumas pessoas é que a falta do seu uso prejudicaria a produção devido aos ataques de pragas”. (Pterra).

Ainda na avaliação do mesmo é que:

“existe muito que melhorar na ESF Bela Vista, mas há um empenho grande da Equipe, que se esforça ao máximo para que os

pacientes sejam atendidos, que seus exames sejam agendados, que suas consultas com especialistas sejam marcadas e que eles tenham o transporte até a cidade para resolver problemas relacionados a sua saúde”(Pterra).

No nosso entendimento pensar e fazer uma prática diferenciada e comprometida de saúde no campo requer um processo de dedicação, participação, articulação e relação sistêmica com os municípios, os profissionais de saúde e a população por meio da participação. A Estratégia de Saúde da Família é essencial para a consolidação e o fortalecimento da população no processo de organização dos territórios saudáveis. Para isso é preciso saber escutar, aprender e ter a comunidade como parceira é uma forma de pensar e fazer para além do modelo biomédico de saúde.

Por outro lado a própria diretriz da ESF exige uma postura diferenciada. E a prevenção e promoção a saúde são duas diretrizes que requer mais atenção por parte da Unidade e da equipe de Saúde da Família do Assentamento Bela Vista, percebo que a equipe é o coletivo e que todos devem atuar também fora da Unidade e acatar os princípios e diretrizes da ESF.

O Mapa territorial que abrange o trabalho do ACS está dividido da seguinte forma: Microárea Amarela – ACS Célia; Microárea Rosa ACS Luzia; Microárea Azul ACS Zulmira; 2. Agrovila; 3. Verde – Reserva Legal; Áreas Particulares; Número de Família

Quadro 2 . Total de famílias assentadas acompanhada por agente comunitário, agrovila e lote no assentamento Bela Vista do Chibarro (2016)

Área/ Agente	Total de Famílias assentadas e agregados	Agrovila	Lote
07- Célia	87	31	56
08 - Luzia	83	42	41
09 - Zulmira	85	52	33

São 204 famílias assentadas e 51 são famílias agregadas, ou seja, não assentadas.

5.6 O Assentamento Bela Vista e os Agentes Comunitários de Saúde da Unidade de Saúde da Família do Assentamento Bela Vista: Vínculo entre a Unidade e Comunidade assentada.

Conforme a figura cima (8), o mapa mostra como o assentamento está organizado no que tange a organização do território, representa três em microáreas sendo elas: Amarela: 7 – Célia; Rosa: 8 – Luzia e Azul: 9 – Zulmira.

A divisão e organização do trabalho de acompanhamento das ACSs são conforme o vínculo que essas têm com os lotes de acordo com a microárea que atendem. O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde envolvem ações fora e dentro da unidade, e que é o elo de comunicação entre a equipe e a comunidade. Além de ter o diagnóstico e a visão geral do assentamento, podemos perceber pelos depoimentos e reflexões feitas pelos participantes assentados e principalmente nas falas e reflexões dos Agentes Comunitários de Saúde do assentamento que existe um domínio por parte do ACS do território e das principais questões políticas administrativas da Unidade e da Comunidade. Assim, como dos principais problemas de doenças e agravos.

Uma vez acordado com os participantes, os nomes que utilizaremos nas discussões e análises com os ACSs não são nomes verdadeiros. Neste sentido, o ACSM¹⁸ é a mais nova na equipe de ACS, veio para a unidade há quatro anos e meio; ACSV e a ACSB participaram do processo de escolha feita pela comunidade, já a ACSM foi inserida a partir de um processo seletivo, sendo o principal critério ser da comunidade e ter um nível de escolarização não muito alto. O ACSV conta também como foi sua participação no processo de escolha e que contou muito a sua inserção como liderança na comunidade, além de ter ajudado definir os critérios e o perfil do ACSV para o Assentamento. Como podemos perceber:

“para ser agente só precisava saber ler e escrever..não precisava ser estudada.. precisava ter vínculo com a comunidade, então, acho que foi praticamente a gente que criou o jeito de escolher de escolher os agentes comunitários... acreditamos.. falei vamos experimentar.. eu era a mais velha... e com menos escolaridade.. e fui a mais votada... sempre ajudei na comunidade... mas, estudei pouco...quando a gente é da roça, era mais difícil estudar.. hoje não.. até eu fui estudar.. fiz o curso alfabetização de jovens e adultos...aqui

¹⁸ Utilizaremos ACS (Agente Comunitário de Saúde) acompanhado de uma consoante.

mesmo ...na escola.. todos os dias a noite...” (ACSV)

Quando inicio o trabalho no dia primeiro de março de 2001, os ACSs não tinham noção do que iriam encontrar pela frente. Mas, como podemos perceber pela fala da ACSB, as descobertas foram gratificantes e muito se avançou desde então.

“Quando começamos não havia histórico nenhum... nem sabia que eram hipertensos... a gente tinha autorização do ministério da saúde para aferir a pressão.. A gente tinha aparelho, tudo.. depois que tiraram.. e a gente ia nas casas.. ta gente foi descobrindo pessoas hipertenso, diabetes, depressivas.. pessoas com distúrbios mental.. começamos descobrir as doenças...e começamos fazer os cadastros das famílias. Foi aí, que começamos descobrir a comunidade....crianças desnutridas, doenças crônicas, quem era essas pessoas. como morava, onde., quantidade de pessoas..... as pessoas iam em casa para tirar a pressa”.. Com a mudança do Programa da Saúde da Família para a Estratégia da Saúde da Família, vejo que pouca coisa muda... (ACSB)

As atribuições

Com a ESF temos que fazer grupos.. Tem coisa a mais para fazer.. Tem a medicação em casa. Mas, ainda não foi implementado. Essa medicação em casa para hipertenso e diabetes ainda temos aqui .o pessoal cobra.. .Quando, costumo levar.. temos a ficha das pessoas.. mas, conforme o tratamento muda.. muda a dosagem.. tem que mudar tudo de novo.. a gente trabalha assim: você tem a ficha do paciente, mas, precisa ver o que ele na realidade toma..a gente pede o medicação, e vê pela quantida se dá tomando ou não. ... “Muda, sempre muda a dosagem...”. (ACSB)

Os ACSs também comentam que existe as metas do mês, e que para terem o incentivo precisam fazer também os grupos de atividades. As metas estão ligadas ao trabalho dos ACSs que são avaliados a cada três meses. Neste contexto, é preciso realizar 100 visitas e acompanhar 100 famílias no mês, em consonância com as atribuições, conforme podemos notar:

“o trabalho é controlar o medicamento, fazer vistoria da dengue, acompanhar os diabéticos, os hipertensos, fazer o controle mecânico

da dengue... acompanhar no dia da vacinação.. é gostoso.. Nas quartas feiras o médico faz visita para os acamados e a gente, se o paciente é de minha responsabilidade, vai junto”..”Olha que hoje temos qualidade de vida no assentamento, os idosos são assistidos e não tem mais criança desnutridos. (ACSB).

O vínculo dos ACSs com a comunidade é um requisito na escolha dos ACSs, desde a primeira formulação ainda na década de 70/80, e constituiu um elemento captador dos problemas comunitários e questões sociais que dificilmente outros profissionais de saúde ter conhecimento somente no atendimento na unidade de saúde. Como podemos observar o vínculo com a comunidade também é um dos desafios e se faz necessária ter mais tempo no trabalho de campo:

“vejo que é importante o vínculo com a comunidade..a confiança ...é bom mas as vezes o fato de ser daqui e ser mais nova atrapalha um pouco... tem coisa que não me falam, acho que é porque sou praticamente uma filha para algumas pessoas.. mas, é gostoso.. a vida idoso é ativa.. eles trabalham.. não ficam parado.. Gosto muito porque, você vai na casas das pessoas.. ouve. Dá uma palavra que quer ouvir e eles cobram, diz que sente a falta sua... e a gente sabe o quê eles estão passando.. não é o indivíduo é a família, você viu? Quanto problema envolve a família? Acho que deveria ter mais tempo para o paciente” (ACSM).

O trabalho na comunidade realizada pelos ACSs é reconhecido pela comunidade como “um bom trabalho”. Fazem o papel de dar retorno as consultas quando essas são marcadas e responde por qualquer problema de comunicação entre a unidade e o paciente, que alguns profissionais já estão chamando de “cliente”. Porém, a relação que os ACSs estabelecem com o território torna o fazer dos ACSs diferente, especialmente quando tem disponibilidade e gosto pelo trabalho Como demonstra a fala de um dos ACS:

“Gosto do meu trabalho, faço com prazer.. moro no começo da agrovila e vou colhendo receita de um, pedido de outro, uma informação de cá, e até chegar na Unidade, já trabalho pro dia todo

e vou em busca de solução... faço o quê fazia ante, mas, hoje posso ajudar melhor. A gente acaba sendo orientador, ... para ser agente comunitária de saúde tem que perfil.. o trabalho exige muito e não aparece. ... tem que ser solidário, ter amor ao próximo, ter paciência, tem que ter equilíbrio.. por mais cansado.. e por mais que tem que dizer não.. tem que saber falar... (ACSV).

O acompanhamento às famílias é uma das atribuições que requer preparação, metodologia e profissionalismo. Além de ter o perfil para os desafios do trabalho que não são poucos, como podemos perceber na fala:

“O acompanhamento dentro da agrovila, a gente dividi por casa e também por vínculo com o lote.. sim, como a gente fica aqui.. vai almoçar, sai cedo para trabalhar... sempre pará a gente no caminho para perguntar, para cobrar.. para pedi para agendar”. ACSV.

O planejamento mensal, quinzenal e diário são ferramentas importantes no trabalho sistemático, organizado e que visa resultados de médio e longo prazo. Embora a rotina é algo do dia – dia é impossível prever, os ACSs tem que trabalhar com um planejado flexível, mas para criar laços e consolidar um trabalho no campo da saúde, requer paciência e organização da equipe, segundo o que o diagnóstico da sua microárea aponta.

A outra questão é a tarefa do lançar as informações do realizado ou do que é preciso informar o sistema de informação. Tarefa importante, por outro lado, segundo um dos ACSs, isso faz com perde muito tempo dentro da unidade, porque além de lançar no computador é preciso registrar em folhas separadas. Outro trabalho importante a nosso ver, no entanto, a pergunta é: para que serve as informações? E como a unidade utiliza – as para pensar as ações e para elaboração do planejamento?

“O nosso trabalha começa as 7:30 hrs e vai até 16:30 hrs de segunda a sexta. .. falta trabalhar em grupos..no momento não tem. Mas tem o grupo da caminhada .. tinha o grupo da gestante e o grupo de mães com crianças ate 5 anos de idade. Na escola é a ACSM, ela sempre vai para palestras com a enfermeira sobre as doenças.. ..”a rotina tem, mas, o trabalho é flexível. Pode surgir imprevisto. Tenho que planejar, elaborar... ver as metas.. Colocar as

informações no sistema de informação..é ..primeiro faço no papel e depois no sistema, e as vezes não internet fica atrasado.. Quem coordena é a enfermeira.. . “Eu não posso sair sem falar com ela” ACSM...

O princípio da integralidade requer organização das ações e práticas de saúde que buscam integrar as pessoas e ao mesmo tempo, desenvolver promover a prevenção e educação em saúde. Por isso, os grupos de ações são parte estratégica da ESF para que o princípio da prevenção, promoção e participação acontecem de forma sintonizada e possa avançar nos limites do processo saúde – doença do território.

*.. “o trabalho tem que ser em equipe. se estou na rua.. vem uma cliente que não é minha, mas, vou ouvi – la e passar para colega”.. ACSB
“ o trabalho é em equipe.. não posso pensar.. vou pesar aquela criança porque não é da minha área.. ter espírito de equipe..” ACSV.*

A ESF foi concebida dentro de um paradigma da saúde vinculada as comunidades, que geralmente tem mais dificuldade ao acesso, no dialogo da universalidade da saúde e na concepção de que o trabalho deve ser desenvolvido por uma equipe multidisciplinar e que tentam responder, quanto equipe de saúde, as demandas e prevenção de problemas possíveis de serem diagnósticos. Por isso o SUS chama de Equipe e é Estratégica. O profissional da ESF ou ASC que pensa de forma individual atrapalha o trabalho da ESF.

