

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Francilene Menezes dos Santos

**Acessibilidade aos serviços de saúde pela população do campo: a experiência do Assentamento Normandia**

Rio de Janeiro

2016

Francilene Menezes dos Santos

**Acessibilidade aos serviços de saúde pela população do campo: a experiência do Assentamento Normandia**

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

Orientadora: Idê Gomes Dantas Gurgel

Rio de Janeiro

2016

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

S237a Santos, Francilene Menezes dos  
Acessibilidade aos serviços de saúde pela população do campo: a  
experiência do assentamento Normandia. / Francilene Menezes dos Santos.  
-- 2016.  
124 f. ; il. ; tab.

Orientador: Idê Gomes Dantas Gurgel.  
Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional  
de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Saúde da População Rural. 2. Políticas Públicas. 3. Acesso aos  
Serviços de Saúde. 4. Trabalhadores Rurais. 5. Assentamentos  
Rurais. 6. Condições Sociais.  
7. Territorialidade. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.104257098134

Francilene Menezes dos Santos

**Acessibilidade aos serviços de saúde pela população do campo: a experiência do Assentamento Normandia**

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, na área de concentração: Vigilância em Saúde.

Aprovada em: 28 de julho de 2016

Banca Examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Grácia Gondim de Miranda Gondim

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Isabel Brasil Pereira

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Idê Gomes Dantas Gurgel (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Rio de Janeiro

2016

A Deus por permitir que eu concluísse mais uma importante etapa da minha vida e por sempre colocar ao meu lado pessoas maravilhosas, que de alguma forma, ajudaram a alcançar meus objetivos.

Dedico não só esse trabalho, mas a conquista de concluir um curso de Mestrado, e poder contribuir com a classe trabalhadora nas trincheiras da vida, a todos aqueles que conhecem e acompanharam minha história.

Aos meus pais por estarem distantes, mas sempre estiveram presente, me apoiando na busca das minhas realizações.

As minhas irmãs Francilete, Francielha e Francinete, que sempre fizeram o impossível para me incentivar a realizar mais um sonho.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que escoltou e trilhou cada passo dessa jornada. Dando-me perseverança para continuar e vencer essa etapa muito difícil e a qual tive vontade de desistir várias vezes.

A realização deste trabalho deve-se a colaboração direta e indireta de várias pessoas sem as quais certamente eu não teria conseguido concluir este trabalho.

Gostaria de manifestar a minha gratidão a todas elas(e)s e de forma especial:

Um agradecimento especial a minha orientadora Dra. Ide Dantas Gomes Gurgel pela dedicação, pela paciência, pela riqueza das suas orientações, pela oportunidade concedida e por acreditar no meu potencial. Seus conhecimentos e competência no ensino e pesquisa me permitiram trilhar um crescimento profissional desde o primeiro contato, ainda nas diversas reuniões de articulação.

Obrigado também a Gabriel Schutz e Marcia Godim pelas discussões bastante produtiva e pelo apoio mútuo que foi dado entre nós na conclusão dos trabalhos.

Ao Coletivo Nacional de Saúde do MST na pessoa da companheira Gislei Knierim e Mercedes Zuliani pela indicação ao curso, por ter mim delegado essa tarefa de militante, proporcionando grandes reflexões geradas pelos resultados do estudo, um aprendizado que levarei para a vida toda.

A Ary Miranda, Isabel Brasil e Marcelo Firpo pela paciência e compreensão tão necessários no processo de construção de conhecimentos, pelos ensinamentos e reflexões conjuntas que nortearam o desfecho de todo este trabalho. Pessoas ...cuja força e brilho são reflexos de suas conquistas.

Aos educadores e Coordenação Política e Pedagógica pelo dialogo aquecidos sobre os temas polêmicos e apaixonantes que envolvem o conceito ampliado de saúde, nos permitindo uma maior compreensão aproximar da realidade sobre a qual escrevemos.

As minhas “Coorientadoras” Ana Emilia Borba e Carmiranda Vitoriano pela paciência e compreensão tão necessários no processo de construção dos conhecimentos, pelos ensinamentos e reflexões conjuntas que nortearam o desenlace de todo este trabalho.

Ás famílias do Assentamento Normandia, que me receberam em suas casas e pelo tempo que me proporcionaram nas conversas, pelas risadas e principalmente, pelos ensinamentos que compartilharam comigo das suas histórias, lutas e conquistas.

Ao meu companheiro Rodrigo pela paciência, junto a minhas amigas Maria das Dores (Dorys), Maria da Saúde (Maria), Maria Gerlania (Bia), que estiveram presente nos momentos críticos e ao longo de todo o trabalho. Onde muitas vezes as quais privei de minha companhia, mas sempre estiveram presentes em todos os momentos me incentivaram, me deram força e coragem para persistir nos trabalhos, meu eterno agradecimento.

Aos companheiros da Turma Primavera da Luta onde cada uma participou de uma etapa distinta nesse processo, um agradecimento especial as manas e companheiras de curso Clarice, Marcela, Gislei pela força principalmente nesses últimos meses. Por me proporcionar grandes momentos de troca de saberes, e diversão na cidade maravilhosa, esses momentos tornaram essa experiência bem mais divertida.

O caminho é longo e cheio de dificuldades. Às vezes, por se desviar da rota, é preciso retroceder; outras, por caminhar excessivamente depressa, nos separamos das massas; em certas ocasiões, por fazê-lo lentamente, sentimos o respirar próximo e ofegante dos que nos pisam nos calcanhares. Em nossas ambições de revolucionário, tratamos de caminhar tão depressa quanto seja possível, abrindo caminhos, mas sabemos que temos que nos nutrir da massa e que está só poderá avançar mais rápida se a alentarmos com nosso exemplo.

Che Guevara, 2007, p. 27.

## RESUMO

Com o objetivo principal de analisar as barreiras de acesso à saúde dos(as) trabalhadores(as) rurais do Assentamento Normandia no município de Caruaru/Pernambuco, desenvolveu-se um estudo de caso baseado em abordagem qualitativa, no período de julho de 2015 a abril de 2016. Foram caracterizadas as condições gerais do assentamento e as ações de saúde desenvolvidas pelo município para atender aos trabalhadores rurais. Os resultados mostram que apesar da rede de serviços, o sistema de saúde do município apresenta dificuldades no desenvolvimento de ações preventivas, de promoção e assistência. A população do campo é mais vulnerável, pois se encontra empobrecida, com problemas no acesso à saúde e ao sistema educacional e ausência de políticas públicas que respondam às suas necessidades de sobrevivência. As barreiras organizacionais foram as mais evidenciadas nos discursos, com destaque para a estrutura física e horários de funcionamento da USF Rafael, o tempo que se leva para a obtenção da consulta e exames, a organização dos processos de trabalho, a formação dos profissionais de saúde desvinculada da realidade das condições de vida e saúde da população, o despreparo das equipes de saúde para lidar com as especificidades da população do campo e participação dos usuários nas organizações dos serviços. As principais barreiras geográficas foram: atravessar a BR 104, a inexistência de passarelas ou viadutos que facilitem a travessia desta BR, a ausência de transporte público e a distância do trajeto até a USF Rafael. A dificuldade de comunicação e diálogo com os assentados foi a principal barreira de comunicação identificada; e os gastos com o transporte para deslocamento até as unidades de saúde, incluindo-se a USF Rafael, configura a barreira financeira destacada. Para subsidiar a gestão no desenvolvimento de ações voltadas para as populações do campo, recomenda-se aprimorar o processo de territorialização e controle social para permitir o reconhecimento e incorporação desta população às ações de saúde, a criação do comitê de saúde das populações do campo e dos povos tradicionais, educação permanente para os profissionais de saúde com ênfase na população do campo e o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Palavras-chave: Saúde da população rural. Políticas públicas. Acesso aos Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

With the main objective of analyzing the health access barriers of the rural workers of the Normandia settlement in the city of Caruaru, Pernambuco, we developed a case study based on a qualitative approach, in the period from July 2015 to April 2016. The general conditions of the settlement and health actions developed by the municipality to attend the rural workers were characterized. The results show that although the network of the health services, the health system of the municipality presents difficulties in developing actions of preventive, promotion and assistance. The rural population is more vulnerable due to their impoverished, with problems in access to health and education system and lack of public policies that respond their survival needs. Organizational barriers were the most evident in the speeches, highlighting the physical structure and operation schedule of USF Rafael, the time took to obtain the consultation and exams, the organization of work processes, the health professionals formation unlinked with the reality of living conditions and health of the population, the unpreparedness of health teams to deal with the specificities of the rural population and the participation of users in the organizations of services. The main geographical barriers were related to crossing the BR 104, the lack of walkways or bridges to facilitate the crossing of this BR, the lack of public transport and the distance of the path to the USF Rafael. The difficulty of communication and dialogue with the settlers was the main identified communication barrier; and the cost of transport to travel to health facilities, including the USF Rafael, sets the highlighted financial barrier. To support the management in the development of actions aimed at rural populations, it is recommended to improve the territorialization process and social control to enable recognition and incorporation of this population in health care, the creation of the health committee of the rural and traditional people, continuing education for health professionals with emphasis on the rural population, and the development of intersectoral actions.

Keywords: Rural. Health. Publi

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Domínios do conceito de “acessibilidade”	52
Figura 2 -	Croqui de Acesso ao Assentamento Normandia	56
Figura 3	Condensação de Significados com Unidades Naturais de Análise, seus Temas Centrais e a Descrição Essencial	59

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 Número de pessoas por zona e gênero do município de Caruaru em 2015
- Tabela 2 Situação do saneamento do município de Caruaru em 2015
- Tabela 3  
Número de estabelecimentos ambulatorio que oferta serviço do SUS do município de Caruaru em 2016
- Tabela 4 Número de estabelecimento ambulatorial e hospital AR que atende a média e alta complexidade nos níveis municipal e estadual do município de Caruaru 2016
- Tabela 5 Número de leitos por serviços de Caruaru 2016
- Tabela 6 Profissionais de saúde do município de Caruaru em abril de 2016
- Tabela 7 Número de pessoas por modelo de atenção do município de Caruaru em 2015

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BB	Banco do Brasil
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CUT	Central Única dos Trabalhadores
CAPS	Centros de atenção psicossocial
CPT	Comissão Pastoral da Terra
COMPESA	Companhia de Pernambuco de Saneamento
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CNPS	Conselho Nacional das Populações Extrativistas
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CFB	Constituição Federal Brasileira
CONAQ	Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EJA	Educação de Jovens e Adultos
FETRAF	Entidades Representativas dos Povos Indígenas, Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar
ESF	Estratégia de Saúde da Família

FHC	Fernando Henrique Cardoso
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOM	Institute of Medicine
INCRA	Instituto Nacional de Colonização da Reforma Agrária
IPHAN	Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ITERRA	Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária –
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
LC	Ligas Camponesas
MMA	Ministério do Meio Ambiente
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MMC	Movimento de Mulheres Camponesas
Master	Movimento dos Agricultores Sem Terra
MAB	Movimento dos Atingidos por Barragem
MPA	Movimento dos Pequenos Agricultores
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
MONAPE	Movimento Nacional dos Pescadores
MTRMM	Mulheres Trabalhadoras Rurais-Movimento das Margaridas
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOA	Norma Operacional do Acesso Equitativo Integral
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PT	Partido dos Trabalhadores
PSB	Partido Socialista Brasileiro –
PIB	Produto Interno Bruto
PNSICFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo da Floresta e das Águas
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROAGRO	Programa de Incentivo Agrícola
PNAE	Programa Nacional de Alimentação na Escola
PA	Projeto de Assentamento
RSB	Reforma Sanitária Brasileira –
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEPPIR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica –
SINPAS	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
TCLE	Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
ULTAB	União de Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Brasil
UPAE	Unidade de Pronto Atendimento Especializado
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

USF

Unidade de Saúde da família

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>24</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	24
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>25</b>
3.1 SAÚDE COMO DIREITO E CONQUISTA DA CLASSE TRABALHADORA.....	25
3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL .....	34
3.3 MOVIMENTOS SOCIAIS, O MST E A LUTA PELA TERRA .....	38
3.4 O MST E O CAMPESINATO EM PERNAMBUCO .....	46
3.5 ACESSIBILIDADE A SAÚDE .....	51
<b>4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>57</b>
4.1 DESENHO DO ESTUDO .....	57
4.2 UNIDADE DE ANÁLISE .....	57
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	59
4.4 COLETA DE DADOS .....	59
4.4.1 Análise Documental .....	59
4.4.2 Entrevistas .....	59
4.4.3 Observação de Campo .....	60
4.4.4 Análise dos dados .....	60
4.4.5 Categorias de Análise .....	61
4.4.6 Considerações Éticas .....	62
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>63</b>
5.1 NORMANDIA: EXEMPLO DE LUTA E RESISTÊNCIA .....	63
5.2 CARACTERIZAÇÃO DO ASSENTAMENTO NORMANDIA.....	65

5.3 AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS PELO MUNICÍPIO DE CARUARU PARA ATENDER AOS TRABALHADORES RURAIS DO ASSENTAMENTO NORMANDIA .	67
5.4 BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE NO ASSENTAMENTO NORMANDIA .....	73
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>85</b>
<b>8. RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS TRABALHADORES RURAIS DO ASSENTAMENTO NORMANDIA E LIDERANÇAS DO MST .....</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>106</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Como resultado da organização e da luta dos movimentos sociais, em 2011 foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo da Floresta e das Águas (PNSICFA), voltada para garantir a atenção a saúde de segmentos populacionais de agricultores familiares, trabalhadores e trabalhadoras rurais assalariadas (os) e aquelas (es) em regime de trabalho temporário, as (os) trabalhadoras (es) rurais assentadas (os), as (os) que não têm acesso à terra, famílias de trabalhadoras (es) rurais de assentamentos e acampamentos rurais, populações que residem em comunidades remanescentes de quilombos, em reservas extrativistas, em vilas, povoados, população ribeirinha, povos originários, comunidades tradicionais e trabalhadoras (es) que moram na periferia das cidades, mas que, trabalham no campo. (BRASIL, 2004, p.3). Esta população tem se ampliado nas diversas regiões do país. Apresenta características diversificadas com especificidades de saberes socioculturais de cada região, que representam a disparidade social que caracteriza o País.

Um dos principais desafios da PNSICF consiste em garantir o direito ao acesso aos serviços de saúde com qualidade pela população. Almeida (2008), diz que na saúde, a ideia central consiste em garantir o direito de consumo aos serviços de saúde, ou seja, todo cidadão que necessitasse de atenção à saúde deveria ter acesso aos serviços. Para garantir esse direito é preciso que o Estado intervenha como provedor e financiador dos serviços, através da arrecadação fiscal ou de contribuições sociais, independente da condição econômica e social dos indivíduos.

O acesso das populações às políticas públicas de saúde no Brasil tem sido marginalizado pelo poder público. A burocracia do Estado impõe aos brasileiros um distanciamento de uma saúde de qualidade e equânime, que possa minimamente atender as demandas mais urgentes, como um simples exame de rotina.

Debater a política nos permite contribuir nas questões de saúde para a população do campo. Folder (2003) observa que:

Para se discutir e buscar efetivar as ações de saúde é necessário conhecer a população do campo, considerando as particularidades existentes, respeitando a sua diversidade e com o tratamento diferenciado e encaminhando prioridades de ação. A XI Conferência Nacional de Saúde

apontou como desafios o de garantir à população rural, condições reais de acesso ao sistema de saúde e o de assegurar um atendimento em todo o sistema, com qualidade e humanização. A superação de tais desafios requer investimento na capacitação profissional, de modo a permitir a compreensão sobre as especificidades de cada população, em especial a rural, considerando o respeito a sua cultura e hábitos para que as ações de prevenção, promoção e educação em saúde possibilitem a emancipação desses cidadãos na conquista e garantia de sua saúde e da sua comunidade (FOLDER, 2003 apud BRASIL, 2004, p. 3).

Ao longo desses quatro anos de pactuação da PNSIPCF, o estado de Pernambuco não tem algo concreto destinado para esses povos, se quer tem uma coordenação específica que possa dialogar com esses protagonistas e desenhar ações que garanta a efetividade dos seus direitos no campo da saúde.

O município de Caruaru desempenha um importante papel no Agreste e interior pernambucano, tendo uns dos principais polos médico – hospitalar, na rede de serviços de saúde pública. O município conta com serviços de urgência e emergência, de suporte nutricional, de práticas integrativas e complementares, de atenção à saúde bucal, de diagnóstico por método gráfico dinâmico, de regulação de acesso as ações e serviços de saúde, Programa de Estratégia de Saúde da Família, também conhecidas como Programa Saúde da Família, atenção especializada, vigilância em saúde, departamento de regulação, Centros de Saúde, um Departamento de Tecnologia da Informação, e recentemente o município também aderiu ao Programa Mais Médicos.

Apesar desta ampla rede de serviços o sistema de saúde do município tem as suas fragilidades e dificuldades como qualquer outro do estado no que se refere atender as demandas da população, desde ações preventivas, educação em saúde ate o adoecimento. Os caruaruenses que residem no campo são mais vulneráveis, pois se encontram empobrecidos, na maioria das vezes não tendo acesso a condições básicas de assistência à saúde, encontram deficiência do sistema educacional, infelizmente ainda existem analfabetos e ausência de políticas públicas que respondam às suas necessidades de sobrevivência. No que se refere às dificuldades, destacam-se o elevado número de famílias por unidade e a locomoção no território, uma vez que muitos residem em parcela ou em sítios distantes.

Um dos maiores problemas enfrentados pela população caruaruense é o acesso à saúde, com dificuldades em conseguir atendimento nos serviços de saúde, principalmente para procedimentos especializados, o município utiliza a estratégia organizacional da demanda através de ligação para um número 0800, que na maioria das vezes encontra-se congestionado.

Para se conseguir uma consulta com médico especialista é necessário primeiro consultar-se com o clínico geral e solicitar ao mesmo as requisições para a partir daí você se dirigir a uma policlínica para agendar uma a consulta com a especialidade desejada. A data, local e dia quem define é o sistema, pois dependendo da especialidade chega-se a esperar em média de três a cinco meses para o atendimento e, na maioria das vezes não se encontra vaga no seu bairro, muitas vezes a população tem que se deslocar para outro distrito.

Vários autores apontam falhas na comunicação estabelecida com o usuário, desde uma inadequada orientação quanto à realização da consulta, ao aviso ao usuário sobre o agendamento. Também fizeram referências à dificuldade do acesso físico à consulta, quais sejam: a não compreensão por parte do usuário do endereço da consulta, a grande distância implicada no deslocamento e a localização geográfica da residência, acentuada por condições desfavoráveis climáticas (BENDER; MOLINA; MELLO et al., 2010).

Em relação a população do campo essa situação é mais grave uma vez que no território não existe telefone público e a telefonia móvel funciona inadequadamente. Além disso, apenas algumas unidades de saúde da família se localizam na zona rural e a maioria dos serviços da rede de atenção à saúde se localiza na sede do município.

À distância para o acesso a serviços, particularmente de maior complexidade é outro problema comum a população do campo. Travassos e Castro (2012) afirmam que sob a ótica do espaço físico, em geral, quanto maior à distância, menor a utilização de serviços de saúde.

Outro grande gargalo das dificuldades de acesso aos serviços de saúde para os caruaruenses que residem no campo é a dificuldade de transporte para se chegar à unidade básica de saúde e nos demais serviços da rede, contando somente com o transporte escolar em horários definidos para resolver algo na cidade.

No Assentamento Normandia ressaltamos a dificuldade do acesso das assentadas e assentados aos serviços de saúde, desde atenção básica até a rede de alta complexidade. A unidade de Saúde da Família que dá cobertura ao assentamento e não respeita as especificidades dos sujeitos do campo e sua localização geográfica dificulta o acesso, considerando que os assentados precisam atravessar uma via de fluxo intenso (BR 104), com relatos de acidentes. Assim, as famílias consideram mais fácil e seguro buscar atendimento a saúde na sede da cidade de Caruaru, particularmente nas unidades de pronto atendimento.

Sabe-se que os cuidados no nível da atenção primária da saúde, que são prioridades na organização dos sistemas de saúde, devem estar localizados o mais próximo possível das pessoas.

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS/OMS, 1978).

Outro ponto a destacar é o modelo de atenção à saúde do município que não está preparado para atender as demandas da população do campo, especificamente os assentados. Isto se reflete principalmente na Unidade de Saúde da Família – USF do território de cobertura do assentamento, uma vez que seu horário de funcionamento não é condizente com a realidade da população assentada, não favorecendo assim o acesso dos mesmos de forma adequada. Não levando em consideração que o território é rural e que em meio a tantas diversidades, a população tem as suas especificidades, que precisam ser respeitadas e levadas em consideração, não podendo reproduzir-se o modelo de serviços de saúde urbano no meio rural.