“.. olha, é campo aqui.. é um assentamento de reforma agrária.. temos orgulho disso.. e temos orgulho da Unidade que temos .. por isso, o perfil dos agentes tem que ser de acordo com o lugar... a gente tem conhecimento na pratica. .. Se alguém ficar sem fazer, não é por falta de conhecimento e por falta de vontade. O que tem dá para fazer o possível. Não tem que limitar o profissional.. Mais pessoas competente... tem que ter gosto, tem que gostar. tem que tem amor para trabalhar num assentamento...” ACSV

A temática trazida na fala de um dos ACS dialoga diretamente com o problema de pesquisa: qual é o perfil dos profissionais de saúde do campo? E ESF é uma experiência que abarca as questões específicas e adversas do campo?e o assentamento?

A ESF é pensada para o modo de andar a vida dos assentados? Essas questões que foram questionadas e muitos dos participantes acham que a ESF contempla as necessidades

do assentado, na nossa avaliação o que implica é a condução política, a formação e o perfil dos profissionais que podem fazer da experiência muito para o que está no papel e que pode e deve ser realizado na cidade. Mas, para dialogar com a cultura do campo, precisa avançar nessa direção.

”Sim.. eu sei que a comunidade está vinculada à unidade e à comunidade por meio dos agentes.. mas, está frágil a participação da comunidade na unidade, e quando a comunidade se afasta não é bom... falta interesse da comunidade...” o que está acontecendo hoje temos culpa... .. falta informação.. falta compreensão falta o olhar de quem conhece a realidade do campo e como se dá o processo interno de um assentamento. Falta o envolvimento.. o humanismo.. “Falta a resolução das demandas...” ACSV e “olha, o nosso assentamento não tem união para nada.. ... várias entidades querendo ser a melhor do que a outra.não tem aquela idéia de coletivo...aquilo de vamos fazer juntos. O elo entre a unidade e a comunidade é frágil. Não existe um olhar diferenciado da comunidade para a unidade e vice versa. E aquilo.. aquilo que dá para fazer. .. o aspecto que aparece como limite é o envolvimento da comunidade o avanço é o resgate de pessoas que tinham dificuldades de se relacionar,... casos de psiquiatria sério e hoje a pessoa convive com a família e com a sociedade...”(ACSM)

A reflexão da falta de participação, da união, da formação/informação e a resolução das demandas dialogam diretamente com os sujeitos e com o direito da Luta, da História e da Felicidade. “Viver num assentamento de reforma agrária, poder plantar, colher, comer uma alimentação sem veneno” como foi dito pelos participantes mostram como o assentamento traz possibilidades. Nesse sentido, o elo entre a unidade e comunidade, também precisa assumir o seu papel. Assumir o papel de agente fomentador dos espaços de informação e formação seja na promoção da saúde ou na organização social. Assim, como o espaço do Conselho Gestor precisa impulsionar a participação da comunidade, talvez seja preciso fazer as reuniões em locais abertos e que tenha sentido para o assentamento. Mas, o elemento central que falta no processo da U.S.F Bela Vista é o diálogo com a realidade do campo e buscar entender: qual é o campo da saúde do campo?

Quadro 5 - (Numero de acompanhados por ACS e tipo de atendimento, na unidade da Estratégia de Saúde da Família do assentamento Bela Vista do Chibarro, 2016

Áreas	7	8	9
Hipertensos	56	47	57
Diabéticos	29	19	21
Gestante	02	00	00
Acamado	02	01	01
Distúrbios mentais	02	06	03
Criança abaixo de 1 ano	03	02	05
Criança acima de 5 anos	11	24	19

Figura 8 - Os ACSs da Unidade da Saúde da Família/ESF do Assentamento Bela Vista: Elo Unidade e Comunidade



Fonte: Arquivo pessoal



Fonte: Arquivo pessoal



Fonte: Arquivo pessoal

A partir das observações e dos diálogos com os assentados e agentes comunitários de saúde, analisamos que existe uma ausência de atividades mais voltadas para a promoção em saúde e prevenção, por mais que se faça atividade dentro da unidade e no nível individual. Enquanto ESF, a unidade Bela Vista tem mais ações e procedimentos intramuros do que extramuros, com exceção dos ACS, que embora desenvolvam o trabalho na comunidade assentada, também permanece uma boa quantidade de tempo na unidade, seja por questão de transportes ou não ter o planejamento das ações preventivas e da promoção em saúde destinada aqueles assentados que pouco ou nunca freqüentam a UESF, assim como grupos mais expostos a determinados tipos de agravos, como jovens, idosos, gestantes.

É notório que a questão do lixo, o saneamento básico, a água potável e o acesso à Atenção Básica melhorou muito nos últimos anos e, conseqüentemente, a qualidade de vida das pessoas. Mas, há também acomodação com relação as questões do assentamento, como por exemplo, as estradas de acesso principal da agrovila, cuja comunidade espera que outro

venha a fazer. no caso a prefeitura. O discurso que aparece é que os “*espaços como a Escola e o Postinho estão se fechando para a comunidade*” (Pvermelho) é perceptivo que a unidade não dialoga com as questões sociais e prefere não envolvimento com a comunidade.

Assim, como não se envolve com o processo educativo das crianças. Também não foi comentado e não apareceram nas entrevistas as ações de educação continuada para os profissionais a partir de planejamento na Unidade. No entanto, segundo a análise do participante Pterra: “*os ACS’s trabalham duro, fazem visitas, convocam os pacientes e trabalham com imenso prazer e boa vontade, muitas vezes fazendo além do que lhe é designado*” (Pterra).

Por outro lado, quando a comunidade não conhece as metas e as atribuições da equipe ESF, os participantes da pesquisa tendem a achar que os agentes comunitários de saúde realizam um bom trabalho, mas não sabe qual a microárea que pertence e nem se isso é importante ou não e nem quais são as atribuições e qual o período que a ACS deveria visita – lo.

A comunidade critica o trabalho de algumas enfermeiras e o jeito que a unidade está sendo conduzida, pois na opinião delas, “*mais dificulta mais do que facilita*” (PCinza)

Para os assentados, a pessoa que “*não tem conhecimento nem do quê é um assentamento*” (PVerde) “*as pessoas controlam como se desconhecessem que tudo que temos na unidade foi a comunidade que conquistou*” (PCinza) Outra questão importante a ressaltar é o jeito que apresenta e vive –se no ambiente da unidade quando a equipe não tem um planejamento claro, como por exemplo acontece com questão de transporte e o acompanhamento aos lotes.

Figura 9: Agrovila: principal núcleo de moradia dos assentados



Fonte: Maria Lourencetti – Agosto/2016.

5.6.1. AS visitas domiciliares na Estratégia da Saúde da Família e os ACSs.

As visitas domiciliares são feitas aos acamados pelo médico uma vez na semana, sempre de quartas-feiras, porém na última entrevista com o médico, informou – me que passará fazer VD quinzenalmente para disponibilizar mais um dia de atendimento na unidade. Segundo informações de uma dos participantes da pesquisa, Pterra e as visitas dos ACS's na agrovila são diárias e as VD nos lotes, nas microáreas, podem levar até meses.

Segundo as ACSs, as VDs nos lotes ficam comprometidas devido a uma série de fatores, que pode ser desde o transporte, às condições das estradas e do clima, a agenda do motorista. Geralmente as visitas domiciliares nos lotes são realizadas pelas manhãs, pois, o motorista retorna às 11h30min hrs para a prefeitura. Já as técnicas de enfermagem e a enfermeira são mais comuns nas campanhas ou quando existe a necessidade. As visitas ficam condicionadas a necessidades e ao transporte. Por essa razão há casos de famílias que ficam em torno de 3 meses sem receber a visita domiciliar.

Importante frisar que as VD são realizadas com certa frequência na Agrovila pelas ACS e uma vez na semana pelo o médico, que de acordo com o mesmo, para aumentar o atendimento na unidade, a VD do médico passará a ser de quinze em quinze dias. Entretanto, as VDs realizadas as famílias pelas os ACSs nos Lotes, podem levar meses sem ser realizadas, devido aos problemas acima mencionados.

Segundo a literatura visitada, *“os maiores problemas relacionadas à manutenção da saúde que os homens enfrentaram e enfrentam ao longo do tempo apresentam uma estreita ligação com o modo que organizamos a vida em sociedade e o ambiente que nos cerca”*e, que desde sempre a prática de tratar o doente no ambiente domiciliar é comum à vida humana e foi por muito tempo uma prática na Grécia (443 a. C), quando os médicos percorriam os vilarejos, visitando família por família, orientando como melhorar o ambiente, a água e o consumo alimentar para ter uma vida mais saudável (Abrahão & Lgrange, 2007, p.153).

No Brasil, as primeiras visitas foram no contexto do combate à febre amarela, doença endêmica no início do século XX¹⁹, e volta a ser vista como uma prática mais humanizada e como alternativa ao modelo hospitalar, ao mesmo tempo em que recupera um prática de atenção. Já no contexto da ESF, a visita domiciliar é trazido como um modo de proporcionar

¹⁹ As práticas sanitaristas do início do século XX foram trazidas da Europa por Oswaldo Cruz, Emílio Ribas, Carlos Chagas.. Oswaldo Cruz, que assumiu a direção da Diretoria Geral de Saúde Pública, implantou o programa de inspeção sanitária em 1903. Ver Abrahão & Lagrange, Pequena História da Atenção no Domicílio, 2007.

atendimento para as populações carentes, tendo os Agentes Comunitários de Saúde, membros da equipe de Saúde da Família, como o concentrador das ações direcionadas às Visitas Domiciliares (VDs) como uma prática que constroem diagnósticos e olhares sobre a saúde coletiva e individual nas comunidades, sendo que é a partir da VDs que a Unidade de Saúde da Família deve elaborar planos estratégicos e ações de características voltadas para a prevenção e de promoção à saúde ((Abrahão & Lgrange,2007,p.151).

A pesquisa de campo iniciou com o acompanhamento aos ACS às visitas aos quintais das casas na agrovila, com objetivo de controle da dengue, e foi aproveitado para levar o retorno de algumas consultas de exames. No dia seguinte, fomos a uma visita domiciliar no lote de um assentado na microárea 9, o objetivo da visita era fazer cadastro de uma nova família, a filha do senhor assentado que veio morar com os filhos e esposo no assentamento, a ACS tem boas vindas e falou da importância de manter as consultas em dia. Também falou das atividades que estão acontecendo no assentamento que nova moradora pode ajudar, no caso da Festa Junina e das reuniões na Escola, no Conselho Gestor: “*se precisar de alguma coisa nos procure*” (ACSV) e fez perguntas para o cadastro que ficará na Unidade de Saúde.

Na quarta – feira, fomos pela manhã com o médico à VD a uma senhora idosa de quase 90 anos acamada na agrovila . A senhora é mãe de um assentado e a neta que é sua cuidadora. O médico além da consulta a idosa, conversou com a cuidadora, passando orientações e verificou a medicação, que está com um quadro de depressão de nível elevado e também tem tomar medicamento para controlar o diabetes. É, a filha que tem que cuidar da avó também tem que ficar de olho na mãe.

No acompanhamento com ACSZ percebemos o papel da mesma na comunidade que é de orientar e também de chamar para a responsabilidade com as conquistas da unidade, no caso conscientizando as pessoas da importância de participar do Conselho Gestor e da possibilidade de não ter mais a Farmácia na Unidade, caso não resolva da falta de apoio administrativo. O trabalho social dessa ACS na comunidade é anterior a PSF/ESF e a unidade de saúde da família.

Na semana seguinte as visitas foram na microárea 7 com a ACSC, foram visitado quatro lotes no mesmo dia. Na primeira casa encontramos um casal de idosos que têm dois filhos. A filha é casada e mora na agrovila e o filho é solteiro e vive com o casal no lote.

O senhor está com 82 anos de idade e é hipertenso e diabético, a senhora tem varri zes e já realizou duas cirurgias e queixou de dores e que tem uma ferida para fazer curativo, mas,

não tem como ir à unidade, pois, o carro do filho não funciona... A outra enfermeira vinha junto as visitas e fazia os curativos... *Falava o que podia comer... Tenho problema no estômago... é difícil, ...peço tanto para Deus para ele ajudar...* (PMarron).

O casal ainda trabalha na roça, a senhora cuida da casa e da criação e disse que sofre muito de preocupação com o filho. *“olha, fia ele (o filho) recebe a nossa aposentadoria e vai comprar as coisas de comer para pra casa... a gente pede fiada, depois ele vai lá pagar... mas, o dinheiro nunca dá... não tem dinheiro nem para o remédio...* (PMarron). Enquanto converso com a senhora, a ACS confere a medicação com o senhor, mas, como já não pode trazer medicamento da unidade, este terá que ir buscar o quê precisa repor. Orientando o senhor ir até unidade passar pelo médico e retirar o medicamento.

No segundo lote, visitamos uma senhora que tem problemas de reumatismo no sangue e sofre com as dores nos ossos. Ela e o marido vivem no lote e os filhos são casados e moram fora, agora veio uma conhecida morar com eles. A casa é bem arejada, grande, organizada. No quintal além de criação de animais, tem trator, um barracão, onde o senhor faz vassouras para vender. O senhor é alegre anda de um lado para outro sem parar.. *“ele está com quase 70 e eu tenho 67 anos”* disse a senhora.

ACS conversa com a senhora e preenche sua tabela, depois a senhora mostra – me a casa, enquanto ACS conversa e confere as informações com o senhor. Pergunto se não se sentem sozinhos ali... *“ela olha e disse: os filhos e os netos não saem daqui.. e a vida na roça é tranqüila...não troco aqui por nada”* (PAzul escuro). Na despedida comentamos com o senhor o quê ele achava da idéia de um encontro de idosos do assentamento, ele gostou muito da idéia. Ficou como uma sugestão de ação para a Unidade de Saúde da Família.

No terceiro lote, vive um casal, encontramos em casa a senhora de 53 anos e o filho que mora fora e estava de férias. Ela tem duas filhas e netos e é diabética. A ACS passa a data da consulta para retorno na USF do Bela Vista, enquanto que a senhora reclama por não está mais fazendo o controle da glicose. E reclama pelo fato de *“quando vou ao postinho, o médico não está e as enfermeiras não medem o nível da glicose”* (PVerde Escuro).

A ACS explica que o médico tem um curso de sextas – feiras, e quê por essa razão, as consultas são de segunda a quinta – feira. O tema da falta de medicamento ou da não “disposição” de entregar o medicamento veio a tona. A senhora disse que irá para a reunião do Conselho Gestor: *” eu vou... a comadre já me chamou”* (Pverde Escuro).

A assentada reclama também da distância do lote a Unidade *“pra chegar e não ter atendimento?” e o remédio em casa? Olha...o povo acomoda e o povo da cidade faz o que*

quer... ”aquí é roça... não é como na cidade” (PVerde Escuro).

No quarto e último lote, a visita foi na casa de uma família muito conhecida no assentamento, por ser uma família grande e que gosta de pescar e caçar todos conhece.

O lote possui uma casa grande, com piscina, churrasqueira, pomar de frutas, campo de futebol e plantações em torno. Encontramos a senhora em casa, que mora com dois filhos casados (uma está de mudança), mais dois filhos solteiros. A senhora que tem 45 anos, tem diabetes e pressão alta. Enquanto fala com a ACS sobre controle do medicamento e de como nos últimos tempos tem piorado por causa do nervosismo que tem passado com as brigas e confusão da nora com o filho, começou a chorar. O que a preocupa é o fato da nora levar o neto que ela ajudou a cuidar. Ela disse que a nora quer levar a criança embora para fazer raiva nela, a ACS diz que já tentou conversar com a moça, mas, que é bastante problemática.

No momento que vamos confortar a senhora, o motorista chamou a ACS dizendo que estava atrasado e depois dentro da Kombi disse: “*isso é coisa para assistência social e não para saúde*”. Entretanto, estava visível que a senhora estava precisando desabafar e que necessita de acompanhamento psicológico.

Ainda durante a semana foi possível acompanhar as Visitas Domiciliares da ACSL nos lotes que são mais afastados da unidade. Conhecido como rio chibarro localiza-se aproximadamente a 12 km da U.S.F Bela Vista. Essas visitas foram mais rápidas, devido a distância e o retorno do motorista à cidade, por isso, só foi possível visitar três famílias, sendo a última bastante prejudicada. Vale ressaltar que as estradas estavam com muitos buracos e muito pó.

A primeira casa visitada foi de um senhor de 76 anos que vive sozinho e cria oito cachorros. Sua casa é pequena e com muito entulho em torno. Este senhor comprou o lote há quinze anos e hoje, pouco coisa conseguir plantar. A princípio fez uma reclamação a ACS do atendimento pelo telefone de uma das enfermeiras, que segundo o senhor havia o tratado de forma mal educada e que não ajuda em nada. A ACS pediu seus medicamentos para conferir e tomar notas. Ele disse que precisava de medicamentos, pois, já havia acabado. A ACS explica que agora não poderá mais trazer medicamento até que tenha uma pessoa na unidade, mas que estava tendo uma farmacêutica de terças – férias para a distribuição de medicamentos.

Pergunto quais são as doenças que são mais frequentes. O senhor começa a sorrir e disse que tem: “*doença de chagas, doença de caramucho, enxaqueca, sinusite... diabete...*”fala que se tivesse na cidade, já teria morrido.. “*aquilo me distraio, ando com*

índio, como coisa pura. ando pela roça.. hoje tudo já vem envenenado.. o tempo da roça agora tá difícil. .. Reflete que a unidade de saúde do Assentamento é boa. Muito melhor do que na cidade. Ainda argumenta que a prefeitura de Araraquara está terrível e geralmente os médicos não olham para o rosto dos pacientes... “Mas, com relação aos medicamentos precisamos melhora” O senhor do primeiro lote é um caso, que segundo o agente comunitário” é um dos casos que precisa ser melhor acompanhado”.

Chegamos no segundo lote a senhora de 50 anos que nos recebeu tinha uma tosse feia. Ela veio para o assentamento em 2008, depois da divisão dos lotes em que foram notificados e reintegrados alguns lotes pelo INCRA e, posteriormente os lotes foram divididos em dois e repassados aos novos assentados, conforme indicação de nomes pelo Sindicato dos Empregados Rurais e Assalariados. Hoje, a assentada vive com dois filhos menores e com um neto.

A ACS pergunta como anda a situação de saúde, se tem realizado as consultas, responde que não, pois não tem conseguido agendar um carro para ir até a unidade. A ACS diz que a paciente precisa fazer exames de rotina e que vai agendar e avisar. Com pouco tempo para ouvir as queixas, a senhora pede a ACS para que tente agendar um psicólogo para o seu menino de onze anos, pois, este desde que viu o pai morrer e depois ter visto a casa pegar fogo e a mãe ser ameaçada, não é a mesma criança. Queixa-se, e diz que o menino, sente medo de tudo.

Ainda passamos pelo lote de um senhor que também se queixou de dor no ombro e que há 10 anos pede uma cirurgia e nunca que foi atendido. Já a sua esposa que é hipertensa pediu medicamento e a ACS orientou para irem até unidade realizar as consultas e pegarem o medicamento.

As visitas aos lotes foram de forma rápida. Somente no primeiro lote que houve um pouco mais de tempo, nos dois últimos foram muito rápido, no final da visita é solicitado ao paciente para assinar a folha de visita. Não foi observado as condições do ambiente, as questões sociais, água, saneamento, etc. E, a maior preocupação das ACSs é garantir a inserção dos dados no Sistema de Informação para a Secretaria e Ministério de Saúde.

O cuidado com os quintais são importantes, pois em 2014, o assentamento viveu um foco de dengue e o fato preocupou os moradores da agrovila e a USF, que têm realizado um controle sistemático dentro da agrovila, mas, o mesmo não acontece nos lotes.

Após o ouvir e observar e tendo como aporte teórico as diretrizes e princípios da ESF em que diz:

A Visita Domiciliar é a manutenção ou monitoramento na residência de situações específica, temporárias de saúde, bem como o acompanhamento das demais situações presentes no contexto familiar, buscando ações de promoção da saúde. Outras visitas também fazem parte do plano de atenção do ACS no domicílio, como: as gestantes, usuários convalescentes de cirurgias e crianças menores de um ano. No acompanhamento, também monitorado o consumo de medicamentos controlados ou de uso contínuo, como utilizados pelos hipertensos, diabéticos e nos casos de transtornos mentais, e ainda fármacos que são empregados no controle das doenças transmissíveis como a tuberculose (Abrahão & Lagrange,2007,p.159).

Na nossa avaliação as visitas domiciliares são espécie de raios-X da situação social, econômica e psicológica das famílias assentadas. Foram vários casos e aspectos diferenciados que encontrados, segundo os objetivos da visita contemplada. No entanto, as ACSs enfocaram na questão do monitoramento e consumo de medicamento. Foram várias queixas e pouca escuta. Nos retornos a USF não percebemos: a forma de o repasse das informações com a coordenação e equipe da unidade; articulação para alguma reunião de avaliação e planejar de ações a partir das visitas domiciliares e os encaminhamentos para resolução das demandas originadas nas Visitas Domiciliares.

Para um dos participantes da pesquisa Ppreta, disse que não sabe exatamente qual é o papel da visita, o que sabe é que as ACSs vão às casas, *“aqui nunca me encontraram, a mulher que sabe... acho que fazem o básico..”* de acordo com PVerde, *olha, tudo a gente depende do postinho e das meninas, o médico vai nas casas... isso é muito bom...*(Ppreta)

Para a realização do monitoramento/acompanhamento das condições de saúde e de vida da população é necessário o planejamento como uma ferramenta de trabalho antes e depois da VD, assim como o fluxo das informações e análises das percepções e da escuta que dará elementos para a prática e conhecimento de forma horizontal do processo saúde/doença no e do território, categoria fundamental no trabalho da ESF. Ou seja, a U.S.F do Bela Vista, necessita voltar-se para fora, para a comunidade, e retomar a mesma preocupação do início do PSF/ESF na comunidade. Como por exemplo, o encaminhamento de um psicólogo para o menino de onze foi discutido e avaliado? Do mesmo modo os exames de rotina da mãe da criança que tem dificuldade de acesso, devido a distância e as condições da estrada para chegar a Unidade, foram marcados?

Dialogando e refletindo sobre essas questões na perspectiva de compreender melhor o

território e o fazer da saúde (promoção, prevenção) na unidade de Saúde da Família Bela Vista em uma área de assentamento rural, portanto de trabalhadores do campo.

Figura 10 – Lotes do Assentamento Bela Vista do Chibarro



5.7 O território e os sujeitos da Estratégia da Saúde da Família do Assentamento Bela Vista do Chibarro/Araraquara/SP

Segundo Gondim & Monken (2009), o termo território origina-se do latim – territorium, que deriva de terra e quando utilizado pela agrimensura aparece com o significado de “pedaço de terra apropriada”. Entre várias acepções do termo, segundo os autores território é o que está ou foi estabelecido, e que existe uma processo permanente e contínuo no interior, onde se manifestam todas as formas de relações e poder. E que relações de poder, são socialmente construídas e estabelecidas. Também nos interessa entender a concepção de território, por ser nesse espaço social onde as pessoas nos âmbitos político, econômico, cultura e ambiental se relacionam e interagem.

Entender que o território não é neutro e que sofre influências e é também possui diferentes formas de controle social, neste sentido, é relevante apontar que existe interesses (econômicos e ideológicos) e conflitos no território assentamento Bela Vista do Chibarro, quando as usinas de cana de açúcar disputam as terras no assentamento, e os assentados reproduzem o modo de produção do agronegócio, usando agrotóxicos, questionar os riscos e os danos que estão submetendo a vida humana e a natureza.

Essa realidade pode ser ilustrada com a fala de um dos participantes que relaciona a questão da saúde com o alimento e com o uso de veneno:

“olha, é muito difícil produzir sem usa o veneno.... exemplo do alimento bonito.. puro veneno aparência do produto.. sem qualidade, mas bonito..e. vi o nível do agrotóxico no leite das mães.. fiquei assustado. . Na soja, no tomate... a quantidade é exagerada. Conseqüência na saúde.. tantas pessoas com câncer; diabetes; pressão alta.. mas, vai um tomate pequeno, feio, pra ver se vende...”
(PPreta).

Na reflexão de uma assentada que esteve no grupo tanto a Unidade de Saúde, quanto a Escola, na sua opinião, poderia abordar temas que tema o ambiente como tema central, discutindo questões do desequilíbrio ambiental, contaminação e cultura popular. A partir dos exemplos que deu: *trabalho sobre água, reflorestamento; agrotóxico; plantas medicinais... o desequilíbrio ambiental..desequilíbrio mental.. O que isso tem haver com a sociedade.. porque as abelhas estão sumindo.. A alimentação.. Saudável* (Pvermelha)

Retomando o conceito de território em saúde, na perspectiva de Monken (2008), nos ajudar compreender o território como uma “categoria na organização de dados sobre espaço e saúde, entendendo que território é uma construção social caracterizado pelo ambiente e pelos conflitos.