A população do campo não pode ficar a mercê dos mesmos horários de funcionamento das unidades de saúde da cidade. Observa-se a necessidade de horários flexíveis que compreendam o processo e organização do trabalho rural.

As desigualdades sociais evidenciadas no campo se refletem no perfil de adoecimento e morte das pessoas, e mais particularmente nos assentamentos, a situação se agrava na medida em que há também uma grande desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Travassos e Castro (2012) assinalam que:

De modo geral, os grupos socialmente menos privilegiados apresentam maior risco de adoecer e de morrer do que os grupos socialmente mais privilegiados. As condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes na sociedade. Já as desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012. p. 184).

O resultado dessa desigualdade foi descrito por Favaret e Oliveira (1990), como uma “universalização excludente”. A universalização do acesso aos serviços de saúde teria ocorrido acompanhado de uma precarização dos serviços públicos, levando à fuga, ou exclusão das camadas de renda mais elevadas para o sistema privado de saúde.

O território de abrangência da unidade de saúde do Rafael, que atende ao assentamento, apresenta um número alto de pessoas e famílias sob sua responsabilidade considerando tratar-se de população rural (cerca de 5.000 usuários). Observa-se cada vez mais esse crescimento tem ocorrido, particularmente devido os inúmeros fabricos e os famosos loteamentos rurais que crescem de maneira irregular, deste modo, a unidade do Rafael não consegue acompanhar efetivamente as famílias cadastradas. Além disso, observa-se que a equipe da saúde da família segue um modelo de atenção de saúde que não respeita as especificidades do povo do campo.

É real a deficiência de ações de saúde nas áreas de assentamento no município de Caruaru, quase não se observa atuações de prevenção e educação em saúde, como também da vigilância em saúde, os são serviços fundamentais para o desenvolvimento do ambiente saudável das pessoas. Observamos também que é o modelo urbano que vem determinando ao longo do tempo a política de saúde que em geral é implementada no campo, tais fatores provocam um desgaste tendo em vista que a lógica e estrutura da vida no campo é distinta da cidade.

As políticas de saúde são desenhadas sem considerar adequadamente os sujeitos que moram no campo. De modo geral as políticas de saúde são voltadas para os problemas dos grandes centros urbanos, esquecendo as peculiaridades das populações do campo, não levam em conta a organização da comunidade a cultura, seus hábitos, suas práticas de vivência e convivência, e as condições sócio-econômicas, sendo, portanto insuficiente para resolver as complexidades dos problemas existentes.

Desse modo o presente estudo terá como pergunta condutora: Qual barreira de acesso à saúde tem sido enfrentadas pela população no Assentamento Normandia, Caruaru-PE, após a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo da Floresta e das Águas em 2011?

Tomando como referência a luta de classes, o território escolhido possibilitará compreender as especificidades das áreas de assentamento e suas necessidades de atenção e de organização dos serviços de saúde. Desta forma, contribuir na criação de estratégias políticas, técnicas e operacionais que permitam à melhoria das condições de vida dos assentados (as) e de acesso a rede de serviços de atenção à saúde.

Este projeto pretende contribuir no debate sobre as questões do acesso aos serviços de saúde para a população do campo, como também na criação de estratégias políticas, técnicas e operacionais que permitam à melhoria das condições de vida dos Assentados (as) e assim ampliar o debate referente a PNSICF, particularmente no que concerne a garantia de acesso a saúde no estado de Pernambuco.

Nossa perspectiva tem como premissa resignificar e pôr em prática o conceito de saúde do MST, fortalecendo a educação popular em saúde e suas práticas integrativas na relação entre processo saúde – doença, para além da visão médico centrada e reforçando os saberes populares vinculados à classe trabalhadora do campo.

Dialogando com a PNSIPCFA a fim de fortalecer, com esse movimento, as práticas populares de educação popular em saúde e permitindo uma articulação na transversalidade entre os setores da sociedade e os sujeitos do campo.

Desta forma, em nosso trabalho buscaremos analisar o acesso à saúde pela população do assentamento Normandia, em Caruaru, Pernambuco, tendo como referência as ações desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família.

Este estudo proporcionará subsídios para compreender esta política, permitindo a elaboração de questionamentos acerca da garantia do direito ao acesso à saúde no SUS de forma equânime, universal e integral a toda população do campo da floresta e das águas, tendo em vista que a PNSICFA tem esse desafio de atender as demandas e necessidade de saúde dessas populações, levando em conta as suas especificidades e peculiaridade .

A PNSICFA é um instrumento de luta para o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra em busca de melhoria das condições de vida, centrada no desenvolvimento de um novo homem e uma nova mulher, no desenvolvimento social e humano dos sujeitos do campo que passa a ser protagonista de sua própria história. De forma a intensificar a produção de saúde no campo, através das melhorias das condições de vida, trabalho e prevenção de doenças, contribuir assim na ampliação do conceito de saúde, na afirmativa desta como um direito, dependente de determinantes sociais, econômicos e culturais, políticos e ambientais.

Nesse sentido a PNSICFA é organismo de discussão que tem como finalidade mobilizar, articular e organizar toda a sociedade a partir da temática saúde e não da doença integrando os saberes científicos e tradicionais para promover a saúde no campo. No contexto atual, pretende-se com a presente pesquisa auxiliar os gestores municipais e estaduais no aprimoramento das condições de saúde dessa população, levando em consideração o modo de viver e produzir saúde no campo na perspectiva dos/as camponeses/as.

Esta política nasce do dialogo propositivo entre gestão e movimento sociais e requer resinificar o território com espaço de ações coletivas que aglutinam sujeitos sociais em torno da luta. Para que isso aconteça precisamos readequar o espaço de geração de vida de forma a contribuir no processo de bem-estar da população

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as barreiras de acesso à saúde dos (as) trabalhadores rurais (as) do Assentamento Normandia no município de Caruaru-Pernambuco.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar as condições gerais do Assentamento Normandia;
- Descrever as ações de saúde desenvolvidas pelo município de Caruaru para atender aos trabalhadores rurais do Assentamento Normandia;
- Caracterizar as barreiras de acesso à saúde enfrentadas pelos trabalhadores rurais do Assentamento Normandia.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 SAÚDE COMO DIREITO E CONQUISTA DA CLASSE TRABALHADORA

O direito à saúde se coloca no contexto dos direitos sociais, conforme o Art.196 da Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988 e desse modo afirmando-se que saúde é direito de todos e dever do estado, por tanto é garantindo estas políticas sociais e econômicas que se visa à redução dos riscos de doença e de outros agravos, tornando-se um acesso universal e igualitário, com ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A lei 8.080/90, em seu art. segundo explicita que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o estado promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

No decorrer do seu desenvolvimento o sistema de saúde brasileiro assumiu diversas peculiaridades, que seguiam marcando a história desse aparelho desde os seus aspectos econômicos quanto políticos e ideológico e da conjuntura da época, em que prevalece a ideologia do modelo capitalista. Portanto, sua construção se pauta numa visão de que o serviço de saúde pública é de responsabilidade do indivíduo e não uma questão social sob a salvaguarda do Estado. Para Marx e Engels (2009),

Quando a sociedade burguesa chega no seu pleno florescimento, que é impulsionada pelo um conjunto de transformações -econômica, políticas, sociais, ideológicas, culturais - a mesma se torna plenamente social, permitindo ser reconhecida na sua legalidade própria ,ou seja ,como algo que é produzido pela atividade humana e não por forças naturais ou sobrenaturais. Por outro lado, a sociedade por ser baseada numa forma de exploração do homem pelo homem que mistifica as relações sociais, também oculta a sua verdadeira natureza. Ao transformar as relações apareçam como se fossem naturais. Como consequência, as relações de exploração não aparecem como produtos das atividades humanas, mas como algo que independente dos homens. (MARX; ENGELS, 2009, p. 10).

No modelo capitalista a saúde dos indivíduos não é prioridade, o trabalhador para este sistema é apenas um objeto que proporciona lucro. Com isso é nítido o crescimento das disparidades sociais através da exploração do trabalho com a remuneração baixa. Nesse sistema as pessoas são acondicionadas a consumir compulsivamente, muitas vezes sem

necessidade, dessa maneira, são valorizadas pelo que tem e não pelo que são, se não tem utilidade os mesmos são descartados a qualquer momento quando não tem mais serventia.

Numa sociedade que não reconhece o trabalho como fator socialmente determinante não tem história, não têm desenvolvimento. São os homens que desenvolvem a sua produção material e o seu intercâmbio material que ao mudarem essa sua realidade, muda também o seu pensamento e os produtos do seu pensamento.

Conforme Marx (2009, p 29) “Não é a consciência que determina a vida é a vida que determina a consciência”.

Nesse sistema os trabalhadores e trabalhadoras não podem ficar doentes, pois enfermos não tem como vender a sua mão de obra, e de alguma forma compromete diretamente os lucros do capital que sempre espera um ganho acima do esperado. Nesse processo de trabalho os trabalhadores adquirem muitas enfermidades com o esforço repetitivo, carga horária alta e as demais condições precárias de trabalho.

O Capitalista usa do discurso de que se preocupa com a saúde dos trabalhadores e que é necessário conter as doenças que ameaçam o processo de produção e geração de renda e lucro, sendo que importa na verdade é só a produtividade. Como afirma Alessi (1994) o trabalho é entendido enquanto espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituições e do fazer histórico dos trabalhadores, que buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais saudáveis, num processo lento, contraditório, desigual no conjunto da classe trabalhadora, dependente de sua inserção no processo produtivo e do contexto sócio-político de uma determinada sociedade. Nesse sentido, a saúde do trabalhador aparece enquanto uma prática social instituinte e instituída dentro de um determinado modo de produção (ALESSI et al., 1994).

Mas, sabe-se que é visível a omissão do poder público com os cuidados da saúde da população do campo, quando privilegia a distribuição dos médicos para as unidades de saúde localizadas nas cidades, deixando a unidade do campo descoberta, quando não oferece condições básica de trabalho para as equipes de saúde da família atuarem no campo (quando existem), a população é excluída de vários serviços essenciais a vida humana e que deveria ser ofertado de forma equânime e universal.

O modelo de saúde no sistema capitalista tem alicerce no assistencialismo, como expressa o CEBES (2012), ilustrando claramente a forma como o sistema capitalista agem desde o início do SUS.

Implantação do direito universal à saúde teve de conviver e competir com os interesses do mercado privado, que vê a saúde como um negócio a ser explorados seja na prestação de serviços, seja através da venda de seguros privados e serviços de saúde. ” (CEBES, 2014, p. 2).

A construção do Sistema Único de Saúde-SUS sobreveio de um grande caminho que foi percorrido até a sua implantação como a principal política pública de saúde brasileira.

No Brasil colônia as ações de saúde eram voltadas para as campanhas sanitárias que visava atenuar os problemas da saúde pública. Como o país passava por um período de epidemias com muitas doenças transmissíveis que afetaram a economia agroexportadora, forçando assim o estado a executar ações de saneamento básico nas áreas de interesse comercial. Esse período foi marcado pelas campanhas sanitárias que incidiram um movimento de aparelhamento sanitário que originou em 1921 o Departamento Nacional de Saúde Pública –DNSP, que era visto como estrutura estável dos serviços de saúde pública para as áreas rurais.

O modelo assistencialista dos serviços de saúde surge na segunda década do século XX, com a implantação das indústrias na grande São Paulo que cobrava dos trabalhadores uma porcentagem para que os mesmos pudessem ter acesso aos serviços de saúde.

Nesse momento surge a medicina previdenciária com as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), em 1923, por meio da Lei Elói Chaves, um passo inicial para a previdência social no Brasil. Na era Vargas, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs, com a reestruturação das CAPs, visando atender as categorias profissionais.

Com as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) os trabalhadores a estas vinculados tinham direito a assistência médica. Nesse modelo fundamentado na assistência previdenciária, o usuário passava a ser cliente, e dessa forma cria-se essa distinção entre os que podem pagar pelos serviços de saúde e os que não podem. E estes são submetidos a longas esperas pelo atendimento e serviços de saúde. Intencionalmente as CAPs foram a porta para o surgimento dos serviços privados de saúde, com caráter lucrativo, que não reconhece o cidadão como sujeito, mas a doença como fator principal para obtenção do lucro.

Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1975 houve a unificação dos IAPs. Este momento marca o contexto da saúde pública pelo modelo hospitalocêntrico, medicocentrado, pautado pela compra de serviços de saúde.

Com o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), a saúde passou a ser estruturada a partir do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1977. A assistência à saúde se organizava basicamente com a compra de serviços médico-hospitalares e especializados do setor privado, em um modelo centrado fortemente na medicalização, curativa, de caráter aristocrata.

Mesmo com tantos órgãos instituídos, o sistema de saúde brasileiro vivia um colapso na saúde, uma conjuntura onde os setores estatais e empresarial médico funcionavam de forma impotente e inoperante.

Envolvidos nesse momento da história da saúde pública brasileira, estudantes, intelectuais, lideranças populares, sindicalista e profissional da saúde iniciaram um movimento crítico pela Reforma Sanitária Brasileira – RSB, que tinha a finalidade de propor soluções para resolver os problemas do setor e democratizar a saúde pública no Brasil.

Para Escorel (2008), o Movimento da Reforma Sanitária incorporava profissionais da saúde e pessoas vinculadas ao setor, que compartilhavam a abordagem médico-social da saúde e que através de práticas políticas, ideológicas e teóricas, buscava transformar a saúde no Brasil, para melhoria das condições de atenção e saúde da população, estabelecendo o direito de cidadania.

O SUS tem na sua origem nos princípios filosóficos e organizativo desse movimento conhecido como (Reforma Sanitária) que se estruturou ao longo dos anos 1970 e início dos anos 1980, que lutava por mudança do modelo médico assistencial privatista. Hoje os movimentos que lutam por saúde pública não têm tanta força como tinha nos anos 1970, por se encontrarem em outra conjuntura política, que bombardeia o SUS com um sucateamento e as privatizações dos serviços de saúde. Mas continua defendendo uma saúde pública e o direito dos cidadãos de acessar um sistema de saúde equânime integral e universal (PUSTAI, 2004).

A VIII Conferencia Nacional de Saúde (CNS) de 1986 foi um marco para a consolidação do SUS e o processo de redemocratização do modelo de saúde. Nela foram apontaram os princípios que deveriam permear o SUS. Aguiar (2011) afirma que a VIII CNS representou

[...] o evento político-sanitário mais importante da segunda metade do século XX, onde foram lançadas as bases doutrinarias de um sistema público de saúde para o Brasil. Essa Conferencia colocou em pauta três aspectos necessários à reforma sanitária: um conceito amplo de saúde que extrapola a visão meramente biologicista; a saúde como direito de cidadania e obrigação do Estado; e a instituição de um sistema único pautado pelos princípios da

universalidade, da integralidade, da equidade, da descentralização e da participação da comunidade (AGUIAR, 2011, p. 44).

A VIII Conferência Nacional de Saúde materializou os fundamentos da Reforma Sanitária Brasileira e orientou a organização do sistema de saúde, propondo a universalização do acesso de modo igualitário, participativo, descentralizado e integral, colocando a saúde novamente na pauta política.

Resultaram em 1987 na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que tinha como linhas a universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, a integralidade dos cuidados assistenciais e a descentralização das ações de saúde.

Com aprovação da “Constituição Cidadã” em 1988, se legitima a saúde como direito de todos e dever do estado como mostra o Art.196, criando o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir desse momento o SUS se consagrou como uma conquista para toda sociedade brasileira por que ele não seria só um direito da população, mas um dever do Estado, sendo considerado um dos maiores sistemas de saúde do mundo.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, operacionaliza o atendimento público de saúde, destacando o SUS como sendo:

O SUS é a união de todas as ações e serviços de saúde públicos e privados contratados para garantir a todos os brasileiros (universalidade) no acesso à promoção de saúde, prevenção de doenças e assistência médica (integralidade). (SÚMULA 81, 2001, p. 2)

Com a institucionalização do SUS todas as pessoas têm direito à saúde (PAIM, 2009), uma vez que o mesmo está ligado à cidadania; pressupõe uma sociedade igualitária, justa e equânime para todos independente de classe social, raça, cor e gênero. O SUS trouxe para o povo brasileiro o direito à saúde comum a todos e gratuita, cujo custeio decorre da junção dos recursos federais, estaduais e municipais:

[..] sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema, referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL1990, p. 4).

O SUS surge a partir das demandas e anseio por mudanças estruturais do país. E só foi possível com participação e empenho de várias pessoas da sociedade civil, sendo um projeto que tem o objetivo de assegurar a saúde pública a toda população brasileira.

Desde sua origem contou com a participação de diversos atores sociais, como intelectuais, professores, profissionais da saúde, estudantes e movimentos populares, que com muitos outros que defendiam suas propostas ao longo de muitos anos. Esse movimento que lutou por mudanças no conceito de saúde e que surgiu dessa ebulição democrática teve o nome de Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).

O SUS é considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde públicos do mundo, garantindo acesso integral, universal e gratuito a toda a população que o procura, oferecendo desde os mais simples atendimentos ambulatoriais aos de alta complexidade.

A expressão ‘Sistema Único de Saúde’ (SUS) alude em termos conceituais ao formato e aos processos jurídico-institucionais e administrativos compatíveis com a universalização do direito à saúde e em termos pragmáticos à rede de instituições – serviços e ações – responsáveis pela garantia do acesso aos cuidados e atenção à saúde. (BAHIA, 2009, p. 357).

Fundamenta-se em três princípios que guiam o seu desempenho: Universalidade, Equidade e Integralidade. A partir destes, as diretrizes do SUS foram definidas como sendo: hierarquização, regionalização e territorialização. Estes princípios e diretrizes estão apoiadas no conceito de seguridade social de importância pública, e norteiam a materialidade das ações em saúde.

A Universalidade corresponde à garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do governo: municipal, estadual e federal.

Equidade significa assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, mais o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.

A Integralidade pressupõe o reconhecimento na prática dos serviços de que:

- cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
- as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;
- as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. (BRASIL, 1990, p. 04 e 05)

No SUS os serviços de saúde são organizados de forma hierarquizada e regionalizada, ou seja, a população tem acesso aos serviços de saúde desde atenção primária até a maior complexidade caso seja imprescindível. No entanto para que tudo funcione com êxito é necessário que a rede esteja bem estruturada e qualificada, e que se tenham vínculo entre os níveis de atenção para melhor resolubilidade dos problemas que venha a surgir, e assim poder dá uma cobertura a toda as modalidades a população.

O SUS foi criado para oferecer atendimento igualitário e cuidar e promover a saúde de toda a população. O Sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

O SUS está em constante aprimoramento e nesse movimento é guiado pelo entendimento de fazer saúde a partir da prevenção, recuperação e promoção da saúde, desempenhando suas ações a partir da participação e mobilização.

O SUS é um aparelho público de gestão com feedback no que se refere as necessidades de saúde dos brasileiros. O SUS é o desenho do direito da Carta Magna onde afirma a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. A materialização desse direito está pautada nos princípios da universalidade do acesso, da integralidade das práticas e dos processos e da equidade na distribuição dos diferentes recursos, segundo as especificidades de cada grupo e região.

De acordo com o novo ponto de vista que expressa a saúde no seu marco legal Aguiar (2011) afirma que:

A Saúde passa ser direito de todos os cidadãos e a ser assegurada pelo Estado por meio de recursos públicos de acordo com o previsto na lei. O sistema é

considerado único porque os princípios e diretrizes que regem a organização dos serviços e ações de saúde devem ser os mesmos nas três esferas (federal, estadual e municipal), que também terão comando único em cada nível de gestão (AGUIAR, 2011, p. 44).

Uma importante contradição em si observada na construção histórica do processo democrático do país, e que se reproduz no âmbito da política de saúde. Historicamente os povos do campo não foram reconhecidos como sujeitos portadores de direitos, e com isso também ficaram as margens no que diz respeito às políticas públicas entre elas da saúde que é de fundamental importância para esses povos.