Nesse sentido, refletir sobre o território assentamento é pensar sobre as relações sociais, políticas e econômicas inserido num processo dinâmico do “modo de andar a vida” como reflete Vasconcellos (2011), tendo como foco o processo saúde – doença (Morosoni, 2007) e a prática de saúde, prevenção e promoção de saúde no assentamento Bela Vista e perceber a relação dos assentados como a unidade e vice-versa da totalidade. Ou seja, a USF esta inserida numa realidade, cuja produção social demanda questões sociais que emanam do território, os riscos e as vulnerabilidades, como por exemplo, a questão da juventude no assentamento, o participante reflete bem a situação

“saúde não é o tratamento, saúde é preservação, educação,. trabalho... a droga? tem haver com a saúde.. tem que ser feito trabalhos com eles... a escola a saúde.. mas, não sei.. acho que os pais são os principais responsáveis por isso.. os jovens estão ai.. os pais não estão preocupados.. não buscam saber onde filho tá.. o que ta fazendo.. com quem tá.. a conscientização e orientação dos pais não tem preço. E hoje parece que os pais perderam o compromisso com filho.. ta na cara deles e não fazem nada.. como pai, sempre fui

rígido.. não aceito as coisas de hoje. Tem que dá carinho e dá uns tapas.. ... a estratégia não dá conta.. ajuda.. mas, não dá conta”
(Ppreta)

Por isso, a importância de compreender que o território é mais que uma área de atendimento biomédico e curativo, a noção de território é decorrência da vida da sociedade, ou ainda, *“os territórios são no fundo, antes relações sociais projetadas nos espaços concretos”* (Gondim & Monken, 2008, p. 393).

Tentamos refletir a realidade do assentamento, como base da vida material e entendendo, como um lugar ou lugares de cultura ou de culturas, em contínuo movimento descontínuo. Onde acontecem as relações sociais e poder, relações de produção e de identidade ou identidades. (Fernandes, 2012).

Se no caso, pela complexidade do território – o “assentamento”, a Estratégia da Saúde da Família não dá conta de algumas questões que emergem desse território, cujo produção e reprodução social específica que mistura campo e cidade, mas, que ao mesmo tempo, produz cultura e traz consigo a historicidade do lugar que lhe dá identidade local, e congrega sujeitos individuais e coletivos. O assentamento, é lugar que possui elementos de sentidos e significados específicos e faz a diferença na vida e na formação da juventude local a qual muitas das vezes não é levada em conta no processo do fazer a prática de saúde no território.

Segundo alguns participantes, a escola, assim como a unidade de saúde tem afastado a comunidade:

“parece que querem a comunidade fora da escola. .. unidade de saúde também, a ...estão se fechando para a comunidade”. os espaços, não aceitam a nossa opinião...e reflete: o povo precisa de união. Confiança. ...um assentamento tem que ter melhores condições de vida e união (Pvermelho)

Como os sujeitos sociais do assentamento, na sua maioria têm origem no campo e vivem no e do campo, portanto, tem uma ligação com o local e um sentimento de pertencimento à terra. Ou seja, neste caso, a terra assume uma conotação que não é somente terra. A “terra” é mais do que terra dizem os movimentos sociais. E, o trabalho na terra e a relação do e no assentamento com o seu modo específico de “andar a vida” do campo e o sentimento e os valores coletivos da terra poderá fazer a diferença. Assim, como construir espaços de solidariedade e de participação social, resgatando princípios organizativos do início histórico do assentamento. Os sujeitos sociais do assentamento se inserem no contexto

da ESF /Unidade de Saúde da Família, fizeram e fazem parte de uma luta social, por direitos sociais, e por mais que tenha dificuldade em participarem dos espaços políticos e pelo próprio processo histórico do território, a participação no Conselho Gestor da Unidade de Saúde da Família Bela Vista sempre foi real e necessária para as conquistas que foram possíveis até agora.

A mudança de método de condução e a inserção dos elementos políticos que orientam a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PSIPCFA), estabelecida pela portaria MS/GM nº 2.866, de dezembro de 2011, que institui no âmbito do SUS e da ampliação da Política Nacional de Atenção Básica, contribuirá para uma relação de equidade e igualdade entre o assentamento e unidade de saúde na perspectiva da defesa do SUS e na garantia de direitos sociais como dever do Estado e direito de todos os cidadãos.

Portanto, a reflexão dos sujeitos do assentamento representados pelo grupo que participaram da entrevista, chama a atenção quando descrevem como acontece essa relação:

Dizem que tem regras, que vem da secretaria de saúde.. Nada pode... Não querem... Às vezes.. . Falta vontade para fazer... faz te de tudo para atrapalhar em vez de ajudar .quando a gente chega, já te olham com cara feia.. . . a estratégia atende as necessidades? Não sei.. Depende... A gente não sabe muito coisa da unidade..não se pode dar opinião.. Saúde é coisa nossa é do povo.. Deveria participar... Saúde é o bem estar do ser humano. Se não tiver saúde, não faz nada é bem fundamental do ser humano. A unidade é boa... Tem muita coisa boa... Pode oferecer muito para a comunidade. Mas, tem que melhorar a maneira de trabalhar nela.. (Pbranco)

A ESF do assentamento é um conjunto de elementos necessários à vida, a luta social e a relação dos sujeitos sociais na busca de uma sociedade mais justa, como bem ilustra a fala de um dos sujeitos entrevistado. Ou seja:

“Produção, educação, estrada, festa... a festa junina, união. cooperação. política, e políticas públicas justas. Vida plena. Quando teremos isso? Com a política que estamos vivendo.. as vezes isso vem para dentro do assentamento. Porque é uma desunião.. cada um por si e Deus por todos. Estamos perdendo mais direitos do que tendo. E a saúde.. ah, viu agora? Quem não tem plano de saúde. O prefeito

quer vender tudo. As consultas não será mais agendadas pelo postinho. É o caos da saúde, já era ruim, parece que vai piorar. O quê fazer? Lutar, e manter pelo menos o quê a gente tem. Por isso a Unidade, os profissionais precisam se abrir mais para a comunidade. sem a gente eles e nós vamos perder muito mais. Temos que nos unir.... Saúde é um conjunto de coisas.. como por exemplo a estrada.. como socorrer um pessoa com uma estrada sem condições.. saúde é tudo.. você sem dinheiro, arruma trabalho, supera.. mas, quando está doente ..não” (PAzul)

Nessa perspectiva, é necessário ao planejar o fazer da prática da ESF no campo, dialogando com esses elementos e romper com o paradigma do modelo assistencialista e biomédico e abrir os elementos que constitui o território e o processo saúde-doença no e do campo, com uma estratégia de saúde mais específica e amplo desde o atendimento na unidade e à visita domicilia, com outros elementos que podem e serão serem encontrados na concepção da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e da Águas, nos Movimentos Sociais e nas áreas de assentamentos de reforma agrária. Como podemos perceber pela fala de um dos sujeitos:

“na roça a gente dá de comer a porco, dá de comer as galinhas. Tinha uma coisa, tira outra.. que passa o dia que nem ver.. . pode trabalhar no que é seu.trabalhar com a terra.. quem ta na cidade geralmente o trabalho é na indústria.... a vida e a saúde da aqui com a da cidade... não tem comparação... não tem poluição.. não tem fome..não tem violência, não tem exploração... cada um trabalha no que é dele... tenho paz, tenho sossego.. na cidade tudo é no dinheiro... “A vida no assentamento é diferente sim. as crianças têm espaços para brincar, tem arvores, aqui a infância pode ser vivida. Tem onde tirar o autosustento. A segurança. as pessoas são uma grande família. As famílias produzem seu próprio alimento. E gera renda com a terra. Na cidade é muito mais difícil a situação. Ser assalariado e ter que pagar tudo, viver com medo. (PVedrde))

Reconhecendo que o território da ESF tem sua própria especificidade em sua diversidade, e que é preciso lutar para avançar e garantir a o direito à saúde como um

princípio universal e a equidade nas políticas públicas, a implantação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, pactuada em 2011, consiste em um grande desafio no atual cenário político, mas com grande potencial de luta para que induza um novo modelo da Estratégia Saúde da Família e crie uma política de re-significação de saúde para além da prestação de serviço e assistência às doenças, construindo outra relação social, ética, cultural e econômica, tanto no campo quanto na cidade.

Valorizando as práticas populares de saúde, assim, como o uso e saberes com as plantas medicinais, recuperando a autonomia e a sapiência das populações nativa e camponesa, romper com a idéia de que a saúde está na “Unidade”, portanto ter uma formação ampla em que supere a concepção de saúde, pautada pelo desenvolvimento econômico industrial, onde criar o falso paradigma em que a cidade é o lugar de saúde (MST/Saúde,2000).

.Figura 11 -. Relação com a Terra e com o Território



Fonte: Arquivo pessoal

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A questão da saúde para as populações do campo estão interligados com a questão da terra, das condições de produção e das políticas públicas para os trabalhadores do campo. Entretanto no Brasil, historicamente essas questões socioeconômicas, especialmente no processo saúde – doenças foram negadas aos trabalhadores do campo, por outro lado, as conquistas sociais e as políticas públicas que derivam de programas sociais para a sociedade brasileira e, as questões específicas as populações de origem do campo como o direito à terra, educação e saúde no seu território , são conquistas recentes, incompletas e em construção como foi descrito e refletido ao longo desse trabalho.

Sem dúvida que o tema da reforma agrária é pertinente para a promoção da saúde e da justiça social, pois a ausência de uma política de reforma agrária cria especulação da terra, fomenta o agronegócio, explora os trabalhadores rurais e gera a desigualdade social, fruto das relações econômicas e da concentração do latifúndio. Por isso, lutar por direitos sociais, mesmo que básicos como reforma agrária e saúde são necessárias, assim como fermentar e implantar políticas públicas que respeitem, valorizem, dialogam e que promovam a participação dos sujeitos na sua formulação. Para compreender esses valores que dialogam com a reforma agrária, com a luta e com a produção e reprodução da vida e da saúde no campo, acreditamos que os Movimentos Sociais do Campo, como o MST tem muito com que contribuir com o debate da saúde e as relações de saberes e respeito que emergem dos assentamentos de reforma agrária:

Saúde é o cuidado com a natureza, a família, a criança, os mais velhos, a comunidade e a relação com os outros e com nós mesmos. É o respeito à nossa casa, nossas comunidades, à natureza, nossa história, luta, desejos e sonhos. Saúde é a condição de vida com plenitude de direitos, deveres e valores que cultivam o cuidado com a vida e com a humanidade, em condições técnicas, sociais e econômicas adequadas ao desenvolvimento com igualdade e equidade, respeitando a diversidade de culturas, hábitos, tecnologias e conhecimentos tradicionais para o desenvolvimento em equilíbrio com e na natureza de forma sustentável.

Essa é a prática e a crença em saúde do Movimento Sem Terra. Por isso saúde para nós se liga à Reforma Agrária e a qualquer outra luta social que vise conquistar e promover melhores condições de vida para as pessoas (MST, 2005, p. 5).

Neste sentido, a Estratégia de Saúde da Família do Assentamento Bela Vista precisa dialogar com os sujeitos sociais da comunidade (território) e com os Movimentos Sociais do Campo para compreender as dimensões da luta, dos valores que discutem sobre o campo, a participação política de dentro e fora da Unidade, o compromisso ético com a formação continuada na perspectiva de romper com paradigmas preestabelecidos de que saúde é o médico e a cura. Esse paradigma do biomédico deve ser superado pela equipe da ESF, como pela comunidade assentada, pois, como bem foi refletido durante as observações, acompanhamento e análise das entrevistas saúde é um conjunto de elementos que determina uma vida feliz. Outro Limite apontado pela pesquisa que será um desafio a sua superação é a formação específica para os Agentes Comunitários de Saúde, responsáveis pela saúde da população do campo e com olhares e saberes da saúde do campo. Ficou evidente que existe um desconhecimento sobre o assentamento na sua complexidade teórica e prática e sobre quem são os sujeitos desse território: campo; assentamento; reforma agrária?

Para isso, na nossa percepção a pesquisa a partir da análise dos dados aponta para a seguinte reflexão: “*Unidade deve deixar de ser a Unidade de Saúde da Família para ser a Estratégia de Saúde da Família*” onde o fazer da prática da saúde seja de fora para dentro da unidade e que a prevenção e promoção da saúde, deve levar em conta os temas pertinentes ao trabalho do campo, como os temas apontados pelos participantes da pesquisa, tais como: uso do agrotóxico, reflorestamento, contaminação da água, dependência química, entre outros, em conjunto com a Escola, Cooperativa, Grupos Culturais e apropriação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas como ferramenta que busca contribuir e dar respostas às diferentes questões e especificidades do campo brasileiro.

No que tange aos Agentes Comunitários de Saúde, conforme observamos nas visitas domiciliares, esses são sujeitos fundamentais na Estratégia de Saúde da Família, no requisito das questões do território e da comunicação, a família e o diagnóstico situacional da comunidade, são os agentes que têm domínio sobre e mantêm contato direto e permanente com a população.

No entanto, o potencial dos ACSs não é aproveitado dentro da Unidade e a ausência de um Plano Metodológico com o escopo de ou para potencializar e canalizar as informações levantadas no território para um Planejamento Estratégico que envolva toda a Equipe e que se aproximam do conceito e de práticas de promoção da saúde, do cuidado e da prevenção que crie possibilidades concretas de ruptura do modelo de atenção à saúde centrada às ações

curativas e assistenciais da Unidade de Saúde da Família desenvolvida no Assentamento e que reconheça que o planejamento participativo é uma ferramenta fundamental para a viabilidade do encontro de saberes, interesses e visões sobre a realidade do assentamento, percebendo as contradições, os limites e as potencialidades da prática em saúde em uma área de assentamento de reforma agrária, a dimensão saúde e organização social avançariam. Neste contexto, queremos propor um diálogo com as questões que aparecem no trabalho e que transcorreu nas falas, na observação, na visita, nas entrevistas e no grupo de diálogo, a partir das questões que os participantes levantam.

Uma delas está relacionada à questão do perfil do profissional da saúde para área rural e o estudo (conhecimento) da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas, uma política constituída desde 2011 pelo Ministério de Saúde direcionada aos assentamentos e comunidades rurais. Para tanto, no nosso entendimento é preciso que os sujeitos participantes da pesquisa, em especial as profissões da saúde e os representantes das entidades e lideranças dos espaços organizativos do Assentamento, assim, como a Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara conheçam, estudem a PNSIPCF e debatam em torno do perfil e das possibilidades de construir diretrizes e critérios para o perfil e atuação do profissional da saúde do campo.

Desse modo, propomos que o Conselho Gestor da Unidade de Saúde da Família Bela Vista, realize estudos profundos sobre como aproximar a ESF da realidade do campo e atender as necessidades dos assentamentos de reforma agrária do município de Araraquara, tornando assim, uma proposta de ESF no e do Campo, pois, de acordo com os participantes da pesquisa é importante ter a Unidade Básica de Saúde em uma área de assentamento rural, e mostrar que é possível garantir o direito e o acesso à saúde a todos que vivem no campo. O cuidado e a prevenção a partir do enfoque da educação e da mudança de atitudes e de conceito sobre saúde – doença e outros elementos que fazem parte da vida, do trabalho e da realidade do campo. Neste contexto, tendo presente o conhecimento da realidade e diálogo com os Movimentos Sociais que atuam na Saúde do Campo, por exemplo.

Por outro lado, durante o processo da pesquisa, a questão e indagação: *“qual a estratégia para a Estratégia da Saúde da Família tornar-se uma Estratégia de Saúde de fato?”* A questão indagada é profunda, por isso, ao concluir a pesquisa, tenho consciência que a mesma não se encerra aqui, a hipótese que chegamos é que, a estratégia da ESF é a “prevenção e promoção a saúde” e que é focada no indivíduo coletivo, pois, a família é uma coletividade, o trabalho, a cultura, o ambiente, entre outros, são elementos estratégicos da

ESF. Conforme salienta Batistella:

O reconhecimento dos determinantes históricos – econômicos sociais e culturais – envolvidos na conformação de contextos específicos de carência passa, necessariamente, pela atuação de trabalhadores da saúde capazes de realizar diagnósticos participativos sobre as condições de vida e situação de saúde de uma determinada população. A investigação histórica da ocupação, das características físicas, econômicas, sociais e culturais do território, da disposição e qualidade dos equipamentos e serviços públicos, do perfil epidemiológico e dos principais problemas da comunidade é um passo fundamental para a busca de soluções (Batistella, 2007, p. 80).

Por vez, é preciso também reconhecer que a ESF é uma modalidade da Atenção Básica que busca resolver as demandas do território em consonância com o cuidado, com resolutividade e acesso à ao SUS em áreas de assentamentos de reforma agrária, como um primeiro passo, agora outros passos serão necessários para uma ESF que tenha a prevenção, a promoção, o cuidado, a formação em educação e saúde como estratégia e que efetive como uma proposta de Saúde no e do Campo, a partir da particularidade e da diversidade de cada território e do seu processo histórico.

Dentre as considerações queremos destacar duas questões: Primeiro a importância do trabalho do Agente Comunitário de Saúde na área rural, tendo em vista as dificuldades de acesso, o trabalho e a cultura do agricultor familiar que não busca com tanta frequência a Unidade de Saúde, essas e outras singularidades devem ser ressaltadas. Também queremos reforçar que este estudo de caso da Unidade de Saúde da Família do Assentamento Bela Vista aponta para a necessidade e urgência de mudança de postura, concepção, coordenação e observar e conhecer os princípios e diretrizes da Estratégia de Saúde da Família voltada para área de assentamento de Reforma Agrária, *na qual a Unidade de Saúde da Família precisa deixar de Ser Unidade para transformar em Estratégia de Saúde da Família, tendo em vista a realidade e o trabalhador/ a do campo como sujeito de cuidados, de promoção e prevenção á saúde de forma multiprofissional, realizados em equipe, conforme prevê os Princípios e Diretrizes da Estratégia de Saúde da Família.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE. Enedina Ferreira de. Monografia de Conclusão do Curso de Graduação Projeto Político Pedagógico a Escola Municipal de Ensino Fundamental do Campo Hermínio Pagotto: realidade e perspectivas. Monografia de Conclusão de Curso, Orientadores: Profa Dra. Carmem Machado e Profa. Marlene Ribeiro, 2007.

ANDRADE. Enedina Ferreira de. “Limite e Potencialidades da Cooperação no Assentamento Bela Visua – Araraquara/São Paulo: O CASO DA COOBELA”. Monografia de Conclusão de Curso de Especialização em Educação do Campo e Agroecologia na Agricultura Familiar e Camponesa – Residência Agrária/ Pronera. Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP, 2015.

BAENINGE. Rosana. Região administrativa Central: Região de São Carlos/ Campinas: UNICAMP, Núcleo de Estudo de População, 1995 – Migração em São Paulo, TEXTOS:NEPO31).Fonte:http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/textos_nepo/texto_s_nepo_31.pdf Consultada em 05/05/2015.

BAHIA, Lígia. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. – 2. Ed. Ver. Amp. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

BAHIA. Ligia. Sistema Único de Saúde - Dicionário da Educação Profissional em Saúde/ Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. – 2. Ed.rev.ampl. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

_____BARATA. R. Barrada. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença REVISTA USP, São Paulo, n.51, p. 138-145, setembro/novembro 2001.

BATISTELLA. C.E.C.2007. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. (In) Fonseca, Angélica Ferreira (Org.) O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007b. p.51-86.

BASTOS. Valéria Aparecida de “A luta pela terra e na terra: a organização da produção nos assentamentos de trabalhadores rurais de Araraquara – SP”. Monografia de

Conclusão de Curso, Orientadora: Profa Dra. Darlene Aparecida de Oliveira Ferreira.

Universidade Estadual de São Paulo, Janeiro de 2001.

BERGAMASCO. Sônia Maria Pessoa Pereira. A alternativa dos assentamentos rurais: organização social, trabalho e política/ Sonia Maria Pessoa Pereira, Luiz Antonio Cabello Norder. --- São Paulo: Terceira Margem, 2003.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; set 20.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário, II Plano Nacional de Reforma Agrária, 2005.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Agrária – MDA/Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária INCRA Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária PRONERA MANUAL DE OPERAÇÕES Edição Revista e Atualizada Brasília, abril de 2004 (Aprovado pela Portaria/INCRA/P/Nº 282, de 26 ABRIL de

BRASIL. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; dez 31.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta/Ministério da Saúde/. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. Ed;1 reimp – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013

_____ CARVALHO, Gilson de. A Saúde no Brasil. Artigo publicado em estudos avançados 27 (78), 2013.

CORDEIRO. Ângela. RESULTADOS DO PROGRAMA DE AQUISIÇÃO DE ALIMENTOS – PAA. A Perspectiva dos Beneficiários. Brasília, Junho de 2007. Consultoria Contratada pelo Projeto PNUD BRA/03/034. Conab

CATRIB, Ana Maria Fontelle. Promoção da Saúde no Contexto da Estratégia Saúde da Família/ Ana Maria Fontelle Catrib, Maria Socorro de Araújo Dias, Nirna Albuquerque Frota – Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

CLLINPING ON-LINE AGROTÓXICO; Governo do Estado da Bahia – Jacques Wagner; Secretário da Saúde do Estado da Bahia – Jorge Solla; Diretora de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador – Leticia Nobre; 2013. Fonte: http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/galeria/texto/2014/10/30/Clipping_Agrotoxico.pdf. Acessado no dia 24/07/2015.

CORBO, A.M.; MOROSNI, M.V.; PONTES, A.L. Saúde da Família: construção de uma Estratégia de Atenção a saúde. (In) Márcia Valéria G.C. Morosini e AnamariaD.AndreaCorbo (Org.). Modelos de atenção e a saúde da famíliaRio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

DELGADO, Guilherme. Costa. Combatendo a desigualdade social: O MST e a reforma agrária no Brasil/ Miguel Carter (org.): [tradução de CrsitinaYamagami], São Paulo: Editora UNESP, 2010.81- 111.

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.

DOSSIÊ ABRASCO. Um alerta sobre os impactos dos Agrotóxicos na Saúde. Parte 2 - Agrotóxicos, saúde, ambiente e Sustentabilidade. Grupo Inter GTs de Diálogos e Convergências da ABRASCO Cúpula dos Povos e Rio +20. Rio de Janeiro, junho de 2012.

SCOREL,Sarah. TEIXEIRA, Luiz Antonio.Giovanella, Lúgia (org.) Políticas e Sisteas de Saúde no Brasil. 2.ed.rev.e amp/organizado por Lúgia Giovanella, Sarah Scorel, Lenaura de Vasconcelos Costa et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1100p.il.,tab.,graf.

SCOREL, S. Reviravolta na Saúde – origem e articulação do movimento sanitário.

Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 238

GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, SENNA MCM. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Pan American Journal of Public Health 2007; 21(2/3):164-176.

SCOREL S (COORD.), GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, MAGALHÃES R, SENNA MCM. Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. FERNANDES. Bernardo Monçano. O MST e a luta territorial pela reforma agrária. CÂMARA DOS DEPUTADOS 53ª Legislatura – 2ª Sessão Legislativa – SÉRIE. SEPARATAS DE DISCURSOS, PARECES E PROJETOS Nº 54/2008.

FERNANDES, Bernardo Monçano. Verbete: Território Camponês. DICIONÁRIO DA EDUCAÇÃO DO CAMPO/Organizado por Roseli Salette Caldart, Isabel Brasil Pereira, Paulo Alentejano e Gaudêncio Frigotto- Rio de Janeiro, São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Expressão Popular, 2012.

FUNASA. <http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>, acessado em 20 de julho 2015.

GONDIM, G.M.M. Territórios da Atenção Básica múltiplos, singulares ou inexistentes? Tese de Doutorado Apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Mimeo, 2011. Acessado em julho 2015. bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2371

GONDIM, G. & MONKEN M. Territorialização em Saúde (Verbetes) in Pereira, Isabel Brasil Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p

GONDIM, S.M.G. Grupos Focais como Técnica de Investigação Qualitativa: Desafios Metodológicos, dezembro de 2002.

GIOVANELA, L. & MENDONÇA. M.H. Atenção Primária à Saúde. PMD, Cap. 16. Editora: Fiocruz, 2009.

_____. 2006. Territórios Alternativos. São Paulo: Contexto.

LEITE, Sergio Pereira. MEDEIROS, Leonilde Servolo. Verbete: Agronegócio. Dicionário da Educação do Campo/Organizado por Roseli Salette Caldart, Isabel Brasil Pereira, Paulo Alentejano e Gaudêncio Frigotto- Rio de Janeiro, São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Expressão Popular, 2012.