Diante de tanta imparcialidade os povos do campo, da floresta e das águas se uniram junto com outros movimentos sociais e segmentos da sociedade: Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Comissão Pastoral da Terra (CPT), Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ), Entidades Representativas dos Povos Indígenas, Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar (FETRAF), Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), Movimento dos Atingidos por Barragem (MAB), Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA), Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), Movimento Nacional dos Pescadores (MONAPE), Mulheres Trabalhadoras Rurais-Movimento das Margaridas (MTRMM), Órgãos de Governo tendo como Convidados o Instituto de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), Ministério do Meio Ambiente (MMA), Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM/PR) para lutar por uma política que atenda às suas necessidades e respeite as especificidades.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) tem como objetivo primordial a promoção da saúde desta população

por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual e religiosa, visando o acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2008, p.3).

Este é um tema que tem despertado interesse por fazer parte das práticas cotidianas dos povos do campo que tanto tem lutado pela garantia dos seus direitos. Entender as correlações de forças que estão em jogo sobre essa política contribui para um melhor acesso das comunidades aos serviços públicos de saúde, compreendendo as questões políticas que impedem a implementação da política que é tão necessária para mudar as condições de saúde do campo.

A PNSIPCFA foi instituída pela portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011 trazendo para si os princípios e diretrizes do SUS, sobretudo a equidade, a integralidade e transversalidade na execução das ações norteadoras. Tendo a inclusão social como garantia de acesso as ações e serviços do Sistema Único de Saúde, promovendo a saúde de forma equânime sem distinção de raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual dessas populações.

Esta política assume o compromisso de atender as demandas de saúde dessas populações, respeitando as suas especificidades. Está organizada em quatro eixos que são estruturantes e estratégicos para redução da desigualdade social na saúde, sendo eles:

- **1º Eixo: Acesso das populações do campo, da floresta e das águas a atenção à saúde.** Esse eixo é o principal, por ter mecanismo que gerencia e planeja a promoção de equidade em saúde nos diversos grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade.
- **2º Eixo: Ações de promoção e vigilância em saúde às populações do campo, da floresta e das águas.** Tem como principal objetivo a redução de risco e agravos resultante do processo de trabalho com destaques para as intoxicações. Assim assegurando a saúde do trabalhador e as atuações da vigilância em saúde
- **3º Eixo: Educação permanente e educação popular em saúde com foco nas populações do campo e da floresta e das águas.** Nesse é de fundamental importância a inclusão de temas que abordem a saúde do campo, da floresta e das águas no processo de formação permanente dos trabalhadores do sistema de único de saúde em especial os que atua na atenção básica.
- **4º Eixo: Monitoramento e avaliação do acesso as ações e serviços de saúde às populações do campo, da floresta e das águas.** Este último eixo diz que as ações e propostas do plano plurianual, que são as bases para esse monitoramento e avaliação, onde se tem como indicadores os fundamentos da morbimortalidade e a promoção destas populações a atenção integral à saúde.

A PNSIPCFA tem como eixo principal o **acesso** a atenção à saúde, com a finalidade de guiar o planejamento equânime dos serviços de saúde e perpassa os demais eixos. Dentre suas atribuições, a PNSIPCFA tem como finalidade o debate das ações de saúde, reafirmando o compromisso com a saúde dessas populações, uma vez que cada uma tem características e aspectos de reprodução social próprias, relacionadas ao campo, ao extrativismo, a floresta, aos ambientes aquáticos ou agropecuário.

Para Ueti (2008) é necessário reconhecer essa população de maneira heterogênea e com suas particularidades:

(...) as pessoas não são iguais, não vivem todas sob as mesmas condições e, portanto, o sistema de saúde não pode ser o mesmo para todos; equidade não significa tudo igual para todos (BRASIL, 2008, p. 13).

A PNSIPCFA foi proposta nessa mesma perspectiva, pois reconhece ser imprescindível a adaptação dos serviços do sistema único de saúde às especificidades ao mundo dos povos do campo, da floresta e das águas, levando em consideração os princípios organizativos do SUS, como a transversalidade, e a descentralização e tendo como elemento central a participação popular e o controle social, ressignificando o acesso dessas populações às ações de saúde.

### 3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

Quando nos reportamos sobre Atenção Primária à Saúde (APS), nos referimos da sua importância como instrumento estratégico nos cuidados primários, e no aparelhamento da atenção em saúde.

Com um desenho que permita trabalhar de acordo com cada território, desenvolvendo atividades cotidianas que possa acondicionar as necessidades da população. No Brasil, APS concebe um conjunto de atuações, com olhar para o sujeito enquanto indivíduo particular e coletivo, que incluir a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Internacionalmente tem-se apresentado “Atenção Primária à Saúde” (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das

necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como atenção a indivíduos e comunidades (MATTA, MOROSINI, 2009, p. 44).

O conceito de atenção primária foi um marco referencial empregado para uma nova organização dos sistemas de saúde, tendo como objetivo afinar a relação entre a medicina preventiva e curativa onde a população tenha atenção integral dos serviços de saúde desde os centros de saúde primários como visita domiciliar até outros serviços de alta complexidade. O relatório Dawson, do ano de 1920 que fez essa definição a pedido do governo inglês. De acordo com (MATTA, MOROSINI, 2009)

O referido relatório organizava o modelo de atenção em centros de saúde de primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveria estar organizado de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação em clínico geral. (MATTA, MOROSINI, 2009, p. 45).

Essa compreensão inglesa de como organizar os sistemas de saúde teve uma forte interferência nos demais sistemas de saúde do mundo fazendo com que cada país fizesse as adaptações necessárias.

Essa maneira de organizar veio do acordo firmado entre os 134 países, que na I conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata, que tinha como objetivo que todos os países conseguissem promover saúde de qualidade nos diversos níveis para toda população, a meta era para o ano 2000, mas eles tinham que adotar o modelo da APS.

Podemos afirmar que a Conferência Internacional de Alma Ata realizada em 1978 foi um marco, que reafirma a saúde como direito humano fundamental. Essa afirmação fica muito clara no relatório da conferência:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco

principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

(OPAS/OMS, 1978, p. 01)

Na década de 1990 o Brasil foi cenário de grande avanço do método de descentralização do setorial saúde. A criação do Sistema Único de Saúde-SUS sem dúvidas foi um marco para a população brasileira, baseado nos princípios da reforma sanitária brasileira que teve como bandeira de luta a universalização dos do direito à saúde.

Esses avanços no decorrer dos anos impulsionaram o início dos experimentos nos serviços municipais de saúde que contribuíram para o aparelhamento desses serviços. Só com uma nova compreensão, onde Atenção Primária foi suprida pela Atenção Básica.

Um desses avanços foi o programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) em 1991, e Programa de Saúde da Família-PSF (1994) que foi a primeira experiência como estratégia de colaboração na edificação desse novo molde da atenção integral à saúde das famílias.

A portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 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). (BRASIL, 2012, p. 13).

A saúde da Família é percebida como uma estratégia com finalidade de mudança do modelo assistencial no SUS, tendo em seu conjunto equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Onde essas equipes são incumbidas de acompanhar uma quantidade determinada de famílias, situadas em um território demarcado. PAIM,2009 afirma que:

A saúde da família busca a integração entre ações preventivas e curativas para cada seiscentas a mil famílias em territórios definidos, contando com o trabalho de equipes constituídas, basicamente, por médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitário de saúde (ACS). (PAIM, 2009, p. 76)

Já para os autores Trad & Bastos, 1998 o PSF tende a priorizar as populações que se encontram em situação de vulnerabilidade, seguindo sempre os princípios que norteiam o SUS, garantindo assim acesso essencial para toda a população.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994. No entanto, é a partir de 1998 que o programa se consolida como estratégia estruturante de um modelo de atenção à saúde que priorize ações pautadas nos princípios da territorialização, da intersetorialidade, da descentralização, da coresponsabilização e da equidade, priorizando grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer, ou seja, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS. (MS, 2003; Trad & Bastos, 1998).

O PSF tem como desafios expandir e qualificar a atenção básica, tendo a família como centro da atenção e não o indivíduo doente, Chiesa e Fracolli 2004 afirmam que:

Tendo como eixo central o fortalecimento da atenção básica, o PSF foi pensado como mecanismo de rompimento do comportamento passivo das unidades básicas de saúde, entendendo o indivíduo como singular e como parte integrante de um contexto mais amplo que é a família e a comunidade (CHIESA; FRACOLLI, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A saúde da família é compreendida como porta de entrada da atenção básica, com caráter resolutivo, ficando evidenciada na oferta de ações pelas equipes e seus acompanhamentos matriciais. Que tem como finalidade aproximar os serviços entre a comunidade, com o olhar voltado para o ambiente como todo, visando os cuidados preventivos trabalhando sempre com a família, e não apenas com o sujeito, numa socialização de saberes populares onde a qualidade de vida e o bem-estar social sejam resultantes desse engajamento no que se propõe esse novo modelo de atenção.

A estratégia de saúde da família encerra, em sua concepção, mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao constituir uma equipe multiprofissional responsável pela atenção à saúde de uma população circunscrita, definir o generalista como o profissional médico de atenção básica e instituir novos profissionais, a saber, os agentes comunitários de saúde, voltados para a ação comunitária, ampliando a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade (ESCOREL, *et al.*, 2007, p. 165)

Foi no ano de 2006 que o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde, uma vez que sendo programa ele tem um prazo para se encerrar e sendo uma estratégia é estável e contínua. Assim passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família – ESF. Os princípios da ESF estão presentes na PNAB/2012, podendo ser interpretados como deveres da ESF.

De acordo com a PNAB (2012), a ESF necessita: I – Ter território adstrito; II – Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção; III – Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita; IV – Coordenar a integralidade em seus vários aspectos; e V – Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde.

Desse jeito, a ESF parte da acepção de assegurar do que foi solidificado na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde 8080/90, nos princípios, nas diretrizes do SUS. Porém a ESF é direcionada a grupo populacional que se encontra em situação vulnerável a ESF deveria ser a porta de entrada da população nos serviços básicos de saúde, com cuidados contínuo composta de equipes multiprofissionais aptas.

### 3.3 MOVIMENTOS SOCIAIS, O MST E A LUTA PELA TERRA

A compreensão acerca dos movimentos sociais se traduz numa ação em conjunto, que de algum modo reivindicam algo perante a sociedade que está em curso, uma sociedade dominante que impõe seus valores e detêm o poder econômico e político. Reporta-se às causas populares, da classe trabalhadora que fica e têm sido deixados em segundo plano, ou talvez esquecidos.

E já não são as forças mais combatíveis que denunciam sozinhas (ainda que por exemplo, na esdrúxula concentração de riquezas, a infelicitar bilhões de seres humanos, nos mais distintos recantos do planeta. Não bastassem as fontes do, ou vinculadas a esse próprio sistema, que já não hesitam em reconhecer dados até a há pouco tempo por elas omitidos ou mesmo negados) (CALADO, 2007, p. 1)

E por todo o mundo a luta por dignidade tomou força e as pessoas em coletivo saíram às ruas para reivindicar seus direitos, pois a sociedade capitalista que economicamente começou a se fortalecer no início do século XVIII, quando uma minoria conseguia obter lucros exorbitantes, enquanto outros viviam na miséria, a classe trabalhadora sendo sacrificada para servir o interesse de alguns, criando desse modo várias lutas por liberdade e igualdade, o lema da Revolução Francesa, tornou-se um marco na luta por liberdade para a classe trabalhadora.

A grande revolução de 1789 - 1848 foi o triunfo não da “indústria” como tal, mas da classe média ou da sociedade “burguesa” liberal; não da “economia moderna” ou do “estado moderno”, mas das economias e Estados em uma determinada região geográfica do mundo (parte da Europa e alguns trechos da América do Norte), cujo centro eram os Estados rivais e vizinhos da Grã-Bretanha e França. A transformação de 1789 – 1848 é essencialmente o levante gêmeo que se deu naqueles dois países e que dali se propagou por todo o mundo (HOBBSAWM, 1798-1848, p. 20).

Historicamente a classe trabalhadora vem fazendo luta, lutando para a conquista de seus direitos, e desse modo vem deixando um vasto legado, revolução russa (1917) citada acima, revolução chinesa (1949), Revolução Sandinista, (1821, sua independência e sua continuidade por um país mais democrático), não mais do que atual e presente a revolução cubana de 1951, que com seus exemplos sobre a discussão de uma saúde familiar preventiva, continua seguindo firme, esta ilha socialista e, acima de tudo, humanista, preocupada com a saúde da humanidade, vem espalhando seus profissionais da saúde por todo o um mundo, onde se precise de atendimento de qualidade e seja solicitado ali estará alguém da saúde, morador dessa ilha ou alguém que lá se profissionalizou.

Não querendo a que minimizar as várias lutas postas pela classe trabalhadora, e obrigando-se a um recorte histórico, das várias lutas por terra gerada pelas contradições de um antagonismo de classe.

Reportando-se ao Brasil deste a sua colonização, dessa luta entre quem detém a terra apenas por status e aqueles que a querem para manter-se, sendo este um ponto de maior contradição, inicia-se com os povos originários (conhecidos como índios brasileiros), territorialização usurpada, em seguida os vários navios negreiros que a que aportaram (para

beneficiar os donos de terras), que mais tarde, constituiu-se os quilombos dos Palmares, as lutas messiânicas (de 1888 a 1930), não questionando o mérito das várias outras lutas que arrolaram neste país.

Tendo como base, está na sua formação, o Brasil apresenta na sua história as desigualdades sociais. A questão agrária é ponto crucial nesse debate, trazendo para cena a concentração fundiária. Nesse período as terras pertenciam a um só dono – a coroa portuguesa – que designava leis para se beneficiar no modo de produção escravista, com o intuito de abastecer o Mercado externo, extraindo os recursos naturais exportados como forma de obter lucro. Nesse processo de colonização a oligarquia latifundiária usava a terra como base de poder, alicerçada no tripé da monocultura, latifúndio e escravidão. Conforme destaca Furtado (1969):

Nas regiões onde a agricultura orientou-se desde o início para a exportação, a fazenda assumiu a forma de empresa agrícola, muitas vezes utilizando mão de obra escrava importada da África, como ocorreu no Brasil e em grande parte da região caribenha. (FURTADO, 1969, p. 74)

A agricultura tem como finalidade o processo de exportação, o espaço social do trabalho é constituído de uma organização social privada chamada de fazenda, ou engenhos, que utilizavam a força de trabalho escrava, nesse processo o “capitalista colonizador” cria um modo específico de produzir o *plantation*.

O capitalista – colonizador organizou uma forma particular de produzir dentro das fazendas. E nos impuseram a chamar de fazenda *plantation*, que tem as seguintes características: grandes extensões de terra, monocultura (especializando-se numa só atividade), venda para o mercado externo e o principal: a utilização do trabalho escravo! (OLIVEIRA; STEDILE, 2005 p.8)

A *Plantation* concentrou-se na produção de cana-de-açúcar, das cinco regiões do país, porém a região Nordeste foi palco principal desse tipo de cultivo. O Nordeste é composto pelos Estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe – sendo os estados de Pernambuco, Alagoas e Paraíba destaque no cenário brasileiro no cultivo da monocultura. No período colonial, Pernambuco torna-se o estado

responsável por mais da metade da exportação do país, com a cultura da cana-de-açúcar e gado de corte, período também marcado por grandes conflitos e movimentos populares e de acordo com o Gilmar Mauro (2007):

O ambiente econômico em que se mantém ou se reproduz o campesinato foi transformado radicalmente e houve mudanças grandes no seu comportamento, costumes individuais e coletivos, cultura, modo de vida, pensar, etc. Ou seja, é o capital que define as condições de existência e reprodução do campesinato contemporâneo. Apesar de que sua racionalidade interna siga sendo a reprodução da unidade familiar, esta já não se consegue, no fundamental, no interior da mesma, mas pela obtenção de uma renda monetária que se obtém através da integração ao circuito capitalista. (MAURO, 2007)

A má distribuição de terras surge nesse processo de dominação, mantida na concentração da riqueza nas mãos de poucos. A estrutura fundiária ganhou novos aspectos, sendo marco desse princípio do mercado de terras no Brasil a lei nº 601 de 18 de setembro de 1850, conhecido como lei de Terras, estabelecendo assim o pequeno produtor e o grande proprietário, alterando a conjuntura socioeconômica do país. Temos na nossa formação um legado de uma sociedade agrária, escravocrata e patriarca onde o poder se concentra nas mãos de poucos, desencadeando um processo de concentração fundiária, que traz as desigualdades e os conflitos agrários que penduram fortemente até os dias atuais.

Como nos mostra a história, a luta pela terra no Brasil vem desde o período da invasão dos portugueses. Mas assume maior relevância a partir do período entre os anos de 1954 a 1964, considerado o mais tenso desse país, quando surgiram as três grandes organizações camponesas que lutavam pela reforma agrária: a União de Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Brasil (Ultab), no Rio Grande do Sul, as Ligas Camponesas em Pernambuco e o Movimento dos Agricultores Sem-Terra (Master), no Paraná.

Destaque merece ser dado às Ligas Camponesas, por sua importância e organização na época, entretanto sem esquecer das outras organizações, ou seja, desses movimentos sociais, pois todas tiveram seu papel fundamental para a organizar a classe trabalhadora. As Ligas Camponesas surgiram a partir da Sociedade Agrícola dos Plantadores e Pecuarista de Pernambuco no início da década de 1950. No começo dos anos 1960 no Engenho Galileia, em Vitória de Santo Antão, os trabalhadores rurais desse município usavam as terras abandonadas pelos senhores de engenhos em troca de um foro (uma espécie de aluguel).

As Ligas Camponesas surgiram como um movimento religioso e legalista, aí por meados dos anos cinquenta. No Engenho Galiléia, em Vitória de Santo Antão, os chamados moradores, de fato arrendatários submetidos a formas arcaicas de pagamento de renda-em-trabalho, pediram e obtiveram permissão do fazendeiro para organizar uma cooperativa funerária para amenizar os custos de sepultamento dos mortos (MARTINS, 1994, p. 60).

Esses senhores de engenhos, donos da terra, de um momento para outro, pensando em aumentar seus lucros aumentaram absurdamente o foro, assim provocando a saída forçada dos trabalhadores que sentiram, então, a necessidade de se organizarem e lutarem pela terra. Mas esses trabalhadores, de forma organizada conseguiram chamar atenção de muita gente, realizando reuniões, conquistando aliados e nesse processo conseguiram atrair vários representantes pela causa. Um desses tornou-se um aliado muito importante e que os representava e os defendia – o então advogado e deputado Francisco Julião, do Partido Socialista Brasileiro – PSB, que mais tarde tornou-se líder das Ligas.

Essa nova organização de trabalhadores que resistia fortemente nas lutas locais tinha um lema: “reforma agrária na lei ou na marra”, que deixa nítido o pensamento fundamental de reformas absoluta no que se propuseram as ligas naquele momento que era a reforma agrária radical. Ao longo dos anos, muitas outras Ligas foram surgindo nos diversos municípios de Pernambuco, na região nordeste e outras por todo o Brasil.

As Ligas cresciam conforme os conflitos com os fazendeiros aumentavam, nesses conflitos muitos trabalhadores tomaram na luta pela terra. E a Liga conseguiu fazer um processo diferente e único com os seus associados: algumas lideranças, como João Pedro, da Paraíba, andavam várias léguas a pé, justamente para garantir formação política aos camponeses. Desse modo as Ligas tornaram-se alvo e passaram a ser consideradas perigosas para os governantes da época. Com a tomada do poder pelos militares em abril de 1964, todas as lideranças foram caçadas, assassinadas, torturadas. Os militares passaram a comandar essa repressão em todo e qualquer movimento social que se manifestasse contra o golpe, um período de restrição, arbitrariedade, aos direitos dos cidadãos, à sua integridade física, bem como a liberdade de expressão, censura aos meios de comunicação, aos diversos artistas, jornalista, estudantes e demais cidadãos. Nada que fosse contra o golpe poderia ser veiculado.

Outra característica do regime militar foi à cassação dos direitos políticos da oposição, com uso de procedimento violento, inclusive prisões onde os militantes eram submetidos a

torturas de todos os tipos, tanto psicológicas quanto físicas. Assim eram tratados todos que se declaravam contra o regime.

Mas é necessário entender que mesmo que um povo seja enganado, logrado, em grupo conseguem se organizar para mudar a situação vigente, conforme destaca DAMASCENO(1990):

É importante enfatizar que “o sujeito da ação é um grupo”. Este é, portanto expressão da ação comum sobre o ambiente natural e social. Os grupos estão ligados por fundamentos econômico e estrutural; mas, sua ação e suas relações decorrem de interesses comuns, do modo como concebem o mundo, dos valores, das relações de poder, enfim, de uma superestrutura política, cultural, ideológica e educativa. (DAMASCENO, 1990, p. 40)

Nesse processo de luta, de libertação que surgiu no Brasil, com o Golpe Militar de 1964, vários setores da sociedade se juntaram para irem contra a um regime que não representava a sociedade, que não foi eleito democraticamente, e estudantes, movimentos sociais, partidos políticos, principalmente o PCB (Partido Comunista Brasileiro), que teve grande importância, nesse processo histórico, com suas lideranças, como Marighela, entrando na clandestinidade, pois o registro do partido foi caçado pelos militares, por isso as suas várias lideranças, tinham que mudar-se, irem para vários cantos desse país, para não serem encontrados, mas sendo perseguidas (os), assassinadas (os), torturadas (os), consideradas (os) como desaparecidas (os) até hoje. Esses 30 anos de regime militar, não deixaram para a classe trabalhadora nenhum ganho a não ser morte e um atraso na constituinte desse país, além da perda de alguns ganhos de outros governos anteriores.

E também compreender a violenta repressão que os generais lançaram contra os movimentos de lutas pela terra. Muitas vezes eles foram explícitos: era preciso combater o comunismo no campo e nas cidades. As principais lideranças camponesas foram presas e exiladas, quando não assassinadas [...]. (MORISSAWA, 2001, p. 95).

Como uma estratégia para mascarar esse processo e cooptar a classe trabalhadora para a ideologia dominante da época do regime militar, aprovou-se a primeira lei de reforma agrária. No mesmo ano o governo aprovou também o Estatuto da Terra, como medida para conter a organização e revoluções dos camponeses.

O Estatuto foi um contragolpe as necessidades de repartição das terras. O intuito de quem elaborou o estatuto era de atender as demandas da classe trabalhadora, pois mesmo em meio a ditadura o estatuto percebia a indignação de que a terra cumprisse sua função social: produzir, respeitar, os direitos trabalhistas e ambientais. Postergava a desapropriação das terras de quem descumprissem a função social.

O regime militar produziu uma legislação suficientemente ambígua para dividir os proprietários de terra e assegurar ao mesmo tempo o apoio do grande capital, inclusive o apoio do grande capital internacional. De fato, o Estatuto da terra preconizava critérios de desapropriação bastante precisos. O regime militar procurou classificar usos de extensões de propriedade, de modo a formular um conceito operacional de latifúndio e estabelecer, portanto, uma distinção entre terras desapropriáveis e terras não desapropriáveis, não incluindo como desapropriáveis terrenos não tão extensos, porém, mal explorados (MARTINS, 1994, p. 79).

Só que o estatuto, de fato, foi instituído para evitar novos levantes sociais no campo, como as lutas organizadas ou espontâneas. Foi um organismo usado para conter as lutas sociais e os conflitos no campo por terra. Dentro desse processo histórico em uma realidade vivenciada, esse foi o estatuto que não conseguiu sair do papel, porque nunca teve importância para o regime militar, por isso ele não foi implementado.

Como diz Delgado (2003), a concentração de terras nas mãos dos fazendeiros era cada vez maior e a classe trabalhadora que residia no campo, por ser a maioria, vivia a mercê da sorte, sem emprego e sem-terra. O regime militar cooperou muito com a ampliação da estrutura fundiária brasileira uma vez que foi nesse período que se mais concentrou terras. Situação que se tornou mais grave com a chegada da modernização da agricultura no país, cujas implicações o povo vivencia até os dias atuais:

A confrontação entre reforma agrária versus modernização técnica que é proposta pelos conservadores em 1964, é reposta na atualidade, sob novo arranjo político. Esse novo arranjo se articula nos últimos anos do segundo governo FHC e também no atual (Lula), quando se constitui uma estratégia de relançamento dos grandes empreendimentos agroindustriais apoiados na grande propriedade fundiária, voltados à geração de saldos comerciais externos expressivos (DELGADO, 2003, p. 22).

Delgado (2003) destaca que as táticas do agronegócio é respectivamente a genitora da modernização agrária, sendo elas um empecilho para o avanço das forças produtivas da agricultura camponesa, ao estabelecer estratégia ampla que acate as pretensões dos trabalhadores do campo e do povo brasileiro em geral.

Como nos relata o MORISSAWA (2001) quando afirma que em meio a esse processo de luta, de abrir um novo caminho, mesmo ainda dentro do regime militar, muitas forças populares começaram a se organizar, com apoio de uma parte da igreja católica progressista que promoveu discussões sobre a reforma agrária e construiu a Comissão Pastoral da Terra (CPT).

Nesse processo de conversar e empoderar o pequeno agricultor sobre o seu direito a terra, várias lideranças da CPT, começaram a entender que era preciso organizar um movimento que fosse neutro, sem nenhuma filiação partidária.

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra – MST surge da CPT, no bojo dessa luta pela democracia, em meio às campanhas das “Diretas Já”, num clima de articulação para eleger por meio popular o presidente da república, colocando em pauta novamente o debate da reforma agrária.

No período final da ditadura militar brasileira, em meados de 1985 a 1989, começaram a se organizar várias mobilizações populares de esquerda, lideradas pela Central Única dos Trabalhadores (CUT) e pelo Partido dos Trabalhadores (PT). Nesse processo de discussão, que também vinha sendo madurecido junto aos trabalhadores rurais, culminou em 1984 com a construção do MST, que surge como uma organização que os representa, com uma proposta autônoma e construída pelos próprios trabalhadores rurais.

Nesse mesmo ano tem o seu primeiro encontro nacional com a presença de representantes de 12 estados e no ano seguinte, em janeiro de 1985 acontece o seu primeiro Congresso em Curitiba/PR, com o tema central “Ocupação é a única solução”. Nesse evento foram definidas as principais características da sua ação que assume caráter de movimento autônomo, de base sindical, popular e política. (MORISSAWA, 2001, p.138)

Nesse mesmo processo também foram definidos os objetivos do MST de lutar pela terra, lutar pela reforma agrária e lutar pela transformação da sociedade, tendo como principal característica, a forma de luta e a ocupação. No terceiro encontro nacional do MST em 1987, foram definidas as normas gerais, que são orientações para toda a militância, e o seu hino. (Turma Eduardo Galeano, 2015, p. 38)

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), desde sua gênese, tem sido a principal organização no desenvolvimento dessa forma de luta. é impossível compreender a sua formação, sem entender a ocupação da terra. O MST nasceu da ocupação da terra e a reproduz nos processos de espacialização e territorialização da luta pela terra em cada estado onde iniciou a sua organização, o fato que registrou o seu princípio foi à ocupação. Essa ação e sua reprodução materializam a existência do movimento, iniciando a construção de sua forma de organização, dimensionado-a (FERNANDES, ANO, p. 19).

Enquanto movimento de dimensão nacional, a sua militância foi distribuída em todas as regiões do país, e no Nordeste foram organizadas várias ocupações em diferentes estados, como na Bahia, Sergipe, Piauí, Alagoas, Ceará, e em Pernambuco (MORISSAWA, 2001, p. 181).

### 3.4 O MST E O CAMPESINATO EM PERNAMBUCO

Mesmo antes do MST se organizar em Pernambuco, o estado registra em sua história momentos de grandes ebulição social como é o caso das revoltas dos escravos negros, formando assim o maior Quilombo que foi o Palmares com seu líder Zumbi; no Sertão as lutas dos cangaceiros com o bando de Virgulino Ferreira, mais conhecido como Lampião; mais tarde como já citado anteriormente, a organização das Ligas Camponesas, que ultrapassaram os limites territoriais de Pernambuco, se disseminando por todo o Nordeste, sob a liderança de Francisco Julião. Nesse contexto de lutas, forjase na luta o Partido Comunista Brasileiro (PCB), com o Gregório Bezerra que ficou conhecido como o Homem de “ferro e fogo”. (CALADO, 2004, p.101).

A implantação do MST em Pernambuco pode ser narrada em cinco etapas: (1) o período da composição, (2) o retorno da organização a Zona da Mata, (3) a consolidação no estado, (4) sua ampliação e (5) a organização no território pernambucano.

Essa primeira etapa de composição do MST em Pernambuco acontece no período entre 1989 e 1991, quando o MST em Pernambuco estava ainda na composição dos seus dirigentes e quadros. Como nos mostra a história, o estado de Pernambuco sempre foi palco de grandes lutas camponesas, com tradição de hegemonia no campo.

Foi no mês de maio de 1989 que a Direção Nacional do MST definiu expandir as fronteiras da organização e com esse intuito, militantes dos estados da Paraíba, Sergipe e

Espírito Santo assumiram a tarefa de fundar o MST no estado de Pernambuco. A Zona da Mata Sul foi o escolhido inicialmente para o início dessas atividades de mobilização, tendo a cidade de Palmares sido definida para se estruturar uma secretaria e iniciar os trabalhos de bases neste município e também em Joaquim Nabuco, Ribeirão e Cabo de Santo Agostinho.(MORISSAWA,2001,p.185)

É nesse período, entre 1984 a 1992 que o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra ganha expansão no território nacional [...] o movimento soube impor a luta pela Reforma Agrária e aproveitar as contradições internas dentro do bloco dominante: os conflitos existentes entre os interesses específicos da burguesia industrial e os das oligarquias rurais.” (PROGRAMA AGRÁRIO DO MST, 2013, p. 26)

Em 25 de julho de 1989, as famílias sem-terra ocuparam o engenho no Complexo Portuário de Suape no município do Cabo de Santo Agostinho. Neste período, o governador de Pernambuco era Miguel Arraes, e as lideranças tinham a expectativa de que o mesmo apoiaria esta ação. Contudo, a área sofreu um despejo judicial que ordenava que a área fosse desocupada. Para pressionar o governo, as famílias ocuparam a Praça da República, localizada em frente ao Palácio Campo das Princesas, residência oficial do governador, e novamente foram despejadas e retomaram para o município do Cabo onde montaram acampamento a margem da BR 101-Sul. (CARTILHA MST PE, p. 08)

O governo Arraes não aceitou negociar com o MST, na tentativa de desgastar e desmobilizar o movimento, pois via nas ocupações de terras uma ameaça a grande burguesia agrária da Zona da Mata. Uma alternativa encontrada foi afastar o Movimento dessa região, neste momento, o Instituto Nacional de Colonização da Reforma Agrária (INCRA), assume a mediação das negociações e indica uma área no Sertão do São Francisco, no município de Cabrobó, afirmando que a fazenda Varzinha estava apta a desapropriação e que o mesmo garantiria toda a logística para as famílias acampadas. Entretanto, esta fazenda apresentava uma dimensão territorial inferior àquela apontada pelo INCRA e passava por um processo de desapropriação relacionado ao chamado escândalo da mandioca<sup>1</sup>, expondo as famílias a

---

<sup>1</sup> No município de Floresta, no sertão de Pernambuco, aconteceu o maior escândalo financeiro do Estado de todos os tempos. Ocorrido entre os anos de 1979 a 1981, na agência do Banco do Brasil daquele município. Resultando no desvio de CR\$ 1, 5 bilhão de cruzeiros (equivalente a R\$ 20 milhões de reais) do Proagro - Programa de Incentivo Agrícola, criado pelo governo federal em 1973. O golpe consistiu na obtenção de documentos falsos para conseguir créditos agrícolas para plantio de mandioca, feijão, cebola, melão e melancia, utilizando cadastros frios, propriedades fictícias e agricultores fantasmas, onde até pessoas já falecidas foram inseridas no esquema fraudulento.

ameaças diárias dos traficantes de drogas da região. (CARTILHA DO MST PERNAMBUCO, p.9)

O MST aproveitou esse momento para se firmar nessa região do estado, e contou com a solidariedade de algumas pessoas da igreja e estudantes, que ajudavam com donativos e no deslocamento de alguns militantes. Com a ocupação da fazenda o movimento passou a pressionar, o que levou o poder judiciário a agilizar o processo de desapropriação da fazenda Varzinha e das demais áreas do escândalo da mandioca. Foi a partir daqui que o MST conquistou em 1989 as áreas que hoje se constituem nos assentamentos Federação, Cruz do Pontal, Poço do Angico, Cruz do Pontal e Manga Nova, localizados no município de Petrolina; e Poço do Iço em Santa Maria da Boa Vista. Uma das áreas desapropriadas homenageia Pedro Jorge de Melo e Silva, Procurador da República assassinado, por sua coragem e ousadia de denunciar uma das maiores fraudes envolvendo fazendeiros, bancários, políticos e até policiais da região do Riacho do Navio pernambucano. (CARTILHA DO MST PERNAMBUCO, p. 6).

Com essa base sólida nessa região, a coordenação resolve retornar para a Zona da Mata em meados de 1991-1992, no intuito de retomar a proposta inicial do movimento em Pernambuco. Foram então organizadas as ocupações do Engenho Frescudim, hoje conhecido como Assentamento 21 de Novembro, no município de Gameleira, os Engenhos Flor de Maria em Água Preta e Mearim em Bonito, onde hoje é o Assentamento Serra dos Quilombos.

A partir dessas lutas o movimento percebeu que precisava preparar a sua base com formação política e ideológica de maneira continuada uma vez que a própria luta forma, e a formação fazem parte dos princípios organizativos do MST. Parafraçando Fernandes (ano): a luta além de ser adequada, tem que ensinar pela pedagogia prática, pois só assim é que se faz.

É a partir dessa prática cotidiana de formação que o MST realiza seu primeiro Curso de Formação da Juventude Camponesa, que contou com 60 jovens. Durante um ano de formação, os jovens puderam colocar em prática as técnicas do trabalho de base que antecede as ocupações. O território escolhido foi a região da Zona da Mata Norte, no município de Itaquitinga. Este trabalho resultou numa ocupação no dia 26 de julho de 1992 com 300 famílias. Embora a ocupação não tenha sido o que se esperava, devido aos despejos violentos, as famílias resistiram e acamparam em uma área do governo e mais uma vez tiveram adesão por parte da sociedade do município.

---

Algumas atividades tiveram seu papel acentuado na história: a primeira foi quando o MST realizou a primeira marcha estadual, partindo do município de Pombos para Recife. A segunda foi a concretização do seu primeiro encontro estadual, momento em que o movimento elegeu a sua primeira coordenação estadual. A terceira atividade que se destaca foi a ocupação da Fazenda Pedra Vermelha, em Arco Verde, que deu base política e aglutinou recursos humanos para a retomada da organização a região da Zona da Mata Sul. Mesmo depois de vários processos de despejos, o MST também conseguiu se estruturar e organizar uma grande ocupação no engenho Camaçari, no município de Rio Formoso, que contou com mais de 400 famílias. Esse engenho faz parte da Usina Cucaú, que era pertencente ao então deputado José Mucio Monteiro. Novamente o MST foi repreendido pelo governo, mas recebeu, inesperadamente, o apoio de forças aliadas, como o Sindicato dos Trabalhadores Rurais do Município, da Prefeitura do Municipal de Barreiros e do Deputado Federal Renildo Calheiros. Porém, não foi suficiente para evitar o despejo.

No período entre 1993 e 1994 caracteriza-se pela etapa de consolidação do MST no estado de Pernambuco. Nessa fase o MST escolheu o município de Nazaré da Mata para realizar o Segundo Encontro Estadual que contou com 120 delegados cheios de desejos de progredir cada vez mais, e com muitas perspectivas uma vez que o movimento já apresentava amadurecimento político e ideológico, que se materializava dia após dia com o surgimento dos assentamentos, como nos mostra o processo de luta em defesa de uma sociedade justa e igualitária.

Esse encontro foi importante por possibilitar a formulação do plano de metas para o ano de seguinte. Esse período se destacou na história do MST pelas grandes lutas pela terra e a ocupação da fazenda Normandia, em Caruarú, um marco de luta e perseverança, tenacidade na defesa da Reforma Agrária no estado.

O processo de ocupação da fazenda Normandia perdurou por anos de luta, e registra cinco despejos e seis ocupações, contando com 147 famílias protagonistas, e muitos parceiros que deram apoio ao movimento (políticos, estudantes de diversos cursos, membro da igreja). Em 23 de janeiro do ano de 1997 a fazenda passa a ser reconhecida como Assentamento Normandia, hoje referência e símbolo de identidade política do MST. “A luta pela terra se coloca no contexto do debate sobre a espacialidade e a territorialização na modernidade, transformadas pelo processo de globalização” (SAUER, 2010, p. 21).

Nesse mesmo ano o MST realiza o quarto Encontro Estadual no Assentamento Serra dos Quilombo.

Este momento na história ficou caracterizado pela definição do MST de que era preciso mudar a produção agrícola, se afirmando a necessidade urgente de modificar o cenário da monocultura da cana-de-açúcar, para dar espaço a uma produção diversificada.

A quarta etapa da história do MST em Pernambuco foi momento de sua ampliação no estado, correspondendo ao período entre os anos de 1995 e 1996. Nesse período o MST já tinha ultrapassado as barreiras geográficas e se organizava em todas as regiões do estado, para além da Zona da Mata, alcançando o Agreste Central e a região do Vale do São Francisco, onde no município de Santa Maria da Boa Vista, que em 1995 foi palco da maior ocupação já realizada no estado e umas das maiores realizada a nível nacional, mobilizando 2.204 famílias para a ocupação da fazenda Safra. Esse assentamento passou a ser conhecido nos dias atuais como Assentamento “mãe”, pois dessa ocupação o MST se dissemina na região do Sertão do São Francisco, tendo mais sete áreas ocupadas, mostrando a força de um movimento organizado que luta por terra e Reforma Agrária.

Em dezembro do mesmo ano, foi realizado o Quinto Encontro Estadual em Caruaru, com 200 delegados. Neste encontro deliberou-se pela organização do MST por regiões do estado, propiciando um acompanhamento maior das atividades. Nesse mesmo encontro foi definido que em abril de 1996 seria o ano das marchas. A marcha de Gravatá a Recife, que teve seu termino com a greve de fome que durou dez dias, no intuito de pressionar as autoridades para agilizar os processos de desapropriação de terras, alguns dos processos que estavam arquivados. No decorrer da greve ocorreram várias ocupações, dentre elas a maior da Zona da Mata Norte, que contou com 725 famílias. Esse foi o momento de maior negociação já realizada no estado, tendo como resultados a desapropriação da fazenda Normandia, Engenho Frescudim e mais outros três Engenhos no município de Gameleira.

Em meio a tantas conquistas o MST consegue mais uma que é a realização do seu primeiro Encontro Estadual dos Sem Terrinhas, realizado entre os dias 09 a 10 de novembro de 1996 no Recife, que contou com a participação de 500 crianças de todo o estado pernambucano (CARTILHA DO MST PERNAMBUCO, 1997, p.12).

As lutas continuaram com outras ocupações, totalizando 44, sendo mais uma no município de Santa Maria da Boa Vista e Lagoa Grande com 720 famílias que hoje é o Assentamento Catalunha. O MST termina o ano com uma lista grande de conquistas.

Essa etapa se conclui com a realização do seu 6º Encontro Estadual, que deliberou pela organização, estruturação e emancipação das regionais.

A quinta etapa se refere a organicidade do MST no estado de Pernambuco. Esta teve início no ano de 1997, com a massificação da luta, com a realização de várias atividades como o Encontro de Mulheres da Reforma Agrária, com participação de 400 mulheres, durante a Jornada das Mulheres, no período de 06 a 08 de março. Também houve a Marcha de Água Preta à capital do estado. O INCRA também foi ocupado para se forçar o andamento da pauta com os órgãos responsáveis. E ainda, aconteceu o 2º Encontro dos Sem Terrinhas, com a participação de mais de 1200 delegados.

Foi também no ano de 1997 que trabalhadores de todo o estado ergueram o Centro de Formação Paulo Freire, espaço de encontro, festejos e formação política da classe trabalhadora. Assumindo a pedagogia Freiriana, foi elaborado o que seria o primeiro programa de Alfabetização de Jovens e Adultos – EJA Campo, com uma metodologia voltada para a realidade do sujeito tendo ele como protagonista de sua própria história.

Este ano foi marcado por grandes ocupações como as dos engenhos Mascatinho, Pereirinha, Dois Braços e Jequi, na Zona da Mata Sul, e dos engenhos Terra Nova e Camarazal, na Zona da Mata Norte. Mas também foi marcado pela chacina cometida aos trabalhadores, que culminou com a morte de dois militantes, tombados na luta pela terra e por reforma agrária, no município de Camarazal, onde também resultou em seis feridos; no massacre de Mascatinho, dois militantes saíram baleados e um militante foi preso por 18 dias (CARTILHA DO MST PERNAMBUCO, 1997, p. 14).