_____As instituições médicas do Brasil. 2. ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013. 362p.

_____IANNI. Octavio. Contexto. O Estado e o Trabalhador Rural - Revista Quadrimestral. Número 4. Novembro de 1977

IANNI. Octavio. Origens agrárias do Estado brasileiro. Editora brasiliense, 1984

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, 2009

KUHN, T.S. A Estrutura das revoluções científicas. São Paulo:Ed.Perspectiva, 1970.

MATTA, Gustavo Corrêa. MOROSINI. M.V. Guimarães – Atenção Básica à Saúde - Dicionário da Educação Profissional em Saúde/ Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. – 2. Ed.rev.ampl. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MEDEIROS, LeonildeServolo. A luta pela Terra no Brasil, março de 2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e Floresta. Brasília: MS, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. Ed. – São Paulo: I lucitec,2014.

MONKEN, M. et al. O Território na Saúde: construindo referências para análises em Saúde Ambiente. In. Miranda et al (Orgs.) Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P.23-41.

_____. Contexto, território, e processo de territorialização de informações: Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em saúde, in A Geografia e o contexto dos problemas de saúde, Christovam Barcellos (org.) – Rio de Janeiro: ABRASCO; ICICT; EPSJV, 2008. 384 p.: (Saúde e Movimento; n. 6)

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. Construindo o Conceito de Saúde do MST. São Paulo, 2000 . (Caderno de Saúde no° 5)

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. O MST: A Luta Reforma Agrária e por mudanças no Brasil. – Cartilha de Estudo – Documentos Básicos- 2005.

MIRANDA. Ary Carvalho de. Reflexões acerca da situação e dos problemas referentes à crise socioambiental e seus reflexos à saúde humana: uma contribuição a partir do materialismo histórico e dialético. / Ary Carvalho de Miranda. -- 2012.

MOROSINI, Márcia G.C. Modelos de atenção e a saúde da família/Organizado por Márcia Valéria G.C e Anamaria D'Andrea Corbo. Rio de Janeiro; EPSJV/Fiocruz, 2007.

_____ PAIM, J.S.A. FILHO. Naomar Almeida. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde. VOLUME 32, Nº 4, Junho de 1998.

PAIM, J.S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

_____ “O Lugar das Sistemáticas Linguísticas na Análise de Discurso”, in Delta, vol.10, n.2, EDUC, São Paulo, 1994.

_____ Interpretação Ed. Vozes, Petrópolis, 1996.

_____ O Estado capitalista: uma resposta a Miliband e Laclau. Crítica Marxista, n. 27, São Paulo, 2008,

_____ Relatório do Primeiro Tempo Comunidade do Curso de Especialização lato sensu: Educação do Campo e Agroecologia na Agricultura Familiar e Camponesa - Residência Agrária: PERCEPÇÕES E PERSPECTIVAS A CERCA DO PROJETO DE ASSENTAMENTO BELA VISTA DO CHIBARRO – Araraquara, São Paulo. ANDRADE, Enedina F. de, BARBOSA. Maria Ap. Silva, GOMES, Thauana P. de Souza, LAUER, Elisa Carvalho.

SCOPINHO. Rosemeire Aparecida. (UFSCar). COOPERAÇÃO E COOPERATIVISMO NOS ASSENTAMENTOS RURAIS BRASILEIROS: PERSPECTIVAS, IMPASSES E AS REPRESENTAÇÕES DOS TRABALHADORES RURAIS. ISSN: 1852— 8538 Revista protegida por Derechos de Autor© Copyright 2010 PROCOAS-AUGM. Editora responsable: Kelly Pereyra. Cátedra Abierta: Universidad, Territorialidad y Economía Solidaria, 2010. 26 – 38.

STEDILE, João Pedro. (org); A questão agrária no Brasil: O debate tradicional – 1500 – 1960/ Douglas Estevam (assistente de pesquisa) –2.ed. – São Paulo: Expressão Popular, 2011. 304 p.

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

_____ STOTZ. Eduardo Navarro. Condições de Vida e Saúde Populações de Assentamento da Reforma Agrária - Saúde e Desenvolvimento/ ANCA – Associação Nacional de Cooperação Agrícola (convênio ANCA/4658/2005. Palestra realizada em GO,

17 a 20 de agosto de 2007

RIBEIRO. Darcy. O Povo Brasileiro: A Formação e o sentido do Brasil. Companhia das Letras, 1995. São Paulo. Segunda edição

_____DOS ROS. Marcos. Aurélio Da. Condições de Vida e Saúde Populações de Assentamento da Reforma Agrária - Saúde e Desenvolvimento/ ANCA – Associação Nacional de Cooperação Agrícola (convênio ANCA/4658/2005. Palestra realizada em GO, 17 a 20 de agosto de 2007

_____ROSEN, G. A Evolução da Medicina Social, em Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos. São Paulo, Global, 1983.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de, Oliveira, Maria Helena Barros de (orgs.) Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória/ Luiz Carlos Fadel Vasconcellos e Maria Helena Barros de Oliveira; revisão geral Rosangela Gaze, Celma Alvim e Jairo da Matta – Rio de Janeiro: Educam, 2011. 600 p.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE para a categoria de participante da pesquisa como assentados/as e representantes do Assentamento Bela Vista do Chibarro, município de Araraquara/SP.

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) participar da pesquisa intitulada “A Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Assentamento de Reforma Agrária: O caso da Unidade Básica de Saúde do Assentamento Bela Vista do Chibarro, município de Araraquara/ São Paulo”, desenvolvida por Enedina Ferreira de Andrade, discente de Mestrado Profissional em Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) – Rio de Janeiro, sob orientação da professora Dra. Grácia Maria de Miranda Gondim. A Pesquisa tem como objetivo geral analisar a experiência da Estratégia de Saúde da Família no Assentamento Bela Vista do Chibarro – Araraquara/SP e sua contribuição teórica e prática para a estruturação da Saúde do Campo.

Este convite deve-se ao fato de você ser um/a assentado/a do Chibarro e usuário/a do Sistema Único de Saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS)/Estratégia de Saúde da Família(ESF). Esclarecemos que sua participação é voluntária e que você tem total liberdade e autonomia para decidir se quer ou não participar da pesquisa, sem dano ou prejuízo para a instituição ou para a pesquisadora. Contudo, afirmamos que sua participação é muito importante para o avanço do conhecimento sobre o tema em pauta e poderá contribuir com os propósitos da pesquisa que é analisar a experiência em curso da UBS/ESF no assentamento supra citado e quais as suas contribuições para a saúde da população do campo.

Asseguramos que suas informações serão confidenciais e garantidas a privacidade das mesmas, e, que qualquer dado que possa identificá-lo/a será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Todo o material coletado será armazenado em local seguro e será utilizado somente para o objetivo da pesquisa.

Para minimizar os possíveis riscos que você venha a ter por sua participação, tais como constrangimento ou desconforto ao responder as questões, asseguramos local tranquilo e seguro para aplicação de entrevista/questionário, não citaremos nome que lhe identifique tanto na coleta de dados, quanto no processo de análise e apresentação dos resultados. Como estratégias para preservar o anonimato, utilizaremos cores ou nomes fictícios de acordo com a sua escolha para sua identificação e conforto pessoal. Outros dispositivos poderão ser acionados para minimizar os riscos: (i) apresentação do questionário com antecedência; (ii) combinar com antecedência a data local da entrevista; (iii) disponibilizar o roteiro da entrevista e (iv) a análise antes versão final do trabalho; (v) evitar constrangimentos durante a realização da entrevista.

Sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto que lhe será disponibilizado, com antecedência, para conhecimento de seu conteúdo. As entrevistas serão gravadas e fotografadas somente se você autorizar como técnicas metodológicas e assinar autorização da gravação e uso de imagem, caso seja necessária. O tempo de duração da entrevista será de uma hora para entrevista e 30 minutos para o questionário ou conforme a disponibilidade de tempo do participante

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Você não terá nenhum risco ou dano, visto que tomaremos todo o cuidado e ética e não terá nenhum benefício específico por participar da pesquisa. Os benefícios serão coletivos para todos os participantes da pesquisa assim como para a UBS/ESF de áreas de assentamentos e estão relacionados à análise do processo histórico e registro do mesmo, assim como refletir e apropriar do processo de implementação da proposta de Saúde da Família em área de assentamento; compreender os limites e avanços da participação local e analisar se essa é a melhor proposta de saúde para os agricultores assentados/as.

Você ainda será esclarecido sobre todos os procedimentos metodológicos e as possíveis dúvidas originadas pela pesquisa que serão apresentadas e esclarecidas com você. Também esclarecemos que os resultados da pesquisa serão divulgados em artigos científicos, na dissertação do mestrado e nos movimentos sociais.

Este TCLE está redigido em duas vias, e todas as páginas devem ser rubricadas por você e a pesquisadora, sendo a última disponibilizada por sua participação e outra para a pesquisadora, conforme exigência da resolução 466/2012.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

Tel e Fax - (21)- 25982863 - E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br; <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep): Tel: (61) 3315- 58 78/ (61) 33155879 - e-mail: conep@saude.gov.br

Pesquisadora: Enedina Ferreira de Andrade.

Contato com a pesquisadora responsável (inserção na ENSP/FIOCRUZ): Tel: (73) 997 28 23 24 ou (16) 996 242306 - E-mail: enedinandrade@yahoo.com.br

Araraquara – São Paulo, Março de 2016

Declaro que entendi os objetivos e as condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE para a categoria de participantes da pesquisa - Profissionais da Unidade Básica de Saúde - Estratégia de Saúde da Família/ ESF (agentes comunitários, enfermeiros, médico, recepcionista e outros) do Assentamento Bela Vista do Chibarro – Araraquara.

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) participar da pesquisa intitulada “A Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Assentamento de Reforma Agrária: O caso da Unidade Básica de Saúde do Assentamento Bela Vista do Chibarro, município de Araraquara/ São Paulo”, desenvolvida por Enedina Ferreira de Andrade, discente de Mestrado Profissional em Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) – Rio de Janeiro, sob orientação da professora Dra. Grácia Maria de Miranda Gondim. A Pesquisa tem como objetivo geral analisar a experiência da Estratégia de Saúde da Família no Assentamento Bela Vista do Chibarro – Araraquara/SP e sua contribuição teórica e prática para a estruturação da Saúde do Campo. Você está sendo convidado (a) para participar dessa pesquisa por ser um/a profissional de Saúde e por ter experiência profissional na Unidade de Saúde do Assentamento Bela Vista.

Esclarecemos que sua participação é voluntária e que você tem total liberdade e autonomia para decidir se quer ou não participar da pesquisa, sem dano ou prejuízo para a instituição ou para a pesquisadora. Contudo, afirmamos que sua participação é muito importante para o avanço do conhecimento sobre o tema em pauta e poderá contribuir com os propósitos da pesquisa que é analisar a experiência em curso da UBS/ESF no assentamento supra citado e quais as suas contribuições para a saúde da população do campo.

Asseguramos que suas informações serão confidenciais e garantidas a privacidade das mesmas, e, que qualquer dado que possa identificá-lo/a será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Todo o material coletado será armazenado em local seguro e será utilizado somente para o objetivo da pesquisa. Para minimizar os possíveis riscos que você venha a ter por sua participação, tais como constrangimento ou desconforto ao responder a questões, asseguramos local tranquilo e seguro para aplicação de entrevista/questionário, não citaremos nome que lhe identifique tanto na coleta de dados, quanto no processo de análise e apresentação dos resultados. Como estratégias para preservar o anonimato, utilizaremos cores ou nomes fictícios de acordo com a sua escolha para sua identificação e conforto pessoal. Outros dispositivos poderão ser acionados para minimizar os riscos: (i) apresentação do questionário com antecedência; (ii) combinar com antecedência a data local da entrevista; (iii) disponibilizar o roteiro da entrevista e (iv) a análise antes versão final do trabalho; (v) evitar constrangimentos durante a realização da entrevista.

Sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à

pesquisadora do projeto que lhe será disponibilizado, com antecedência, para conhecimento de seu conteúdo. As entrevistas serão gravadas e fotografadas somente se você autorizar as técnicas e assinar autorização do uso de imagem, caso seja necessária. O tempo de duração da entrevista será de uma hora para entrevista e 30 minutos para o questionário ou conforme a disponibilidade de tempo do participante.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Você não terá nenhum risco ou dano com a pesquisa, visto que tomaremos todo cuidado para preservar sua identidade. Também não terá nenhum benefício específico por participar da pesquisa. Os benefícios serão coletivos para todos os participantes da pesquisa assim como para a UBS/ESF de áreas de assentamentos e estão relacionados à análise do processo histórico e registro do mesmo, assim como refletir e apropriar do processo de implementação da proposta de Saúde da Família em área de assentamento; compreender os limites e avanços da participação local e analisar se essa é a melhor proposta de saúde para os agricultores assentados/as.