### 3.5 ACESSIBILIDADE A SAÚDE

Acesso é um conceito intrincado e muitas vezes sobreposto de forma ambígua, em que não se tem um entendimento exato do seu significado quando usado nos serviços de saúde. A nomenclatura é também aplicada diferentemente por alguns autores, como Travassos e Castro (2012) e Donabedian (1973). A difícil conceituação de acesso está na heterogeneidade das definições apresentadas pelos autores.

Travassos e Castro (2012) e Donabedian (1973) empregam o termo acesso como sinônimo de acessibilidade para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Donabedian (1973) também utilizou o termo “acessibilidade” definindo-o como as características dos recursos em saúde que facilitam ou obstruem sua utilização pelos potenciais usuários.

O conceito de acessibilidade ampliou a noção de acesso para além da disponibilidade de recursos em um dado local e hora, e, em certa medida, incorpora a dimensão acolhimento (MASCARENHAS, 2003).

Donabedian (1973) destaca alguns aspectos na compreensão do acesso, que embora distintos, apresentam correlações importantes e que foram organizados em dois grupos: sócio-organizacionais e geográficos.

Para este autor, os elementos sócio-organizacionais englobam todas as características dos recursos de saúde não relacionados aos elementos espaciais, tais como: atributos do profissional de saúde (sexo, cor, especialização, tipo de remuneração) e estratégias formais e informais de admissão de pacientes que podem se utilizar de mecanismos de exclusão pela cor, status econômico ou diagnóstico. O segundo grupo de fatores que pode dificultar ou facilitar a acessibilidade, de acordo com esse mesmo autor, refere-se aos elementos geográficos, incorporando serviços e fatores capacitantes.

Travassos e Martins (2004), em uma revisão sistemática que sintetiza a produção de vários autores internacionais, constata que o conceito de acesso é impreciso, quando não distingue entre a oferta e o uso dos serviços.

Existe muita convergência na literatura de vários autores que deliberam o tema acesso com adaptação entre as peculiaridades do serviço e da população. Andersen e Newman (2005), utilizam o acesso relacionado aos serviços, e dizem que o acesso se refere à entrada do usuário no serviço de saúde e à continuidade da atenção, envolvendo a disponibilidade dos serviços de saúde, onde e quando o usuário necessitar, com clara definição da porta de entrada.

Hortale e colaboradores (2000) relacionam o acesso à descentralização dos serviços a partir de uma visão sistêmica. Para compreender o sistema de saúde privilegiam o modelo explicativo de Parsons, tendo como referências as instâncias central e local dos serviços, as características da população/usuários e levando em consideração os diferentes subsistemas: o de decisão, o de operação/produção dos serviços e o de informação/retroalimentação. Contudo, essa visão funcionalista, embora seja sistêmica, não permite ver os fluxos de um sistema em rede. O acesso depende em grande parte da conectividade da rede. As autoras colocam o acesso num campo amplo teórico que descreve a necessidade de absorver a partir do modelo de assistência que configura o sistema.

O modelo assistencial, também definido como modelo de atenção à saúde, confere a “razão de ser”, a racionalidade, a lógica que orienta a ação, preconizando modos tecnológicos de intervenção em saúde resultantes da equalização entre necessidades, determinantes, demanda e oferta de serviços (PAIM, 1999).

No Dicionário Houaiss da Língua portuguesa (2001), a definição de acesso compreende o “ato de ingressar, entrada, ingresso; possibilidade de chegar a aproximação, chegada; possibilidade de alcançar algo”. Essa definição está vinculada com os serviços de saúde e é entendida como “porta de entrada”, por ser ponto partida dos usuários na hora da necessidade é o percurso percorrido por eles em busca da solução e do bem-estar no sistema de saúde.

Pustai (2004) apresenta uma reflexão sobre o acesso baseada nos princípios da equidade, universalidade e integralidade, citando suas peculiaridades legais e levando em consideração as características históricas, fundamentadas em princípios de fé indiscutíveis tendo como objetivo a cultura da dignidade dos serviços de saúde. O acesso comum aos serviços de saúde, além de ser um direito fundamental, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais que lutam por uma saúde pública de qualidade.

Nesse aspecto, o acesso perpassa o conceito de porta de entrada; ele passa a ser um “aparelho” modificador dos fatos. Mas para garantir esse acesso total dos usuários ao SUS, depende dos próprios usuários e do bom senso e responsabilidade dos mesmos, para querer lutar pela garantia de seus direitos e não ficar a espera que tudo se resolva.

Ratificando a ideia de Campos (1992), o que define o pensamento é a consciência sanitária como elemento reformado da sociedade, na construção dos sistemas de saúde, com ajuste às necessidades socialmente determinadas de cada sujeito.

O artigo 8º do Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço (BRASIL, 2011, p. 1).

O Comitê para o Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos define acesso como o uso de serviços de saúde em tempo adequado para obtenção do melhor resultado possível. Nessa definição, o eixo do conceito é deslocado dos elementos que o compõem para seus resultados e acesso passa a ser sinônimo de uso, além de ser incorporada ao conceito a dimensão temporal.

Travassos e Viacava(2006) entendem o conceito de ‘acesso’ como as “possibilidades que os usuários têm de usarem os serviços de saúde quando precisarem”. É válido salientar que no atual modelo de atenção à saúde, essas possibilidades de organização da rede para o cuidado ficam cada vez mais escassa e quanto maior a oferta, maior é a procura

dos serviços de saúde pelos usuários, principalmente os que residem no campo, cuja disponibilidade é baixa e desigual.

McIntyre e Mooney (2012) incorporaram à noção de acesso à saúde, a liberdade para o uso dos serviços, considerando os atributos que definem o indivíduo, como seu nível educacional, sua bagagem cultural e crenças, sua condição social e econômica, entre muitos outros atributos, e a relação do indivíduo com o sistema de saúde farão com que esse indivíduo seja mais ou menos “livre” para utilizar o sistema, o que se traduzirá em melhores ou piores condições de acesso à saúde.

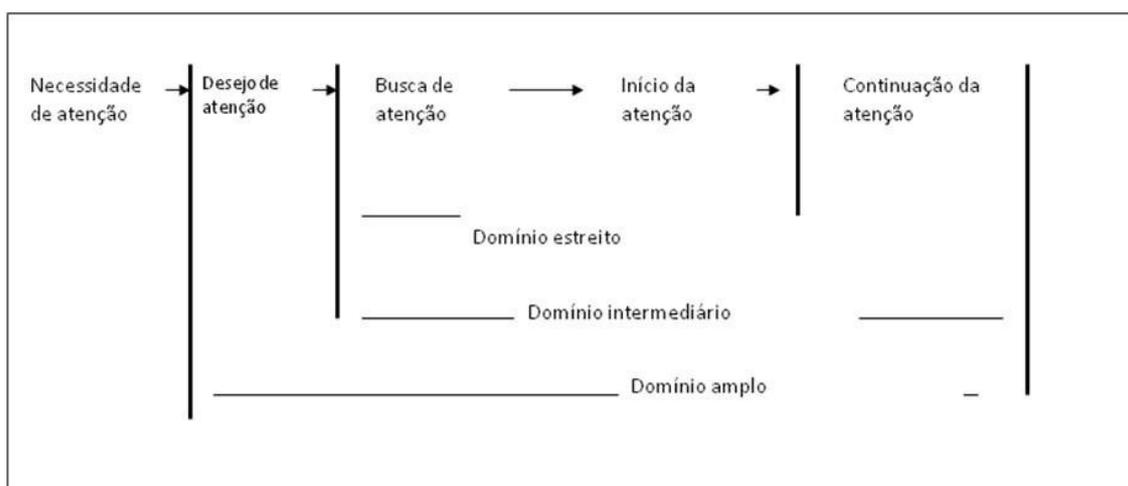
Travassos e Castro (2012) definem acesso como o fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço. Para estes autores, o acesso refere-se às características da oferta de serviços de saúde que facilitam ou obstruem a sua utilização por potenciais usuários e exprime a capacidade da oferta de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população.

Esse pensamento tem semelhança com o que Frenk (1992) chamou de domínio restrito do conceito de acesso (Figura1). Para este autor a acessibilidade pode ser compreendida de modo estreito, intermediário ou mais amplo, configurando assim os três domínios. A acessibilidade compreende a ação da busca por serviços de saúde, desde o momento em que surge a necessidade de atenção médica até o momento em que se inicia e continua a utilização dos serviços de saúde. Sendo assim, os elementos que motivam a acessibilidade são aqueles que podem facilitar ou dificultar a utilização dos serviços.

Para o autor, o domínio estreito da acessibilidade compreende o espaço entre a busca pela atenção e o início da ação oferecida pelo serviço de saúde. Já o domínio intermediário abrange desde a relação inicial com os serviços de saúde, e permanece no decorrer da continuidade da atenção, o que acontece no decorrer da vida do usuário do sistema de saúde. Já o domínio amplo inclui também, no âmbito do desejo de atenção, aspectos relativos à crença dos indivíduos sobre o sistema de saúde, à confiança no sistema de atenção médica e à tolerância à dor e à incapacidade. O autor pondera que o anseio em obter os cuidados de saúde, tem que ser na perspectiva da acessibilidade, de maneira que a mesma necessita conceber as ações referentes a saúde, para a população assistida com veracidade no sistema de saúde, como nos demais (FRENK, 1985).

Este autor ainda destaca a acessibilidade como umnexo útil entre um bloco de obstáculos considerados como resistências, sendo condizente com capacidades das pessoas para superar tais obstáculos.

Figura 1 – Domínios do conceito de “acessibilidade” Fonte:



Fonte: Frenk, 1985

De fato, a necessidades dos cuidados a saúde sem dúvida é um dos elementos mais importante na utilização dos serviços de saúde, já à acessibilidade depara-se com um distanciamento entre as necessidades da população e a pretensão de atingi-la. De acordo com McIntyre e Mooney (2007) e Thiede e McIntyre (2008), o acesso tem três dimensões sendo elas: disponibilidade, capacidade de pegar e aceitabilidade e informação. As mesmas permitem que as pessoas tenham as suas próprias opções.

Essas dimensões e suas correlações como barreira de acesso podem ser compreendidas a partir da abordagem de Travassos e Castro (2012), que afirmam o conceito de acesso como sendo o fator que intermedeia a relação entre a procura por atenção à saúde e a entrada no serviço. Para estas autoras, o acesso

Refere-se às características da oferta de serviços de saúde que facilitam ou obstruem a sua utilização por potenciais usuários e exprime a capacidade da oferta de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 185).

Starfield (2002) define acesso como a maneira em que as pessoas alcançam o padrão das ações dos serviços de saúde, constatando as diversas barreiras e as facilidades no uso dos serviços.

A partir dessa perspectiva apreende-se que as barreiras de acesso determinam os sistemas e serviços de saúde. As principais barreiras são: geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais.

Conforme Travassos e Castro (2012) as barreiras geográficas são apresentadas nas dificuldades de deslocamento que os sujeitos enfrentam para percorrer os espaços dos diversos serviços de saúde, e que muitas vezes tornam inacessíveis os cuidados de saúde para os mesmos. Os autores apontam que “da ótica do espaço físico, em geral, quanto maior a distância, menor a utilização de serviços de saúde” (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 186).

Para as autoras barreiras financeiras são compreendidas como umas das mais complexas, mas é fundamental conhecê-las, uma vez que se traduzem num problema no que se refere a utilização dos recursos destinados aos serviços de saúde. Assim o sistema acaba excluindo a população de acessar os serviços de saúde, uma vez que o mesmo se encontra escasso. Destacam que “as pessoas mais pobres são mais sensíveis a esta barreira pois passam a utilizar menos serviços em resposta a barreiras financeiras do que as pessoas mais ricas, em particular, no caso de consultas ambulatoriais” (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 187).

As barreiras organizacionais demonstram a disposição de organização e estrutura dos serviços de saúde, principalmente os recursos humanos e tecnológicos que, de forma prática, promovam o bem-estar na vida das pessoas através dos horários flexíveis, agilidade no atendimento, onde se encontra as mais diversas especialidades para cuidar para atender com qualidade os usuários. Também é notável a necessidade de programas de atenção primária bem organizada. As autoras apontam que “há evidências de que programas bem estruturados de atenção primária afetam positivamente o acesso, melhoram as condições de saúde das populações cobertas e conseguem reduzir desigualdades sociais em saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 187). E ainda destacam que a participação social também pode reduzir barreiras de acesso.

As barreiras de informações têm a tarefa de expressar as notícias sobre o aparelho de saúde, e qual o melhor procedimento que deverá ser adotado pelas pessoas ao procurar os serviços de saúde, uma vez que boa parte das pessoas desconhece o funcionamento dos serviços onde na sua maioria é disponibilizado na internet onde dificulta a elevação da compreensão das pessoas que não sabem manusear. As autoras afirmam que a informação em saúde deve ser adequada à cultura e ao nível educacional de cada grupo populacional. E ainda destacam que “informações sobre o sistema de saúde, os serviços de saúde e as doenças e suas alternativas terapêuticas atuam como facilitadores da utilização de serviços” (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p.188).

Para estas autoras, a disponibilidade de recursos não garante o acesso, uma vez que “barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, culturais, entre outras,

expressam características da oferta que, de modo inter-relacionado, atuam facilitando ou obstruindo a capacidade das pessoas de utilizarem serviços de saúde” (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 186).

## **4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 DESENHO DO ESTUDO**

Este trabalho se configurou num estudo de caso baseado em abordagem qualitativa, utilizando como técnicas de coleta de dados a realização de análise documental, entrevistas e observação de campo, no período de julho de 2015 a abril de 2016.

Para Yin (2001) o poder diferenciador do estudo de caso é a sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências- documentos, artefatos, entrevistas e observações.

### **4.2 UNIDADE DE ANALISE**

O estado de Pernambuco é o sétimo mais populoso estado do país, com 9.277.727 habitantes distribuídos em 185 municípios, em área de 98.148,323km<sup>2</sup>, subdividem-se em regiões como a Metropolitana, Mata, Agreste e Sertão.

A mesorregião do Agreste é formada por 71 municípios distribuídos em seis microrregiões (IBGE, 2010). Estende-se por uma área aproximada de 24.400 km<sup>2</sup>, que fica entre a Zona da Mata e o Sertão representando 24,7% do território pernambucano tem uma população de 2.302.411 de habitantes com o PIB de 17 199 701 mil tendo de PIB per capita 6 16522.

A região Agreste tem clima mais seco, tropical semiárido, sujeito a secas periódicas, mas menor que o sertão, com estações do ano bem definidas, em comparação ao litoral e ao oeste pernambucano. No Agreste se pratica uma agricultura mais diversificada, além da pecuária leiteira é também conhecida pela capital do têxtil.

O município de Caruaru apresenta uma área territorial de aproximadamente 920.611 km<sup>2</sup>, e densidade demográfica de 342,07 hab/km<sup>2</sup> sendo que 16,65 km<sup>2</sup> estão em perímetro urbano e os 903,961 km<sup>2</sup> na zona rural. Em 2010, a população residente era de 314.912 habitantes, composta por 165.759 mulheres e 149. 153 homens, indicando predominância da população feminina. Na zona urbana, essa população se distribui em 23 bairros. A estimativa

de habitantes para 2014 era de 342.328 habitantes, sendo então o município mais populoso do interior pernambucano (IBGE, 2010).

A sede municipal tem uma temperatura média anual de 22,7 °C e a vegetação predominante é a caatinga, tendo remanescentes de Mata Atlântica em brejo de altitude, localizando-se, neste modo, numa área de transição. Com 90,6% da população vivendo na zona urbana, o dado – composto pelas médias da renda, longevidade e educação e publicado no

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) – coloca a cidade, que tem o 7º maior Produto Interno Bruto de Pernambuco (R\$ 3 bilhões ao ano), abaixo da média nacional, de 0,727, índice considerado “alto” acima da média estadual, e ocupando a décima primeira colocação no ranking estadual.

O município de Caruaru tem um importante papel no Agreste e interior pernambucano, como um polo médico-hospitalar, acadêmico, cultural e turístico. Apresenta a maior feira ao ar livre do mundo conhecida popularmente como Feira da Sulanca, tombada como patrimônio imaterial do país pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN). Seu artesanato com barro ficou mundialmente conhecido pelas mãos de Vitalino Pereira dos Santos, o Mestre Vitalino. No que se refere ao sistema de saúde, a cidade é sede da IV Gerência Regional de Saúde e da Macrorregião Central de Saúde, sendo referência de alta complexidade para 87 municípios.

O Projeto de Assentamento (PA) Normandia está localizado no município de Caruaru, numa distância aproximada de 12 km, com acesso a este pela rodovia BR-104, que limita o Assentamento em sua faixa leste. A sede do Assentamento se encontra a aproximadamente 500 metros desta rodovia.

Figura 2: Croqui de Acesso ao Assentamento Normandia.



### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo envolveu gestores da Secretaria de Saúde de Caruaru (secretária de saúde e coordenadora da atenção básica), lideranças do Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra, trabalhadores rurais assentados e profissionais da unidade de saúde (médico, enfermeira, ACS).

### 4.4 COLETA DE DADOS

#### 4.4.1 Análise Documental

Em relação à Análise documental Gil (2006, p. 46) ressalta que “a pesquisa documental apresenta uma série de vantagens”. Primeiramente, há que se considerar que os documentos constituem fonte rica e estável de dados. “A Análise Documental subsidiará o tratamento das fontes dessa pesquisa, uma vez que este é constituída a partir de documentos a nível local, estadual e nacional” (2006, p. 46).

Dentre um universo maior de documentos legais foram escolhidos inicialmente os que tratem da Saúde das populações do Campo segundo os critérios da análise temática. Foram utilizados como fontes os dados de: CNES, SIAB, DATASUS, ATLAS e IBGE.

#### 4.4.2 Entrevistas

As entrevistas semiestruturadas, contendo questões norteadoras que tem sua origem no problema da pesquisa, apoiados em teorias e hipóteses, relacionados ao processo do tema de pesquisa. Minayo (2014) diz que é um tipo de entrevista em que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistador tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulação;

Para Minayo (2014) a entrevista semiestruturada é apropriado fisicamente e utilizada pelo pesquisador, por ter um apoio claro na sequência e assegura, sobretudo aos investigadores menos experientes, que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa.

No presente estudo foram realizadas 12 entrevistas individuais semi-estruturadas com representantes da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru (secretária de saúde, coordenadora da atenção básica), profissionais de saúde da USF Rafael (médico, enfermeira, ACS), onde o Assentamento Normandia faz parte do território de ação, lideranças do MST

(coordenação estadual e associação de moradores do assentamento Normandia); e quatro trabalhadores rurais assentados.

Os sujeitos deste estudo concordaram em participar, com sua anuência no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 1, 2 e 3) e responderam a um conjunto de perguntas elaboradas numa conversa guiada por um roteiro orientador (Anexo 3).

#### **4.4.3 Observação de Campo**

Realizou-se a observação do tipo participante total segundo Gold (apud Minayo, 2014). Nesta, a postura do pesquisador que se propõe a participar inteiramente, “como nativo”<sup>2</sup> em todas as áreas da vida do grupo que está em estudo. Cicourel (apud MINAYO, 2014, p.91) também utiliza o mesmo termo quando diz: “Quero sugerir com isso que o valor crucial, no que diz respeito aos resultados da pesquisa, reside mais na auto-orientação do participante total do que no seu papel superficial quando inicia o estudo”.

#### **4.4.4 Análise dos dados**

Para a análise documental e das entrevistas aplicou-se o modelo de condensação de significados proposto por Kvale (1996) com o propósito de capturar, interpretar e sistematizar os significados dos documentos e das entrevistas, considerando os núcleos temáticos que predominaram.

No modelo de condensação de significados as passagens que se relacionam a uma questão específica do estudo são cotadas e condensadas num quadro constituído pelas unidades naturais dos significados das respostas dos sujeitos, na coluna da esquerda, e os temas centrais relacionados a estes, que são categorias conceituais, na coluna da direita, seguidos abaixo de ambas, pela descrição essencial da questão relacionada ao estudo (Quadro 2).

Os entrevistados foram identificados conforme inserção social no problema estudado. Assim os gestores foram identificados com a letra G, os profissionais de saúde com as letras PS, as lideranças com a letra L e os trabalhadores rurais assentados com as letras TR.

---

<sup>2</sup> “Como nativo”, torna-se nativo. Expressões que significam a máxima identificação possível com o grupo pesquisado.