Você ainda será esclarecido sobre todos os procedimentos metodológicos e as possíveis dúvidas originadas pela pesquisa que serão apresentadas e esclarecidas com você. Também esclarecemos que os resultados da pesquisa serão divulgados em artigos científicos, na dissertação do mestrado e nos movimentos sociais. Este TCLE está redigido em duas vias, e todas as páginas devem ser rubricadas por você e a pesquisadora, sendo a última disponibilizada por sua participação e outra para a pesquisadora, conforme exigência da resolução 466/2012.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

Tel e Fax - (21)- 25982863 - E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br; <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manginhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep): Tel: (61) 3315- 58 78/ (61) 33155879 - e-mail: conep@saude.gov.br

Pesquisadora: Enedina Ferreira de Andrade.

Contato com a pesquisadora responsável (inserção na ENSP/FIOCRUZ): Tel: (73) 997 28 23 24 ou (16) 996 242306 - E-mail: enedinandrade@yahoo.com.br

Araraquara – São Paulo, Março de 2016

Declaro que entendi os objetivos e as condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

Rubrica pesquisador: _____

Apêndice C - CARTA DE ANUÊNCIA DA COMUNIDADE



Prezado Senhor Lázaro Marcos de Souza, Presidente da Cooperativa Mista de Agropecuária (COOBELA) do Assentamento Bela Vista do Chibarro do Município de Araraquara/São, eu, Enedina Ferreira de Andrade, mestrando do Curso do Profissional em Saúde Pública – Área de Concentração em Saúde, ministrado pela *Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca*, tendo como objeto de pesquisa “A Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Assentamento de Reforma Agrária: O Caso da Unidade Básica de Saúde do Assentamento Bela Vista do Chibarro, município de Araraquara – São Paulo”, cujo projeto encontra - se em anexo, venho por meio desta solicitar vossa autorização para a realização da pesquisa no já citado assentamento. A pesquisa tem como objetivo “analisar a experiência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Assentamento Bela Vista do Chibarro-Araraquara/São Paulo e suas contribuições, teórica e prática para estruturação da Saúde do Campo. Esclarecemos que essa autorização é uma pré – condição bioética para execução de qualquer estudo que envolva seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Agradecemos antecipadamente vosso apoio e compreensão, certo da vossa colaboração para o desenvolvimento da pesquisa científica e desenvolvimento social na saúde do campo e do assentamento.

Araraquara, _____ de dezembro de 2015.

Assinatura do Presidente da Cooperativa Agropecuária Mista do Assentamento Bela Vista do Chibarro- COOBELA Araraquara-São Paulo - CNPJ: 02.647.79/0001-02

Apêndice D-Carta de Anuência do Secretário.



CARTA DE ANUÊNCIA

EU, Carlos Fernando Camargo, Secretário de Saúde do Município de Araraquara/São Paulo, autorizo que a Sra. Enedina Ferreira de Andrade, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, ministrado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) desenvolva junto a Unidade Básica de Saúde (ESF) do Assentamento Bela Vista do Chibarro, a pesquisa intitulada "A Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Assentamento de Reforma Agrária: O Caso da Unidade Básica de Saúde/ESF do Assentamento Bela Vista do Chibarro, município de Araraquara – São Paulo"(projeto anexo), com a finalidade de coletar dados e acompanhar as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde nas visitas domiciliares da referida Unidade Básica de Saúde. Estou ciente de que não haverá custo para a instituição nem interferência na operacionalização das ações cotidianas da UBS.

Esta autorização é pré – condição bioética para execução de qualquer estudo que envolva seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Araraquara, 07 de janeiro de 2016.


DR. CARLOS FERNANDO CAMARGO
Secretário Municipal de Saúde de Araraquara/SP

AV. BARROSO, 244 - 1º ANDAR CEP 14801-160
TEL/FAX (016) 33011700
GABINETESAUDE@ARARAQUARA.SP.GOV.BR

Apêndice E – Termo de Responsabilidade e Compromisso da Pesquisa

Prefeitura do Município de Araraquara
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Educação Permanente



Termo de Responsabilidade e Compromisso

Título do Projeto de Pesquisa: A Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Assentamento de Reforma Agrária: O Caso da Unidade Básica de Saúde do Assentamento Bela Vista do Chibarro, Município de Araraquara – São Paulo.

Nome do pesquisador responsável: Enedina Ferreira de Andrade

RC: 32.333.115-4

CPF: 199 4980680/1

Endereço: Assentamento Bela Vista do Chibarro, Lote 162. Caixa Postal: 515. Zona Rural.

CEP: 14.800 890

Cidade: Araraquara – São Paulo.

O pesquisador responsável se declara ciente e de acordo com todos os termos do presente instrumento, assumindo toda e qualquer responsabilidade por quaisquer condutas, ações ou omissões que importem na não observação do presente e conseqüente violação de quaisquer dos itens abaixo descritos, bem como por outras normas previstas em lei, aqui não especificadas:

1) de que a autorização final para o início da coleta de dados está condicionada à apresentação do parecer favorável do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa);

2) de que dados e arquivos fornecidos ao Pesquisador deverão ser usados, guardados e preservados em sigilo e que eventual divulgação dos dados deverá ser feita em estrita observação aos princípios éticos de pesquisa, resguardando-se ainda aos termos da Constituição Federal de 1988, especialmente no tocante ao direito a intimidade e a privacidade dos consultados;

2) de que as informações constantes nos dados ou arquivos a ele disponibilizados deverão ser utilizadas apenas e tão somente para a execução de pesquisa do projeto acima descrito, sendo vedado o uso em outro projeto, seja a que título for, salvo expressa autorização em contrário do responsável devidamente habilitado da Gerência de Educação Permanente;

3) de que as pesquisas que envolvam sujeitos, o pesquisador deverá recolher a assinatura desses por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que nos casos em que os sujeitos forem crianças e adolescentes (com idade inferior a 18 anos), deverá conter no Termo a assinatura do Responsável Legal;

4) do compromisso de devolutiva de uma cópia dos resultados e conclusão da pesquisa à Gerência de Educação Permanente, para ser lida, compartilhada com a equipe e arquivada;

5) de que eventuais informações a serem divulgadas, serão única e exclusivamente para fins de pesquisa científica, sendo vedado uso das informações para publicação em quaisquer meios de comunicação de massa que não guardem compromisso ou relação científica, tais como televisão, jornais, periódicos e revistas, entre outros aqui não especificados.

Araraquara, 17 de Março de 2016.

Recibido
17/3/16
Caudia
Enedina Ferreira de Andrade
PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Apêndice F Guia de Roteiro – Questionário

ANEXOS I: Roteiro para entrevista com os assentados, educadores/cooperativa e profissionais da saúde.

Data: ___/___/___ Cód: _____
Início: _____ Término _____ Local: _____

Questionário Qualitativo

1. Quando e como começa sua história com o Assentamento de reforma agrária Bela Vista do Chibarro?
2. O quê sua família produz no assentamento (o quê; quando; como; quem; onde comercializa, a renda é suficiente, existem créditos?)
3. Quais são as diferenças entre o assentamento da reforma e a cidade? Quais?
4. Existe Unidade Básica de Saúde no assentamento? Sempre deve? Onde os assentados consultavam? Sempre iam ao médico? Quais alternativas que tinham ou que o assentamento tem quando não tem médico?
5. A Estratégia de Saúde da Família surgiu quando no assentamento? Como foi o processo de chegada da estratégia de saúde da família no assentamento? Quem participou desse processo?
6. Como o conseguiu a estrutura física da UBS? Quando, como, que começou?. Houve luta política, conflito social? Como foi o processo inicial? Quem participou?
7. É importante que tenha uma unidade de saúde no assentamento rural? Quais outros assentamentos que tem unidade de saúde? O setor de saúde do Movimento Sem Terra é referência para a saúde no assentamento? Há alguma ligação com esse movimento?
8. Como funciona a Unidade Básica de Saúde? Quem atende? Como atende? Quando? É o suficiente? Qual é o nível de atendimento? O quê é resolvido? Quando precisa de exames, cirurgias, especialistas, como fazem? Quem e como é encaminhado? Sempre ou de vez em quando? Por quê?
9. Os profissionais na UBS são o suficiente para a demanda? A formação e perfil contemplam a necessidade de saúde do assentamento? Os profissionais (incluído os ACS) da saúde da UBS/ESF do assentamento se diferenciam? Por quê?
10. A Estratégia de Saúde da Família atende as necessidades do assentamento?
11. Como funciona? Qual a estratégia da ESF para cumprir com as metas da Saúde da Família? Essas metas são o suficiente? Há gente o suficiente envolvido? Como envolver a comunidade assentada no processo da saúde e integração?

12. Como é organizado o trabalho da ESF? Existe uma rotina? Que tipo de organização? Quem coordena? É exaustivo? Por quê?
13. Conheces o Agente Comunitário de Saúde que atende a sua micro área? Qual é o papel dele? Faz bem?
14. ACS recebem formação/capacitação? Quando, como, quais os temas abordados? É a mesma para quem trabalha na cidade? Achas que deveria ser como?
15. Quais são as ações de saúde e integrativas desenvolvidas no assentamento e nas micro áreas? Como, quando, quem faz?...
16. A Política Nacional de Saúde Integral de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas é uma realidade no assentamento e na UBS?
17. Quais são as atividades e práticas de saúde de conhecimento popular do campo que acontecem no assentamento?
18. Os profissionais da ESF possuem perfil e formação que condiz com a realidade de uma Unidade Básica de Saúde /Estratégia de Saúde da Família de um assentamento de reforma agrária
19. Quais são avanços e limites da ESF do assentamento?
20. A comunidade assentada participou do processo da ESF? Como, quando, onde? O quê é participar do ESF?
21. Falta ainda a UBS/ESF ser voltada para área de assentamento de reforma agrária? O quê falta?
22. Qual é a importância de ESF no campo? Tem diferença com da cidade? Atende a todos? Quais as necessidades de Saúde para quem mora em assentamento?
23. Alimentação tem haver com saúde? Agricultura, educação, lazer,...
24. Saúde é....
25. Como você classifica o uso de agrotóxicos no assentamento? Esse tema é assunto da ESF? É assunto de saúde?
26. Com você qualifica o ESF do assentamento Bela Vista? Ele pode seria ser referencia para outros assentamentos de reforma agrária? Por quê?
27. Gostaria de falar sobre alguma experiência que já teve com a UBS/ESF ou com o SUS?

Apêndice G - Roteiro para Questionário qualitativo com os gestores da Unidade Básica de Saúde do Assentamento Bela Vista do Chibarro e Secretaria Municipal de Saúde/Araraquara/SP.

Data: ____/____/____ Cód: _____

Início: _____ Término _____ Local: _____

- 1) . Conhece o assentamento Bela Vista do Chibarro? Quantas vezes estiveram lá? O que significa o assentamento no contexto da saúde? O quê tem haver reforma agrária com saúde?
- 2) Como é a Atenção Básica de Saúde de Araraquara? Como funciona o ESF do Município?
- 3) Como ou qual é situação da saúde do município de Araraquara?
- 4)
- 5) O ESF do Bela Vista é diferenciado da cidade?
- 6) Como funciona a participação do usuário no sistema? Qual o papel dos Conselhos municipal e do Conselho Gestor?
- 7) Como articula a Atenção Básica de Saúde com a estratégia de saúde da família e com os outros níveis de atendimento a saúde?
- 8) Os recursos para a saúde são o suficiente?
- 9) Como funciona o repasse para as unidades?
- 10) Como é realizado a participação e controle social?
- 11) Tem conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas? Como essa está sendo implementada na Atenção Básica?
- 12) Como é a capacitação continuada dos profissionais da saúde para áreas rurais;
- 13) Ações de prevenção e promoção a saúde nas zonas rurais (focando as questões relacionadas ao trabalho no campo (desgaste), alimentação, agroquímicos). ESF no contexto de assentamento de reforma agrária?
- 14) Qual é a importância de ESF no campo? Tem diferença com da cidade? Atende a todos especificas de quem trabalha com agricultura?
- 15) Quais as necessidades de Saúde para quem mora em assentamento de reforma agrária? Existe alguma dialogo com o Grupo da Terra do Ministério de Saúde? E com os Movimentos Sociais?
- 16) Conhece a Política Nacional de Saúde integral das Populações do Campo, da Floresta e das águas?