Figura 3: Condensação de Significados com Unidades Naturais de Análise, seus Temas Centrais e a Descrição Essencial

<b>Questão de Pesquisa</b>	
<b>Unidades Naturais de Análise</b>	<b>Temas Centrais</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trechos da entrevista relacionados à pergunta da pesquisa</li> <li>2. Idem</li> <li>3. Idem</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apresentação do tema que domina a unidade natural, conforme a compreensão do pesquisador, e da forma mais simples possível.</li> <li>2. Idem</li> <li>3. Idem</li> </ol>
<p><b>Descrição essencial da questão de pesquisa</b></p> <p>Descrição de todos os temas abordados na entrevista conforme a interpretação do pesquisador acerca da questão comentada pelo entrevistado.</p>	

Fonte: Adaptado de Kvale, 1996.

#### 4.4.5 Categorias de Análise

Para caracterizar as ações de saúde desenvolvidas pelo município de Caruaru para atender aos trabalhadores rurais do Assentamento Normandia, serão considerados: a distribuição, estrutura e organização da rede de serviços de saúde municipal, e a cobertura da ESF.

Para caracterizar a acessibilidade a saúde, tomou-se como referência o fluxo de eventos entre necessidades de saúde e a obtenção de cuidados de saúde de Frenk (1992). Onde o sujeito avalia as dificuldades de acesso dos serviços de saúde, se de fato precisa de cuidado ou não, ocorre que a necessidade do sujeito na maioria das vezes não é entendida uma vez que os serviços não são de acordo com as suas precisões o que o leva o não atendimento dos serviços de saúde.

A caracterização das barreiras de acesso considerou as dimensões geográficas, financeiras, organizacionais e de informação, conforme Travassos e Castro (2012).

Para caracterizar a dimensão geográfica foram considerados os seguintes aspectos: (a) aspectos físicos impeditivos ao acesso (rio, grande via de trânsito, morros, etc.); (b) distância entre a população e os recursos.

As barreiras financeiras foram avaliadas considerando: consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência; prejuízos por perda de dias de trabalho; possíveis perdas decorrentes de afastamento por doença; gastos com o tratamento (medicamento).

Para identificar as barreiras organizacionais foram considerados os seguintes aspectos: estrutura física da unidade, horários de funcionamento, tempo para a obtenção da consulta, tipo

de marcação e horário, forma de organização dos processos de trabalho, formação dos profissionais de saúde desvinculada da realidade das condições de vida e saúde da população, preparo das equipes de saúde para lidar com as especificidades da população do campo, tempo para o atendimento na sala de espera da unidade de saúde, tempo para a realização, e a entrega dos resultados, dos exames, a continuidade da atenção, e participação dos usuários nas organizações dos serviços.

Para caracterizar as barreiras de comunicação foram consideradas: as ações educativas realizadas pela equipe de saúde junto aos trabalhadores assentados (palestras, oficinas, programas de rádio, divulgação por meio de carros de som, etc.), divulgação de boletins epidemiológicos e materiais educativos e informativos (panfletos, cartazes, folder) em linguagem acessível aos sujeitos.

#### **4.4.6 Considerações Éticas**

O presente estudo se referenciou nos princípios éticos da pesquisa com seres humanos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde em conformidade com as resoluções n°. 196/96 e n°. 466/2012.

Todos os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa, e sua participação facultativa foi firmada mediante anuência do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), ficando estabelecido que possa haver desistência se desejarem, em qualquer fase da pesquisa, garantindo-lhes sigilo absoluto da identificação dos mesmos. Os dados secundários foram obtidos em bases de dados de livre acesso on line.

A pesquisa em questão não se propõe a trazer benefícios imediatos e diretos aos trabalhadores analisados.

O conhecimento sobre o acesso à saúde pelos trabalhadores rurais assentados poderá ampliar ainda mais o campo de conhecimentos sobre saúde da população do campo, e subsidiar a construção de medidas de intervenção efetivas para melhorar/transformar as condições de vida e trabalho em que se encontram.

No que se refere aos riscos sabemos que compartilhar das informações pessoais ou confidenciais por casualidade por vezes pode levar a situações de constrangimento. Contudo, serão tomadas todas as medidas para se evitar a exposição e constrangimento dos trabalhadores participantes, assim como qualquer possibilidade de retaliação pela empresa ao qual estejam ligados.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 NORMANDIA: EXEMPLO DE LUTA E RESISTÊNCIA

No dia 2 de maio de 1993, mais de 247 famílias de trabalhadores rurais sem-terra, ocuparam a fazenda Normandia de 1.100 hectares totalmente improdutiva, de propriedade de José Carlos Tavares. As famílias são provenientes da região circunvizinha de Caruaru. Arquivos internos da Cooperativa de Prestação de Serviços Técnicos dos Assentados da Reforma Agrária Ltda (COOPTECARA, 2004, p. 24).

Em negociação com o Dr. Ermirio de Moraes, chefe do setor Fundiário do INCRA, foram demarcados 72 hectares de terra para a realização de uma roça coletiva para as famílias acampadas. Também ficou acertado que as famílias aguardariam a desapropriação acampados na terra. Neste período os trabalhadores plantaram mais de 60 hectares de lavoura entre hortaliças, milho, feijão e abóbora. Onde venderam na feira para arrecadação de outros gêneros alimentícios. (COOPTECARA, 2004, p. 24).

As famílias construíram casas de taipa, escola para a alfabetização de crianças e adultos, onde iniciaram a primeira experiência em se tratando de educação em assentamentos da região. Na avaliação do INCRA considerou-se a área como de interesse social para fins de Reforma Agrária. (COOPTECARA, 2004, p. 24)

O proprietário pediu a reintegração de posse e o Juiz Dr. Lenivaldo da 5ª vara cível expediu a liminar de despejo no dia 19 de outubro 1993. O 4º BPM (Quarto batalhão da Polícia Militar) de Caruaru, realizou o despejo violentamente, junto aos capangas da fazenda, destruindo toda a produção e os pertences dos trabalhadores. Prenderam as ferramentas destruíram por completo as casas e deixaram humilhados os trabalhadores entre crianças, mulheres gestantes sem-terra, sem terem para onde ir. Revoltados e dispostos a lutarem pela Reforma Agrária, as famílias montaram um acampamento as margens da BR 104 nas proximidades do povoado de Contendas. Ficaram acampados 04 (quatro) meses. A sociedade de Caruaru, enviou apoio e solidariedade, através de alimentos e agasalhos para as famílias que aguardavam a desapropriação da área. No dia 16 de fevereiro, depois de muita espera pela desapropriação, os trabalhadores resolveram reocupar para pressionar o assentamento definitivamente. (COOPTECARA, 2004, p. 24)

No início da ocupação os trabalhadores entraram em confronto com os pistoleiros que cercavam toda a área para evitar a ocupação. As famílias conseguiram quebrar o cerco, montaram o acampamento e levantaram os barracos. Resistiram a pressão dos fazendeiros. De

imediatamente as famílias foram surpreendidas pela polícia militar para realizar o despejo. Os sem-terra em negociação com o comando da polícia militar de Pernambuco através do Sr. Romero Leite, assegurou-se que os trabalhadores não seriam despejados, pois o INCRA tinha interesse na desapropriação do imóvel. (COOPTECARA, 2004, p. 25)

Desde o início da reocupação da fazenda Normandia, esta estava cercada por pistoleiros que proibiam o acesso de alimentação e a entrada de trabalhadores. A polícia militar estava fazendo segurança na área para evitar confronto entre trabalhadores e pistoleiros.

Entidades de direitos humanos, parlamentares que apoiam a luta pela Reforma Agrária acompanhado de entidades representativas de Caruaru elaboraram um documento de apoio aos acampados de Normandia para a entrada de alimentos e apressar a desapropriação da área. Assinaram o documento as seguintes entidades. Diocese de Caruaru, Ação da Cidadania Contra a Fome e a Miséria, Ação Social da Prefeitura de Caruaru, entre outras(as). Apesar que ainda por um bom tempo continuou o cerco no acampamento. A partir do dia 29 de abril de 1994 a situação se agravou ficando quase insustentável por dois motivos: 1) até no dia 29, a polícia militar mantinha uma guarda permanente para evitar o confronto direto entre os pistoleiros e as famílias acampadas. Mas não sabe-se por qual razão que, a partir do dia 28 a polícia abandonou o local e os pistoleiros aproveitaram a situação para intimidar principalmente as crianças e mulheres, derrubando barracos, destruindo plantações e agredindo moralmente as famílias acampadas. 2) na Sexta feira às cinco horas da madrugada (quatro) pistoleiros assassinaram a tiros o companheiro acampado “Zé Pequeno”, o mesmo tinha dois processos na delegacia de polícia local, em função do acampamento. Não se têm certeza se o assassinato do companheiro está ligado com sua liderança no acampamento, mas gerou um clima de tensão e medo entre os acampados. (COOPTECARA, 2004, p. 25)

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra, marca definitivamente sua presença no estado com essa ocupação que brotou muitas outras lutas e conquistas, fazendo novas ocupações e em 25 de julho de 1995, várias famílias entraram nos engenhos: São Gregório e os engenhos de Alegre I e Alegre II, e para que estas áreas fossem emitidas foram acontecendo várias ações de resistências tanto na região na mata sul e em outras regiões do estado, para que estas famílias continuassem sonhando com a posse da terra, ao sofrerem várias ações de despejos, os acampados desses outros acampamentos citados acima se uniram com os dos acampados da fazenda Normandia para participar de um processo de luta e resistência, aderindo a greve de fome na sede do INCRA Recife.

Esta greve tem um período de 10 dias, no ano de 1998, com a participação de 10 militantes e várias reivindicações em pauta, o governo resolve negociar e são determinadas as

desapropriações de vários engenhos e inclusive dos que a que são citados e desse modo houve a emissão de posse dessas áreas para fins de Reforma Agrária.

## 5.2 CARACTERIZAÇÃO DO ASSENTAMENTO NORMANDIA

O Assentamento Normandia conta com 41 famílias, com média de 5,14 pessoas por famílias assentadas nos 568,58 hectares. Possui 190 hectares de área de preservação ambiental/reserva legal e 53,0 hectares de área de preservação permanente. O assentamento apresenta 6,0 hectares de estradas, cada família possui lotes individuais de 10 hectares. Na soma total da área atual é de 726,2 hectares.

Está organizado em agrovilas onde cada família tem seu quintal produtivo onde ele cumpre o papel de resgatar os valores culturais, perpassando o espaço físico da casa, o quintal trás na sua essência a importância no convívio familiar e o desenvolvimento da agricultura camponesa. O termo quintal é usado para se referir ao espaço do terreno situado ao redor da casa, regularmente manejado, onde são cultivadas plantas para vários fins, tais como: alimentares, condimentares, medicinais, ornamentais, etc., e criados animais domésticos de pequeno porte como: galinhas, patos e cachorros (AMOROZO; GÉLY, 1988; LIMA; SARAGOUSSI, 2000; WINKLERPRINS, 2002).

Existe também algumas famílias que aderiram a uma outra tecnologia social como o biodigestor<sup>3</sup>. No assentamento tem uma associação de moradores, uma escola denominada José Severino de Amorim, que foi construída no ano de 1999-2000, que atende da 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> série do 1<sup>o</sup> grau, sendo que a turma é multiseriada na parte da manhã e a outra, no turno da noite funciona a turma do EJA (Educação de Jovens e Adultos). A escola funciona com precárias condições.

Em Normandia as famílias têm banheiro com fossa séptica, não existe rede pública de saneamento e a coleta de lixo que é realizada uma vez por semana. Sua localização na região semiárida contribui para dificuldades de acesso água, como também acontece em outras comunidades do campo no município. A água é proveniente da rede de abastecimento pública distribuída pela Companhia de Pernambuco de Saneamento (COMPESA), entretanto por se encontrar no período grande de estiagem todo o consumo de água potável, para o uso

---

<sup>3</sup> Biodigestor é um tanque protegido do contato com o ar atmosférico, onde a matéria orgânica contida nos efluentes é metabolizada por bactérias anaeróbias (que se desenvolvem em ambiente sem oxigênio). Neste processo, os subprodutos obtidos são o gás (Biogás), uma parte sólida que decanta no fundo do tanque (Biofertilizante), e uma parte líquida que corresponde ao efluente mineralizado (tratado).

doméstico e manejo com os animais é adquirida através de carros pipas, na maioria das vezes custeados pelos assentados.

As famílias acessam a água por meio de cisternas, que podem ser de dois tipos: uma com capacidade para armazenar 16.000 litros (dezesesseis mil litros) e a outra que se chama cisterna calçadão de 52.000 litros (cinquenta e dois mil litros). Tem também um barreiro, mas, esses armazenam água por pouco tempo devido a evaporação típica da região, e ainda a água é de péssima qualidade e na atualidade o mesmo se encontra seco devido a prolongamento da estiagem na região.

É a Unidade de Saúde do Rafael que acompanha os assentados sua equipe é composta por um médico, uma enfermeira, dentista e pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnico em enfermagem e alguém dos serviços gerais. A estrutura da unidade é uma das melhores do campo no município, mas mesmo sendo uma estrutura boa hoje não comporta mais os comunitários uma vez que a quantidade de famílias que são cobertas pela unidade é muito mais do que ela pode acompanhar.

A unidade de saúde da família constitui o local de atuação do PSF, mediante atuação de uma equipe multiprofissional composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis a Agentes Comunitário de Saúde (ACS). A territorialização e o cadastramento das famílias constituem princípios importantes do programa, na medida em que equipes trabalham com território de abrangência definido, sendo responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada. (COHN, 2009, p. 16)

O Assentamento apresenta algumas manifestações artístico-cultural e religiosa, como reuniões religiosas da igreja católica e outras manifestações religiosas, em 2015 chegou ao assentamento os residentes da saúde as famílias com ênfase em saúde do campo, com essa vinda impulsionou o desenvolvimento de atividades culturais e de lazer organizando a juventude e o grupo de mulheres boleiras, assim incentivando as famílias a desenvolver atividades físicas e laborais. Apresenta também uma quadra poliesportiva, academia da saúde, casa da juventude e o centro de formação Paulo Freire. O Assentamento Normandia também tem agroindústria de tubérculos e cárneos que fornecem alimentos para o Programa Nacional de Alimentação na Escola (PNAE) no município de Caruaru.

### 5.3 AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS PELO MUNICÍPIO DE CARUARU PARA ATENDER AOS TRABALHADORES RURAIS DO ASSENTAMENTO NORMANDIA

A população de Caruaru conta com 234.494 pessoas que residem na zona urbana e 53.367 na zona rural, somando um total de 287.861, sendo a estimativa segundo o censo IBGE (2010) para o ano de 2015 equivalente a 314.912 habitantes. Essa população está distribuída entre 149.153 do sexo masculino e 165.759 de habitantes do sexo feminino (Tabela 1).

Tabela 1: Número de pessoas por zona e gênero do município de Caruaru em 2015

Urbano	279.589
Rural	35.323
Do sexo Masculino	149.153
Do sexo Feminino	165.759
Total	314.912

Fonte: Censo IBGE, 2010.

Em relação a situação do saneamento do município de Caruaru (Tabela 2), dentre as 81.035 famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB em dezembro de 2015, 80.410 tem casas de tijolo, 502 casas de taipa, 52 com casas de madeira, 40 casas de material aproveitado e 30 famílias que usam outros tipos de materiais na construção das suas casas dessas residências.

A energia elétrica está acessível a 80.281, e 71.979 famílias são favorecidas com o abastecimento de água pela rede pública, outras 2.769 utilizam água de poço ou nascente, 6.287 tem outros meios de abastecimento de água, sendo que 12.920 fazem o tratamento da água utilizando cloro, 498 fervem água e 10.110 não fazem uso de nenhum tratamento na água de consumo humano.

Acesso ao sistema de esgoto atinge 61.421 famílias outras 5.799 utilizam esgoto a céu aberto, e 13.815 famílias tem fossa. A coleta do lixo atinge 71.988, entretanto 5.185 queimam ou enterram seu lixo e 2.862 descartam.

Tabela 2: Situação do saneamento do município de Caruaru em 2015

<b>ITENS DE SANEAMENTO</b>	<b>Nº DE FAMÍLIAS</b>
Abastecimento de água - rede pública	71.979
Abastecimento de água – outros	6.287
Lixo coletado	72.988
Lixo queimado ou enterrado	5.185

Lixo à céu aberto	2.862
Sistema de esgoto	61.421
Fossa	13.815
Esgoto a céu aberto	5.799
Casa de madeira	52
Casa de taipa	502
Casa de material aproveitado	40
Casa tijolo	80.410
Outros tipos de casa	30
Tratamento água clorada	12.920
Tratamento água fervida	498
Água sem Tratamento.	10.110
Energia elétrica	80.281

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE/SIAB/DATASUS, 2015

Em Caruaru, segundo os dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), a rede de atenção à saúde municipal em 2016, conta com 456 estabelecimentos de saúde, entre eles nove hospitais, dos quais três são de administração estadual, sendo eles: o Hospital de Caruaru Jesus Nazareno, Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira, Hospital Mestre Vitalino; e seis são municipais: o Hospital de Coração de Caruaru, Hospital Municipal de Caruaru Casa de Saúde Bom Jesus, Hospital Municipal de Caruaru Dr. Manoel Afonso Porto Neto, Hospital São Sebastião, Hospital memorial caruaru e o Hospital Memorial São Gabriel.

(Tabela 3)

Tabela 3: Número de estabelecimentos ambulatorio que oferta serviço do SUS do município de Caruaru em 2016.

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	63
Policlínica	3
Hospital geral	7
Hospital especializado	1
Pronto socorro geral	1
Consultório isolado	214
Clínica/centro de especialidade	97
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado)	36
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência (SAMU)	7
Farmácia	3
Unidade de vigilância em saúde	1
Cooperativa ou empresa de cessão de trabalhadores na saúde	4

Hospital/dia (UPAE)	1
Central de gestão em saúde	2
Centro de atenção hemoterapia e ou hematológica	1
Centro de atenção psicossocial	2
Pronto atendimento (UPA)	3
Polo academia da saúde	3
Central de regulação medica das urgências	1
Serviço de atenção domiciliar isolado (home care)	2
Laboratório de saúde publica	1
Central de regulação do acesso	1
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	1
Total	456

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

O município conta com 95 estabelecimentos de ambulatório básico municipal, 411 ambulatórios de média complexidade, 4 ambulatórios de alta complexidade, 11 ambulatórios estadual de média complexidade e 13 ambulatórios estadual de alta complexidade, 63 Unidades básicas de Saúde da Família também conhecidas como centro de saúde. Desse total, 18 ficam localizadas em comunidades na zona rural/campo: Alto do Moura, Cachoeira Seca, Canaã, Gonçalves Ferreira, Itauna, Juá, Lagoa de Pedra, Lages, Malhada de Barreiras, Queimadas, Muruci, Pau Santo, Peladas, Rafael, Riacho Doce, Serra Velha, Terra Vermelha, Xucuru, Taquara. Na sede da cidade existem três Unidades de Pronto Atendimento (UPA): UPA do Vassoural, UPA Ministro Fernando Lyra e UPA Caruaru. Conta ainda com uma Unidade de Pronto Atendimento Especializado (UPAE) cadastrada como hospital dia, sete unidades móveis de nível pré-hospitalar na área de urgência, sendo uma avançada e duas motolâncias, um hospital estadual de alta complexidade e 22 hospitais filantrópicos (Tabela4).

Tabela 4: Número de estabelecimento ambulatorial e hospital que atende a média e alta complexidade nos níveis municipal e estadual do município de caruaru 2016

AMBULATORIO/HOSPITAL	NÍVEIS	QUANTIDADE
Ambulatorial – básica	Municipal	95
Ambulatório - média complexidade	Municipal	411
Ambulatório - alta complexidade	Municipal	4
Ambulatório - média complexidade	Estadual	11
Ambulatório - alta complexidade	Estadual	13
Hospital - alta complexidade	Estadual	1
Hospital- filantrópico	Filantrópico	22

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

A capital do Agreste possui 1.124 leitos de internação, sendo 856 estabelecimentos com leitos que atende o SUS, 268 estabelecimentos que não atende o SUS. Subdividindo esses números em leito para o clínico/cirúrgico fica um total de 710, que atende o SUS e 571 leitos que não atende o SUS. Excetuando-se os leitos de unidades complementares, o município conta com 984, sendo 802 leitos disponível para o SUS e 182 que não atende o SUS (Tabela 5).

Vale ressaltar que a distribuição de equipamentos de saúde em Caruaru é de 420 disponíveis para o SUS no município, quando dividida entre os segmentos públicos e privada, diferencia-se das esferas estadual e federal, onde a quantidade de estabelecimentos públicos é superior à privada (Tabela 5).

Tabela 5: Número de leitos por serviços de Caruaru 2016

	DESCRIÇÃO	EXISTENTE	SUS	NÃO SUS
<b>CIRÚRGICO</b>				
1	BUCO MAXILO FACIAL	8	7	1
2	CARDIOLOGIA	36	36	0
3	CIRURGIA GERAL	152	76	76
4	ENDOCRINOLOGIA	1	0	1
5	GASTROENTEROLOGIA	2	1	1
6	GINECOLOGIA	1	1	0
8	NEFROLOGIAUROLOGIA	22	20	2
9	NEUROCIRURGIA	9	8	1
11	OFTALMOLOGIA	3	0	3
12	ONCOLOGIA	17	17	0
13	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	101	94	7
14	OTORRINOLARINGOLOGIA	2	0	2
15	PLASTICA	4	0	4
16	TORAXICA	2	0	2
<b>TOTAL</b>		<b>360</b>	<b>260</b>	<b>100</b>
<b>CLÍNICO</b>				
32	CARDIOLOGIA	78	77	1
33	CLINICA GERAL	161	130	31
40	NEFROUROLOGIA	4	2	2
41	NEONATOLOGIA	33	33	0
42	NEUROLOGIA	38	36	2
44	ONCOLOGIA	27	26	1
46	PNEUMOLOGIA	2	0	2
87	SAÚDE MENTAL	7	7	0
<b>TOTAL</b>		<b>350</b>	<b>311</b>	<b>39</b>

	COMPLEMENTAR			
65	UNIDADE INTERMEDIARIA NEONATAL	10	10	0
66	UNIDADE ISOLAMENTO	18	16	2
74	UTI ADULTO - TIPO I	6	0	6
75	UTI ADULTO - TIPO II	68	28	40
78	UTI PEDIÁTRICA - TIPO II	10	0	10
85	UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II	10	0	10
92	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL	18	0	18
<b>TOTAL</b>		<b>140</b>	<b>54</b>	<b>86</b>
	OBSTÉTRICO			
10	OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA	43	43	0
43	OBSTETRÍCIA CLINICA	81	60	21
<b>TOTAL</b>		<b>124</b>	<b>103</b>	<b>21</b>
	PEDIÁTRICO			
45	PEDIATRIA CLINICA	51	33	18
68	PEDIATRIA CIRÚRGICA	25	25	0
<b>TOTAL</b>		<b>76</b>	<b>58</b>	<b>18</b>
	OUTRAS ESPECIALIDADES			
34	CRÔNICOS	22	20	2
47	PSIQUIATRIA	11	11	0
84	ACOLHIMENTO NOTURNO	15	15	0
<b>TOTAL</b>		<b>48</b>	<b>46</b>	<b>2</b>
	HOSPITAL DIA			
7	CIRÚRGICO/DIAGNOSTICO/TERAPÊUTICO	26	24	2
<b>TOTAL</b>		<b>26</b>	<b>24</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>1124</b>	<b>856</b>	<b>268</b>

Fonte: Ministério da Saúde/Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

O município tem 68,85% da cobertura da atenção básica conforme o DATASUS (2014) e oferta os seguintes serviços: consultas médicas básicas, consultas e serviços odontológicos, consultas de enfermagem, curativos, entrega de medicamentos básicos, aferição de pressão arterial, pré-natal, acolhimento, vacinação, atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, marcação de consultas especializadas, marcação de exames e serviços especializados, visitas domiciliares e encaminhamento para urgências.

Os caruaruenses contam com 4.847 profissionais de saúde que atendem em toda rede municipal. Desse total geral 3.506 atuam no SUS, dos quais 1.967 são profissionais de saúde de nível superior, contendo de 701 médicos, sendo 47 médicos vinculados a estratégia de saúde

da família. Dentre o corpo de enfermeiros, o município conta com 492 sendo que 51 atuam na estratégia de saúde da família (Tabela 6).

A atenção básica conta ainda com 220 odontólogos, 67 assistentes sociais, 171 fisioterapeutas, 34 fonoaudiólogos, 75 nutricionistas, 30 farmacêuticos, 92 psicólogos. Outros 51 profissionais de nível superior também atuam em atividades relacionadas à saúde: 7 médicos veterinários, 6 biólogos, 28 biomédicos, 1 preparador físico, 1 psicopedagogo, 1 físico (nuclear e reatores), 7 terapeutas ocupacionais (Tabela 6).

Já os profissionais de saúde de nível técnico ou técnico/auxiliar correspondem a 1.534. Neste grupo estão incluídos um total de 490 Agentes Comunitário de Saúde, dos quais 111 trabalham nas 18 unidades da zona rural (Tabela 6).

Os técnicos em enfermagem somam 1.137, sendo que 26 estão vinculados a estratégia de saúde da família e 1.005 trabalham em outras unidades do sistema único de saúde. O município conta com 13 agentes de saúde pública e 805 profissionais do setor administrativo (Tabela 6).

Tabela 6: Profissionais de saúde do município de Caruaru em abril de 2016

OCUPAÇÕES EM GERAL	QUANTIDADE
Assistente social	67
Bioquímico/farmacêutico	30
Enfermeiro	492
Fisioterapeuta	171
Fonoaudiólogo	34
Médicos	701
Nutricionista	75
Odontólogo	220
Psicólogo	92
Radiologista	34
Outras ocupações de nível superior relação à saúde	51
Pessoal de saúde – nível técnico, técnico/auxiliar.	1.534
Agente comunitário de saúde	490
Agente de saúde pública	13
Atendente de enfermagem/auxiliar operador serviço e outros	38
Pessoal administrativo	805
Total	4.847

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Importante registrar que em dezembro de 2015 o número de pessoas atendida em pela unidade saúde da família foi de 214.462 e pelo PACS foi de 73.399, totalizando 287.861 de atendimento nas duas modalidades de atenção (Tabela 7).

Tabela 7: número pessoas por modelo de atenção do município de Caruaru em 2015

<b>MODELO DE ATENÇÃO</b>	<b>NUMERO</b>
PACS	73.399
USF	214.462
<b>TOTAL</b>	<b>287.861</b>

Fonte: Ministério da Saúde/Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Vale ressaltar que segundo os dados do SIAB (2016) o município de Caruaru tem registrado no seu sistema 63 unidades de saúde da família, com 47 médicos, 51 enfermeiros (as) e 490 Agentes Comunitário de Saúde. Pode-se inferir que 24 unidades não disponibilizam de médico na sua equipe, e 12 não tem um profissional da enfermagem que atua na estratégica de saúde da família.

Importante destacar que Caruaru tem uma rede serviços de baixa, média e alta complexidade que conta com 411 ambulatório municipal de média complexidade, 4 da alta complexidade, 16 estabelecimentos do SUS de urgência onde tem 62 atendimentos por mês, com demanda imediata mês de 1.660. Os usuários contam ainda quatro hospitais de alta complexidade e dois de média complexidade, sendo um municipal outro estadual e dois filantrópicos.

É válido ressaltar que um município com um contingente tão grande populacional só dispõe de dois centros de atenção psicossocial -CAPS para a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas portadoras de transtornos mentais; o mesma oferta mês /ano em torno de 1.366 de atendimentos de saúde mental, possuem 49 usuários de álcool e 71 de drogas, segundo os dados da SIAB de 2015.

#### 5.4 BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE NO ASSENTAMENTO NORMANDIA

A maioria dos participantes, nos discursos frisaram bem as muitas barreiras de acesso referente aos serviços de saúde de Caruaru. Ressalto aqui, que para a diferenciação das barreiras de acesso, como forma de procedimento caracterizada como problema ou não do acesso, os usuários expuseram suas experiências quanto ao atendimento nos serviços de saúde, e do acesso aos mesmos no território de cobertura da Unidade do Rafael e também nas demais unidades da rede de atenção a saúde de Caruaru.

Os entrevistados que fazem parte da rede do município mencionaram as barreiras de acesso, mas destacaram que existe acessibilidade aos serviços de saúde no município, mas esta apresenta dificuldades, particularmente no que concerne aos serviços que atendem a população do campo, a exemplo da USF Rafael, que têm a responsabilidade de pesar as crianças, assim como orientar as famílias em relação ao tratamento e prevenção de determinadas doenças, fazem também a distribuição de hipoclorito, campanha de vacinação, preservativo e anticoncepcional, a USF do Rafael assume um território cuja demanda populacional é maior do que preconiza o SUS para uma área rural. Como diz a PNAB- Política Nacional de Atenção Básica quando afirma que nas “Especificidades da equipe de saúde da família III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.” (BRASIL, 2012, p. 55)

No que diz respeito às **Barreiras Geográficas**, os entrevistados destacaram quatro aspectos: atravessar a BR 104, a inexistência de passarelas ou viadutos que facilitem a travessia desta BR, a ausência de transporte público e a distância do trajeto até a USF Rafael, que é a unidade de referência em Atenção Primária, para os trabalhadores rurais do Assentamento Normandia.

Um dos principais aspectos mencionados pelos entrevistados foi a BR104, cuja localização dificulta a travessia para acessar a USF Rafael, uma vez que a unidade fica no contrafluxo e não existe um mecanismo para atravessar com segurança. Esta BR 104 é duplicada e apresenta altos fluxos de veículos.

O que atrapalha o percurso dos Assentados de Normandia chegarem na unidade do Rafael, é a BR 104 que é uma estrutura que não tem lombada eletrônica. (TR1)

BR ficou duplicada a lonjura e o trânsito muito grande daqui pra Toritama ir e voltar [...] fica muito ruim. (PS1)

Além do fluxo intenso, os entrevistados chamaram a atenção para a ausência de dispositivos de redução de velocidade, de viadutos ou ainda passarelas, que permitissem a travessia da BR com maior segurança até a USF Rafael.

Foi identificado durante as entrevistas uma divergência de ponto de vista por parte de pessoas da gestão, de que o percurso dos trabalhadores rurais sem-terra até a USF do Rafael

não existe nenhum tipo de barreiras geográficas que impeça ou atrapalhe os mesmos a buscar os serviços de saúde.

Viadutos, não tem nada que faça o deslocamento das pessoas de um lado pra o outro da BR, e mais teoricamente o caminho de acesso é mais fácil ir pra cidade do que voltar pra o Rafael. (G1)

[...] eu não identifico barreiras geográficas[...]o acesso é muito fácil, é uma área próxima da cidade[...] fluxo de veículo [...] não vejo dificuldade no ponto de vista geográfico.(G3)

[..]a população rural tinha muita dificuldade de acesso, seja a dificuldade mesmo de locomoção, de informação, e Norma Operacional do Acesso Equitativo Integral-NOA ela vem garantir o acesso de forma integral e equânime[...] isso[...] tem uma repercussão [...] positiva nessas populações de assentamentos..(G3)

Os assentados e moradores da circunvizinhança se deparam também com os riscos de ficarem a margem da BR a espera de um transporte para seus deslocamentos, o que leva em média 40 minutos, sendo que essa situação se torna mais grave em dia de feira, como relatam alguns entrevistados:

Atrapalha [...] por conta do transporte, dia de feira[...] é uma agonia para nós atravessar e pegar o transporte pra ir até o Rafael.

(L1) Já aconteceu um negocio que fui pegar uns comprimidos lá no posto quando eu vinha de volta no tem ali o atalho pela barragem [...]tinha 4 caras quando eles mim viram estavam olhando pra estrada quando apareceram assim uns 50 metros tem a curva né ai um disse ele é dos sem terra eu conheço ele ,passei bom dia! bom dia! passei com mais de mil ,já não estou andando mais por lá .durante o dia né .eles disse ele é dos sem terra pode passar quer dizer se fosse outra coisa o cara não mim conhece se ele podia matar assaltar[...] (TR3)

[..]o pessoal tem dificuldade de se deslocar para a cidade[...]mas se dependesse do serviço publico[...]as pessoas [...]iriam morrer antes de ser atendidas então[...] (L2)

A carência de transporte público foi outro aspecto identificado pelos entrevistados, tanto por gestores quanto trabalhadores rurais:

O transporte público que é praticamente escasso. (G1)

[O que impede a população de Normandia buscar um serviço de saúde] é o transporte público praticamente inexistente. (TR1) o carro que a gente não tem ao dispor, as vezes vamos no posto sempre que chega lá ele não tá, ou tá socorrendo outras pessoas (TR4).

A distância entre o assentamento e a USF também foi destacada pelos entrevistados. Os relatos registram a necessidade de percorrer cerca de 2 a 3 Km até a USF Rafael.

A distância é de 2 ou 3 km pra chegar até o posto. (TR1)

Primeiramente é a distância, que agente sai por aqui é arriscado e andar mais de 3 km né (TR3).

Eu acho que só a questão da distância mesmo, mais todo mundo que chega aqui é atendido (PS2).

Em relação a Barreira de Comunicação os entrevistados dizem que a comunicação é um problema muito grande, uma vez que os assentados não ficam sabendo das atividades desenvolvidas na unidade e nos demais serviços de saúde. Essa falta de diálogo não colabora para que o bom entendimento flua regulamente entre unidade e usuários, porque não existe nenhuma metodologia tipo: boletim, programa em rádio, TV, redes sociais, que promova esse vínculo entre usuário e os serviços de saúde da rede, para além do agente comunitário de saúde.

Para os representantes da gestão e de profissionais de saúde, o acesso à informação acontece particularmente no momento do acolhimento na USF Rafael, e também por meio dos ACS:

[..] algumas informações são repassada durante o acolhimento (PS2) O Agente Comunitário de Saúde [..] é o maior e mais potente [..] eu acho que o dispositivo maior que esse não existe [..](G2)

[..] As áreas rurais de Caruaru que não tem acesso pelo internet, isso é realmente um elemento dificultador [..] no município [..] não tem boletim mas todo o Agente Comunitário de Saúde hoje tá fazendo esse trabalho de orientação na sua visita domiciliar [..]então [..] na verdade hoje o no nosso canal de comunicação é o ACS. (G3)

Para os trabalhadores rurais do Assentamento o acesso à informação só acontece na própria USF, pois nem o ACS tem conseguido estabelecer esse canal de comunicação adequadamente:

As vezes agente tem que tá lá pra saber viu [...] tem coisa que você chega lá que só vai saber se estiver lá na hora se não, o agente de saúde raramente está nas portas falando [...] (TR5).

Muito mal informada, os agentes de saúde, quando vem avisar que tem alguma coisa, é quando já tá passado da data [...]por que pra ir na sua casa, agente de saúde não, eu morei 03 anos no Rafael, se eu vi a cara da agente de saúde foi uma vez (TR2).

[...]É muito mais o pessoal do assentamento ou da associação que vai buscar informação, do que chega pra nós (TR1)

Nos relatos da Barreira Financeira, o aspecto que mais foi mencionado pelos trabalhadores rurais sem-terra se refere aos gastos com o transporte para deslocamento até as unidades de saúde, incluindo-se a USF Rafael. Eles relataram que as unidades de saúde estão distribuídas em diversos bairros da cidade, sendo o deslocamento oneroso.

Pra o Rafael normalmente o pessoal paga 2,00 reais da passagem de Toyota 2,00 pra ir e 2,00 pra voltar [...] (TR1)

É...sou eu , quanto tem, quando não tem, arrasta de pé meu fio.(TR2) Não é toda vez que a gente tá com dinheiro para pegar a Toyota(TR3).

Quem arca sou eu , em media é 3 reais ida e volta é 6,se quando for pra UPA gasta mais ainda[...] quem tem condições melhores vai aluga um taxi quem não tem vai espera de baixo de chuva debaixo de sol, vai esperar pero o ônibus que é de hora em hora que passa. (TR5).

Para a gestão e profissionais de saúde, em relação as barreiras financeiras eles afirmam que acaba tendo um custo alto, e que chegam a orientar que os trabalhadores rurais arquem com os custos uma vez que não tem nenhuma política de financiamento para transportar os usuários até os serviços de saúde.

O transporte que tem é caro[...]ele teria que vim aqui[...] pra marcar e outra vez pra ser atendido.(PS3)

[...]Normalmente nós orienta irem por conta própria[...]o carro não teria disponibilidade[...] (PS2)

Transporte particular pra poder fazer esse deslocamento [...]para atenção primaria não existe esse serviço, e desconheço se existe em algum lugar do Pais.(G1).

A Barreira Organizacional foi a mais comentada por todos os entrevistados, expressando significativamente os problemas existentes na rede de serviço de saúde de Caruaru. Os entrevistados destacaram a estrutura física da unidade, os horários de funcionamento da USF Rafael, o tempo que se leva para a obtenção da consulta e exames, a forma de organização dos processos de trabalho, a formação dos profissionais de saúde desvinculada da realidade das condições de vida e saúde da população, o despreparo das equipes de saúde para lidar com as especificidades da população do campo e participação dos usuários nas organizações dos serviços.

Segundo as repostas dos trabalhadores rurais entrevistados em relação à estrutura física os mesmos relatam que a USF do Rafael, deveria ser melhor, devido a quantidade de pessoas que a unidade atende é muito maior que ele comporta:

Eu acho que a estrutura não é tão ruim poderia ser melhor mas pra realidade que a gente conhece por ai a fora no estado,até o tipo de equipamento e a equipe que tem apesar de que em algum momento super lotar [...] (TR1)  
 [...] a gente chega lá, pra puder ser atendido pegar alguma medicação, tem muitas vezes que não elas não atende bem tem que melhorar [...] (TR3)  
 Eu acho que tem que melhorar o Posto Rafael está pequeno pra quantidade de comunidade que lá tem ele está pequeno entendeu  
 [...]

(L1) [...] uma briga [...] já levamos essa reivindicação [...] necessitaria de um espaço maior tipo [...] UPA municipal [...] Policlínica [...] que tem lá equipe permanente de atendimento de dia de noite [...]

(L2) [...] mereceria efetivamente uma estrutura [...] que desse [...] conforto tanto pra quem trabalha [...] quanto para a população [...] caruaru ter pequenos tratamentos, pequenas internações (L2) [...] povoado com 6000 famílias e que pega todo segundo distrito [...] mereceria efetivamente uma estrutura [...] que desse [...] conforto tanto pra quem trabalha [...] quanto para a população [...] (L2)

Sobre a estrutura da USF do Rafael os gestores e profissionais de saúde tem um olhar de que a estrutura da unidade é boa para atender a população do território, mas também tem algumas divergências quando alguns diz que de fato existe uma necessidade de ampliar ou desmembrar:

[...] a estrutura não comporta a quantidade de usuário da comunidade [...] precisaria [...] estrutura física maior até mesmo pela quantidade de profissionais [...] (PS3)

[..]o ideal seria dividir a equipe e não a unidade, então ou ampliar[..] [..] a unidade família para comportar duas equipe[..].( G3)  
 [..]necessidade de um desmembramento de ampliação de equipe de saúde da família[..](G2).  
 tem dia que a unidade de saúde está superlotada além de os pacientes[..] não temos salas suficientes pra dar vazão a demanda as vezes. (PS3)  
 Eu acredito que sim, que hoje ela está compatível, ela tem condição né[..](G2)

Em relação aos horários de funcionamento e o cronograma da unidade, os trabalhadores rurais afirmam que a unidade funciona em horário restrito, entre 8h e 15 h, o que se configura num problema, pois a necessidade da população de trabalhadores rurais é de que a unidade atenda mais a noite, considerando que durante o dia eles trabalham.

Que o posto funcionasse em período pelo menos no período da noite[..](TR1)  
 Tá, é aberto de 8:00 da manhã até 15:00, mas quando eles vem atende[...] já é 10:00 do dia já, 10:00 11:00. (TR2)  
 [...] Mas o horário tem problema por exemplo a noite você está com o posto fechado si alguém tem um pequeno acidente, corte ou algum tipo de necessidade básica você tem que si deslocar para uma UPA do município ou pra um hospital que vai sobrecarregar o hospital e as vezes a pessoa. (TR1)  
 Porque veja urgência [..] só atende até nove horas[..]se for dez horas você morre ali[..]

(L1) [..]vai atender lá pelas 10:00hrs[..]o médico não chega[..](L2)

Já no ponto de vista de alguns da gestão o horário e cronograma da unidade não é favorável por ter um horário comercial, mas tem uns que dizem que os horários de funcionamento das unidades permitem sim a população ter acesso aos serviços de saúde.

Observa-se opinião diferente entre integrante da gestão e os profissionais de saúde. Para estes, se os usuários chegarem depois dos horários tem que procurar os serviços de urgência e que sim os horários USF do Rafael é acessível.