Apêndice H - Roteiro para discussão do Grupo Focal no Assentamento Bela Vista do Chibarro/Araraquara/SP.

Data: ___/___/___ Cód: _____

Início: _____ Término _____ Local: _____

1. Quando você ouve o tema saúde do campo, o que logo pensa?
2. O SUS no Brasil representa o quê para o povo brasileiro?
3. Já ouviu falar sobre a Política Nacional de Saúde Integral de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas? Existe algum vínculo da UBS/Bela com essa política?
4. Em sua opinião saúde é...?
5. Sobre a formação dos profissionais da saúde o que destaca? Existe diferença ou não na formação dos profissionais de saúde do campo para quem atua na cidade?
6. A Estratégia de Saúde da Família surgiu quando no assentamento? Como foi? Quem participou? Como foi o processo? O que mais destacou naquele momento? Ela é o que o assentamento queria?
7. A ESF cumpre com o papel? Quais são os avanços?
8. Como você considera o ESF do assentamento Bela Vista?
9. Alimentação tem haver com saúde? Agricultura, agro ecologia, agroquímico educação, lazer, política, meio de comunicação, emprego... O que tudo isso tem haver com saúde?
10. Qual é a importância de ESF no campo? Consegue atender a todos e as suas necessidades? Quais serão as necessidades de quem trabalha na agricultura com relação ao atendimento e o requisito saúde do campo?

ANEXOS

Anexo I Princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania

2- Das Responsabilidades de Cada Nível de Governo:

Além das responsabilidades propostas para a Atenção Básica, em relação à estratégia Saúde da Família, os diversos entes federados têm as seguintes responsabilidades:

2.1 Competem às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços visando à organização do sistema local de saúde;

II - definir, no Plano de Saúde, as características, os objetivos, as metas e os mecanismos de acompanhamento da estratégia Saúde da Família;

III - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

IV - assegurar o cumprimento de horário integral – jornada de 40 horas semanais – de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde, com exceção daqueles que devem dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de SF e até 8 horas do total de sua carga horária para atividades de residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, ou trabalho em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte;

V - realizar e manter atualizado o cadastro dos ACS, dos enfermeiros da equipe PACS e

dos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, bem como da população residente na área de abrangência das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde definidos para esse fim; e

VI - estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

2.2 Competem às Secretarias Estaduais de Saúde:

I - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite estratégias, diretrizes e normas de implementação e gestão da Saúde da Família no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

II - estabelecer no Plano de Saúde estadual metas e prioridades para a Saúde da Família;

III - submeter à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo, a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS elaborada pelos municípios e aprovada pelos Conselhos de Saúde dos municípios;

IV - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de acompanhamento do cadastramento dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS nos sistemas de informação nacionais, definidos para esse fim;

V - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de descredenciamento e/ou o bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e no funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, a ser publicado como portaria de resolução da CIB, visando à regularização das equipes que atuam de forma inadequada;

VI - analisar e consolidar as informações enviadas pelos municípios, referentes à implantação e ao funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;

VII - enviar, mensalmente, ao Ministério da Saúde o consolidado das informações encaminhadas pelos municípios, autorizando a transferência dos incentivos financeiros federais aos municípios;

VIII - responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos aos municípios no território estadual;

IX - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de implantação e ampliação da SF;

X - articular com as instituições formadoras de recursos humanos do estado estratégias

de expansão e qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e educação permanente, de acordo com demandas e necessidades identificadas nos municípios e pactuadas nas CIBs; e

XI - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos municípios, identificando situações em desacordo com a regulamentação, garantindo suporte às adequações necessárias e divulgando os resultados alcançados.

2.3. Compete ao Distrito Federal:

I - estabelecer, no Plano de Saúde do Distrito Federal, metas e prioridades para a Saúde da Família;

II - analisar e consolidar as informações referentes à implantação e ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;

III - responsabilizar-se junto ao Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos ao Distrito Federal; e

IV - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família no Distrito Federal, identificando e adequando situações em desacordo com a regulamentação e divulgando os resultados alcançados.

2.4 Compete ao Ministério da Saúde:

I - definir e rever, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes e as normas da Saúde da Família;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica organizada por meio da estratégia Saúde da Família;

III - apoiar a articulação de instituições, em parceria com Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente específica aos profissionais da Saúde da Família;

IV - articular com o Ministério da Educação estratégias de expansão e de qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e em educação permanente;

V - analisar dados de interesse nacional relacionados com a estratégia Saúde da Família, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos;

VI - para a análise de indicadores, de índices de valorização de resultados e de outros parâmetros, o cálculo da cobertura populacional pelas ESF, ESB e ACS será realizado a partir da população cadastrada no sistema de informação vigente.

3 Da Infra – Estrutura e dos Recusos Necessários

São itens necessários à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e no Distrito Federal:

I - Unidade(s) Básica(s) de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família inscrita(s) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes;

II – UBS com ou sem Saúde da Família que, de acordo com o desenvolvimento de suas ações, disponibilizem:

III - equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros;

IV - consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica;

V - área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

VI - equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica;

VII - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

VIII - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

4 – Do Cadastramento das Unidades que Prestam Serviços Básicos de Saúde

O cadastramento das Unidades Básicas de Saúde será feito pelos gestores municipais e do Distrito Federal em consonância com as normas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

5 – Do Processo de Trabalho das Equipes de Atenção Básica

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

I - definição do território de atuação das UBS;

II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;

III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;

IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;

V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;

VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;

VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;

VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;

IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e

X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

6 – Das Atribuições dos Membros das Equipes de Atenção Básica

As atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica deverão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

.7. Do Processo de Trabalho da Saúde da Família

Além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, são características do processo de trabalho da Saúde da Família:

I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adscrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de

risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;

IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

As atribuições dos diversos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal, ACS e enfermeiros das equipes PACS estão descritas no Anexo I.

8 – Da Capacitação e Educação Permanente das Equipes

O processo de capacitação deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio do Curso Introdutório para toda a equipe.

Recomenda-se que:

I - o Curso Introdutório seja realizado em até 3 meses após a implantação da ESF;

II - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes, seja da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde; e

III - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população superior a 100 mil habitantes, e da Secretaria Municipal de Saúde, que poderá realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. No Distrito Federal, a sua Secretaria de Saúde é responsável pela realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes.

Os conteúdos mínimos do Curso Introdutório e da Educação Permanente para as

ESFs serão objeto de regulamentação específica editada pelo Ministério da Saúde.

9. Do Processo de Implantação

I - O município e o Distrito Federal deverão elaborar a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS e em conformidade com a regulamentação estadual aprovada pela CIB. Na ausência de regulamentação específica, poderão ser utilizados os quadros constantes no Anexo II a esta Portaria. A proposta deve definir:

a) território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas e micro-áreas;

b) infra-estrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes;

c) ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;

d) processo de gerenciamento e supervisão do trabalho das equipes;

e) forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais;

f) implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;

g) processo de avaliação do trabalho das equipes, da forma de acompanhamento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e da utilização dos dados dos sistemas nacionais de informação;

h) a contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal.

II - A proposta elaborada deverá ser aprovada pelos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta para o Ministério da Saúde;

III - A Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional terá o prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo para sua análise e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

IV - Após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de ESF, de ESB e de ACS que fazem jus ao recebimento de incentivos financeiros do PAB variável;

V - O município, com as equipes previamente credenciadas pelo estado, conforme

decisão da CIB, passará a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas, a partir do cadastro de profissionais no sistema nacional de informação definido para esse fim, e da alimentação de dados no sistema que comprovem o início de suas atividades;

VI -O Ministério da Saúde, os estados e os municípios terão o prazo de até 180 dias para implantação do novo fluxo de credenciamento e implantação de ESF, de ESB e de ACS; e

VII - O fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência à atenção especializada, nos serviços assistenciais de média complexidade ambulatorial, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem - RX e ultra-som, saúde mental e internação hospitalar, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e a proposta para garantia da assistência farmacêutica básica deve constar no Plano Municipal de Saúde.

Equipe de Saúde da Família (ESF)

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família (ESF) registrado no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O número máximo de ESF pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população / 2400.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF:

1. ESF Modalidade 1: são as ESF que atendem aos seguintes critérios:

I - estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; ou

II - estiverem implantadas em municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e que não estão enquadrados no estabelecido na alínea I deste item; e

III - estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido nas alíneas I e II e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no

mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

Sobre as Atribuições:

As atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.

Atribuições Comuns:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Atribuições Específicas:

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002. Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima. Do Enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde:

I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;

III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;

IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde

e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;

V - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

VI - organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Médico:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e

procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Cirurgião Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Técnico em Higiene Dental (THD):

I - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

IV - apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e

V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;

III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;

IV - instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;

V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

VI - organizar a agenda clínica;

VII - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e

VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Anexo II – Diagnóstico Situacional Moradia e Saneamento

Situação de Moradia e Saneamento	
<p>Tipo de casa</p> <p>Tubo/ADOBE <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Taipa revestida</p> <p>Taipa não revestida</p> <p>Madeira</p> <p>Materiais aproveitados</p> <p>Outros - especificar</p>	
<p>Tratamento da água no domicílio</p> <p>Filtração</p> <p>Fervura</p> <p>Cloração</p> <p>Nem tratamento</p>	
<p>Abastecimento de água</p> <p>Rede pública</p> <p>Poço ou nascente</p> <p>Outros</p>	
<p>Destino do lixo</p> <p>Coletado</p> <p>Queimado/Enterrado</p> <p>Céu aberto</p>	
<p>Destino das fezes e urina</p> <p>Sistema de esgoto (rede geral)</p> <p>Fossa</p> <p>Céu aberto</p>	
<p>Outras Informações</p> <p>Alguém na família possui Plano de Saúde? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde</p>	

Fonte: Arquivo pessoal

<p>Tipo de casa</p> <p>Tubo/ADOBE <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Taipa revestida</p> <p>Taipa não revestida</p> <p>Madeira</p> <p>Materiais aproveitados</p> <p>Outros - especificar</p>		<p>Tratamento da água no domicílio</p> <p>Filtração</p> <p>Fervura</p> <p>Cloração</p> <p>Nem tratamento</p>	
<p>Abastecimento de água</p> <p>Rede pública</p> <p>Poço ou nascente</p> <p>Outros</p>		<p>Destino do lixo</p> <p>Coletado</p> <p>Queimado/Enterrado</p> <p>Céu aberto</p>	
<p>Destino das fezes e urina</p> <p>Sistema de esgoto (rede geral)</p> <p>Fossa</p> <p>Céu aberto</p>		<p>Outras Informações</p> <p>Alguém na família possui Plano de Saúde? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde</p>	
<p>Tem caso de doença, procura</p> <p>Hospital</p> <p>Unidade de Saúde</p> <p>Remédios</p> <p>Farmácia</p> <p>Outros específicos</p>		<p>Participa de grupos Comunitários</p> <p>Cooperativa</p> <p>Grupo religioso</p> <p>Associações</p> <p>Outros - específicos</p>	
<p>Meios de Comunicação que mais utiliza</p> <p>Rádio</p> <p>Televisão</p> <p>Outros - especificar</p>		<p>Meios de transporte que mais utiliza</p> <p>Ônibus</p> <p>Caminhão</p> <p>Carro</p> <p>Carroça</p> <p>Outros - especificar</p>	
<p>Observação:</p>			

Fonte: Arquivo pessoal

Anexo III

Placa na Entrada do Assentamento Bela Vista



Fonte: Arquivo pessoal

Agentes Comunitários de Saúde em Visita Domiciliar.



Fonte Arquivo Pessoal

Trabalho dentro da Unidade: Lançamento de dados no Sistema de Informação



Fonte: Arquivo pessoal



Fonte: Arquivo pessoal

Parte parcial da Rua Principal do Assentamento



Fonte: Arquivo Pessoal

Lote Produtivo I



Fonte: Arquivo pessoal

Lote Produtivo II



Fonte: Arquivo pessoal

Escola do Campo do Assentamento



Fonte: Arquivo pessoal

Tratamento de Esgoto do Assentamento Bela Vista



Fonte: Arquivo pessoal

Casarão do Assentamento Bela Vista - Fazenda de Café - séc. XIX.



Fonte: Arquivo pessoal