A unidade ela tem um horário comercial[..]o trabalhador tanto a mulher como o trabalhador homem tem dificuldade ai de acesso por causa desse horário comercial[..] não é o horário favorável[..](G1) [..] horários estendidos pra dar garantia a acesso principalmente a uma zona rural[..](G1) [..]horário [..]acessível(PS2) [..]atendimento depois do horário tem que procurar o serviço de urgência e emergência [..](PS2) Cada um atende 5 micro área são

10 micro área que a gente tem (PS2). Único turno que eu não [...] medico[...]é sexta a tarde[...]eles tem o cronogramazinho de atendimento medico [...] (PS2)

Quando se fala de agendar consultas, realizar e receber exames a interpretação dos trabalhadores rurais entrevistados apontam que encontram muitas dificuldades, uma vez que pode durar dias para se conseguir um agendamento e em algumas situações, quando se recebe os exames estes ultrapassaram o prazo adequado e precisam ser repetidos.

Se a consulta é pra o clinico geral não tem tido grande dificuldade é 15 dias, 30 dias no máximo. (TR1) melhor as consultas

(L1) [...]quando você precisa de uma consulta especializada[...]e exame ai o bicho pega[...]ai a gente nem sabe estimar(TR1) 15 dias pra eu poder marcar [...]um mês pra chegar o exame[...] mais 10 dias pra eu ir no médico pra mostrar. (TR3) Ele dizia que não é coisa grave pra levar atestado não. (TR2) [...]a dificuldade[...]é de marcar as consultas de ser atendido[...]

(L2) [...]três meses pra poder chegar[...]Depende[...] do tipo do exame[...] mais sério o exame[...]o laboratório demora mais pra entregar[...]precisa mudar[...].(L1)

Na ótica da gestão e dos profissionais de saúde o município de Caruaru trabalha numa boa média para a entrega de exames, e para a marcação de consultas que foi regularizada com a implantação da NOA que é um dispositivo que faz com que os usuários tenham acesso a todo tipo de exames que a rede municipal oferece no tempo ágil.

Caruaru ele estabeleceu uma norma operacional de acesso NOA [...]que regularizou o acesso a especialistas e exames complementares[...](G1) com o NOA nós estamos [...]média de acesso entorno de 30 dias[...](G1) [...]tempo médio de 15 dias [...]30 dias ,45 dias(G2) antes [...] estávamos com dificuldade[...]dois meses três meses o tempo de espera [...] (PS2) [...]vários serviços sem fila com marcação entorno de duas semanas(G1) Ferramenta [...] INFRO-CRÁS, ela é marcada de forma online, onde não tem internet é marcada por planilhas [...] (G2) Semanalmente tem a coleta dos exames básicos [...] exames de alta complexidade [...] tem mais dificuldade[...].a citologia [...]demora chega ate sessenta a noventa dias[...](G2) [T]oda política [...] a gente planeja de uma forma e nem tudo é executado da forma adequada[...]acolhimento na unidade e a pessoa chega é acolhida si for necessário é agendado[...]. Esse é o desenho que a gente tem estruturado.[...](G1)

Nas entrevistas dos gestores e profissionais de saúde chama a atenção quando os mesmos deixam claro que não existe formação específica para os profissionais de saúde que atuam no campo, que não existe política específica, o que tem é um estudo entre os médicos da regulação e a educação permanentemente e que a gestão não faz distinção dos usuários da zona urbana e rural. Para eles, esta distinção é papel da equipe da saúde da família que deve ter esse olhar, principalmente nos casos referentes a população do campo.

Como foi relatado na entrevista, que quando se tem necessidade de formação de algo específico da população do campo, cabe ao órgão competente ofertar como é o caso do uso inadequado de agrotóxicos, e neste tema específico, a gestão tem um visão equivocada de que só a população do campo usa agrotóxicos.

[..]aqui município não existe uma discussão de políticas específicas, e sim garantir o que diz portaria do ministério da saúde[..](G3)

Não[..]tem um núcleo permanente[..]foi formalizada recentemente em lei[..]que prever que cria o sistema, o sistema a integrada de saúde e escola do SUS em caruaru[..] é um sistema de formação e qualificação permanente de profissionais[..]para todas [..](G3)

[..]agente implantou uma estrutura de educação permanente[..]periodicamente os médicos da saúde da família [..]estão sentando inclusive com os reguladores médicos para discutir a proposta de acesso[..](G3)

[..]agente não ver diferença entre a zona urbana e zona rural[..](G3) [..]é inerente você enxergar o território na suas indiferenças e propor as intervenções já é uma atribuições das políticas da atenção básica[..](G3)

[..] todos mais as equipes de saúde elas tem que compreender que a população rural tem especificidade[..](G3)

[..]pra questões específicos por exemplo[..]uso contínuo inadequado do agrotóxico é uma questão é específica da zona rural[..]aqui um centro de saúde de referencia em saúde do trabalhador[..]ele tem esse olhar né para enxergar essas populações rurais que usa agrotóxico ou não que não usa EPI[..](G3)

[..]acho que a própria estratégia de saúde da família e a política da atenção básica tinha que ter esse olhar diferenciado né[..](G2) Tem unidades [..] que você precisa de ir uma vez na semana, não dá para ir uma vez no mês[..]a população cresceu [..](G2)

Já os trabalhadores rurais entrevistados afirmam que não conhece a existência de formação específica para as equipes que atuam no campo.

[...] Eu de fato desconheço [...](TR1) Tem não, tem não (TR3)

No que se refere à estrutura de organização de serviço e as ações da saúde em Caruaru, o enfoque maior foi para a NOA, regulação, unidades básicas de saúde, para implantação das residências médica em saúde da família comunitária e multiprofissional de saúde com ênfase em saúde do campo.

Para os profissionais de saúde e a gestão, a estrutura de organização dos serviços de saúde tem alguns gargalos e que precisa desburocratizar o acesso e a Norma Operacional do Acesso Equitativo Integral - NOA foi implantada com esse mecanismo de facilitar o acesso aos serviços de saúde onde se organizou a central de regulação, houve um aumento das unidades básicas de saúde, para implantação das residências medica em saúde da família comunitária e multiprofissional de saúde com ênfase em saúde do campo.

Essa norma foi criada exatamente para garantir o acesso dessas populações, porque historicamente a população rural tem apresentado muita dificuldade de acesso, seja a dificuldade mesmo de locomoção, de informação. Ou seja, a NOA tem a perspectiva de garantir o acesso de forma integral e equânime para as pessoas, o que teve repercussão muito positiva nessas populações de assentamentos.

[..]temos a residência de medicina da família e comunidade[..]residência multiprofissional em saúde do campo[..]temos também uma equipe do NASF(G2) é composta não só pela as unidades básica de saúde sendo 63 onde desse total 18 é no campo. mas por todos os serviços de media e alta-complexidade[..]serviços das upas ,serviços Urgências e de Emergências ,o pré- hospitalar é , que é o SAMU [..] temos um Hospital Municipal o que atende todo território [..]Hospitais de referencias de alto complexidade[..](G2)  
regulação [..] é um departamento[..] que da conta do acesso que é responsável pelo acesso das pessoas na rede[..](G2)  
[..]agente tem alguns gargalho que é [..]desburocratizar esse acesso[..](G2)  
A principal[..] é cultural e histórica é a desarticulações dessa rede[..](G2)  
[..]equidade ,que eu acho que uns das grande fragilidade né[..](G2) [..]foco principal da NOA é garantir o acesso [..]só existe aqui em caruaru[..](G2)  
Houve um crescimento populacional[.] loteamento na aquela região[..] temos unidade do campo que tem 1800 a 2000[..]por equipe[..](G2)  
[..]Rafael[..] tem 6.000 mil pessoas [..]se tornou muito potente por que passou a ser uma unidade escola para curso de Medicina[..]residências de família e comunidade da [..] formação para profissional medico para cuidar realmente das pessoas [..](G2) [..]acho que a própria estratégia de saúde da família e a política da atenção básica tinha que ter esse olha diferenciado né[..](G2) tem unidades[..] que você precisa

de ir uma vez na semana, não dá para ir uma vez no mês[.]a população cresceu [..](G2)

Em relação ao preparo das equipes de saúde para lidar com as especificidades da população do campo, os trabalhadores relataram que a equipe é despreparada, não os atende direito e percebem desrespeito e preconceito.

[...]tem muitas vezes que[...] elas não atende bem. (TR2) É não atender direito né.

[...] você chega ao posto com uma sandalhinha simples, olha logo pro seus pés, e fica... Olha como se você fosse o que algum retrato veio, mas não é assim[...] eles tem que aceitar lá pobre rico né (TR2). Quando ver seus pés ao menos sujo de poeira, começa o qui, qui delas, elas tão ali pra atender, não pra olhando a vida dos outros. (TR2) [...]se conta os agentes de saúde que atende você bem[.]maioria das agentes de saúde são tudo nariz empinado[..].

(L1) [...]6 médicos Cubanos[.]atuam diretamente[.]visita as famílias[.]o pessoal reconhece[.]

(L2) [...]o problema da saúde[.] é[.]atendimento[.]

(L2) [...]o maior problema[.] é dos partos[.]acho que é onde as mulheres mais sofrem [..]

(L2) [...]Caruaru[.] cidade[.] polo regional[.]atende agreste e o sertão[.]é muito deficiente.

(L 2) [...]caruaru ter pequenos tratamentos, pequenas internações (L2)

A gestão reconhece que o quantitativo de trabalhadores de saúde do município é insuficiente para atender as demandas da população do campo, onde algumas áreas se encontra descoberta, particularmente em relação aos ACS onde os mesmos tem um contingente grande de famílias para acompanhar.

[..]agente comunitário de saúde [...] ele tem uma população razoavelmente alta de aproximadamente 200 famílias [...] os ACS assumem uma população além do que deveria (G1)

porém a gente tem uma escassez de ACS [...] está faltando ACS. (G1) [...] gargalo por existir uma oferta de cada especialidades [...] Oferta [...] de média complexidade robusto [...] [o principal] gargalo [...] é a falta de profissionais [..](G2)

Para a gestão, a restrição de trabalhadores está relacionada às dificuldades que o município enfrenta para cumprir a Lei de Responsabilidade Fiscal:

[..] é uma dificuldade por que a gente tem um concurso de agente comunitário de saúde em vigor, a gente tem um impedimento para chamar o concursado por conta da lei de responsabilidade fiscal (G3)

## 6. DISCUSSÃO

O Assentamento Normandia na sua ocupação é considerado um símbolo de resistência do Movimento Sem-Terra em Pernambuco. Ao longo dos seus 23 anos de existência se tornou marco na luta pela terra, pois foram 4 ocupações e cinco reocupações, passaram e resistiram a diversos despejos todos violentos onde a Polícia Militar não poupou seu aparato para se fazer cumprir a vontade do latifundiário, alguns acampados entraram em greve de fome, como forma de pressionar o estado a desapropriar as terras da fazenda já que a mesma não cumpria a função social da terra. Mas isso não impediu os trabalhadores de continuarem na luta. E no dia 23 janeiro 1997 obteve-se a emissão de posse do Projeto de Assentamento Normandia com um total de 726,2 hectares.

De acordo com o Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária – ITERRA (2001). Na luta pela terra existe muita dor e sofrimento. Existe também muitas esperança e alegria. Alegria de quem já sente brotar do novo, forjando com muita luta e teimosia resistência. Esperança de ir forjando um Projeto Popular nesta terra chamada Brasil.

O Assentamento Normandia é símbolo da luta pela terra em Pernambuco. A ocupação se transformou em símbolo de resistência e luta em Pernambuco. Hoje todas àquelas áreas reivindicadas se tornaram Assentamento da Reforma Agrária, processo de muita luta dos trabalhadores rurais sem-terra. Por isso que o assentamento Normandia é referência no estado: por representar no seu dia a dia símbolo da luta da classe trabalhadora dando unidade a mística que move o movimento.

As ações de massa são importantes para estabelecer diferentes formas de lutas e de pressão. Devemos entender que a força de pressão pode não ser da ação específica, mas da combinação das ações que podem desenvolver a organização. Podemos citar como exemplo: uma ocupação pode ser pequena e sem força em si para pressionar, mas o movimento deve organizar outras ações, e canalizar esta força de pressão para negociar a desapropriação da área ou garantir outras conquistas. (BOGO, 1990, P.37 e 38).

Hoje o município de Caruaru, conta um aparato de 456 estabelecimentos de saúde, entre eles hospitais estaduais que atendem a alta e média complexidade, Unidades básica de saúde da Família, policlínicas, Unidade de Pronto Atendimento, academias da saúde, laboratórios,

dentre outros. Em relação a quantidade de leitos são 1.694 leitos de internação sendo que 856 destes em estabelecimentos que atendem o Sistema Único de Saúde, esses dados são do Cadastro Nacional dos Estabelecimento de Saúde do Brasil – CNES .

Conforme o DATASUS (2014) O município tem 68,85% da cobertura da atenção básica ofertando os serviços desde consultas médica básica, odontológico de enfermagem e procedimentos como curativos, entrega de medicamentos, aferição de pressão arterial, vacinação realizando atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças e serviços de marcação de consultas especializadas, exames e serviços especializados como também visitas domiciliares e encaminhamento para urgências.

Apesar de Caruaru ser considerada a capital do Agreste a cidade polo têxtil e ser um polo médico-hospitalar da região do Agreste, tem um arcabouço nos serviços de saúde como mostra o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Mas o município é carente na sua estrutura dos serviços de saúde, deixando a desejar uma vez que, a população enfrenta muitas dificuldades para acessar alguns serviços de saúde, e se tratando da população do campo os obstáculos são bem maiores uma vez que os mesmos não atendes as suas demandas e as especificidades da população do campo.

Como nos mostra Albuquerque (2010), que pesquisou o acesso aos serviços de saúde do município de Caruaru, considerando a percepção dos usuários, existe uma procura maior dos serviços de saúde do que a oferta, uma vez que poucas consultas médicas são oferecidas nas USFS o que ocasiona a busca direta dos usuários cobertos por serviços especializados.

Resultados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada no interior pernambucano, por Albuquerque (2010), que revelou a busca direta dos usuários pelo hospital, devido à ausência do médico na USF. Nessa pesquisa, os entrevistados referiram que o médico não trabalha todos os dias na USF e que há equipes sem médico, sendo necessário enfrentar filas para marcação de consultas e uma longa espera pelo dia do atendimento. Por outro lado, no serviço hospitalar, há maior possibilidade de atendimento médico, sem restrição no número de vagas para a consulta.

O município tem um déficit no quantitativo de profissionais de saúde, o que consta no Sistema de Informação da Atenção Básica é um total de 4.299 sendo que só 3.506 trabalham no SUS, esses números são relativamente abaixo para a demanda de 314.912 habitantes, os caruaruenses vivenciam cotidianamente o gargalo da deficiência de profissionais na atenção básica, desde os médicos de saúde da família até os Agentes Comunitário de Saúde.

Destaco aqui o ACS que acompanha o território do Assentamento Normandia que tem uma vasta área com um diferencial próprio por ser área do campo, que se enquadra infelizmente como território vulnerável sendo de difícil acesso que demanda estratégias que seja compatível com a população do campo. É válido ressaltar que a cobertura preconizada pela estratégia de saúde da família é de 750 pessoas no máximo, porém os ACS extrapolam esse indicativo.

Curioso é que segundo os dados do CNES o município de Caruaru tem 63 Unidades de Saúde da Família com 47 médicos vinculados a Estratégia de Saúde da Família conforme o SIAB, lembrando que o quantitativo é bem abaixo da demanda do município. Essa situação se aplica também para os enfermeiros, uma vez que 51 atuam na Estratégia de Saúde da Família e 26 técnicos em enfermagem. O mais impressionante é que o total de ACS é de 490, sendo que 111 atuam nas 18 unidades de saúde da família no campo, em média se tem por equipe no mínimo 4 ACS e no Máximo 13, um quantitativo baixo quando nos referimos a uma população que tem as suas especificidades e que infelizmente a gestão não leva em consideração ao pensar e organizar os seus serviços de saúde básico municipal.

Ressalto aqui o primeiro eixo da PNSIPCFA que trata da importância de se pensar ações e mecanismo que promovam a promoção e equidade em saúde das populações que se encontra em condições vulneráveis.

Os resultados deste estudo comprovaram que a principal barreira de acesso aos serviços de saúde enfrentadas pelos trabalhadores do Assentamento Normandia é do tipo geográfico. Foi apontada a dificuldade de locomoção, quando os mesmos buscam a assistência à saúde, uma vez que a unidade de saúde de referência se encontra numa distância aproximadamente 3 Km, localizada no contrafluxo dos veículos que circulam pela BR 104, que, por sua vez é mais um agravante no percurso até a USF Rafael, por ser uma estrada duplicada e não possui nenhum dispositivo de redução de velocidade ou passarela, lombada que proteja os moradores na busca e obtenção da assistência; prejuízos por perda de dias de trabalho; possíveis perdas do Rafael.

Se tratando da dificuldade de se deslocar do Assentamento até USF do Rafael, é notável a escassez de transporte público que faça esse trajeto, já que o fluxo maior é contrário ao sentido da unidade, uma vez que o maior movimento é sentido cidade e não para o campo.

Conforme Marina (2012), se reportando ao pensamento de Milton Santos, existe sim uma desigualdade na oferta dos serviços universais entre campo e cidade, e pelo campo ter características de difícil acesso torna mais grave o problema

[...] expansão urbana não foi acompanhada da provisão de bens e serviços universais; as maiores cidades passaram a abrigar grandes distorções na esfera do consumo coletivo e no bem-estar público, criaram-se disparidades extremas e problemas de acesso desigual para os pobres urbanos e para a classe trabalhadora (MARINA, 2012, p. 149).

A falta de dispositivo de redução de velocidade que venha a proteger os moradores ao se deslocar para o outro lado da BR 104 onde se pegam o transporte para chegar a USF do Rafael. Segundo os trabalhadores rurais por conta do alto fluxo e ausência de algumas medidas que venha auxiliar a segurança e conforto ao atravessar a via.

Afirma o Código de Trânsito Brasileiro no seu capítulo I das disposições preliminares no artigo I do inciso onde diz que: § 2º O trânsito, em condições seguras, é um direito de todos e dever dos órgãos e entidades componentes do Sistema Nacional de Trânsito, a estes cabendo, no âmbito das respectivas competências, adotar as medidas destinadas a assegurar esse direito. (BRASIL,1997).

Esse trecho duplicado da BR 104, tem ocasionado transtornos para pedestre que precisam transitar entre as comunidades separadas pela BR, os Assentados reclamam que precisa esperar muito e atravessam correndo com medo de serem atropelados, e dizem que seria melhor se tivesse semáforos e faixa de pedestre resolveria um pouco o problema.

É válido ressaltar que um dos aspectos negativos de consenso citado pelos entrevistados na barreira de comunicação é a própria falta de diálogo entre os assentados e a USF do Rafael, os mesmos não tem acesso às informações dos serviços de saúde, e principalmente das atividades desenvolvidas na unidade. Isso faz com que os usuários se distanciam da unidade que deveria ter esse elo, ser referência das famílias a porta dos mesmos na entrada da atenção básica.

Mas por não ter uma metodologia que atenda as especificidades da população do campo o que acaba acontecendo é que a responsabilidade de fluir a esse gargalo da comunicação acabada sendo uma tarefa do ACS. O município sabe que existe em alguns territórios populações com suas especificidades, mas não as reconhecem como sujeitos protagonistas de sua própria história e que precisam ser respeitados as suas diferenças.

O acesso dessas populações às ações e serviços do SUS requer uma articulação de saberes e experiências de planejamento; implementação, monitoramento e avaliação permanente das ações intersetoriais, bem como, das responsabilidades e informações compartilhadas, a fim de alcançar o efeito sinérgico pretendido. (BRASIL, 2011, p. 17).

Tem que se criar mecanismo que oferte aos trabalhadores rurais o acesso à informações mesmo em território que não tem cobertura de sinal de telefonia, que ultrapasse o momento em que os mesmos se encontrem na unidade na ocasião do acolhimento, porque nem em todas as áreas são cobertas por ACS, como ocorre em algumas que se diz ter cobertura mas o Agente Comunitário de Saúde não dá conta de cobrir tantas famílias.

Concordo com PNSIPCFA quando diz no seu objetivo específico que se faz necessário promover mecanismos de informação e comunicação, de acordo com a diversidade as especificidades socioculturais das populações sempre levando em consideração que cada uma tem seus costumes, crenças (BRASIL, 2011, p. 20).

O que mais chamou atenção nos relatos da Barreira Financeira nas entrevistas foi o aspecto dos gastos com deslocamento até a unidade de saúde da Família do Rafael como também em outros serviços de saúde. Os Assentados arcam com quatro reais para chegar à USF, os que não têm como arcar com esses valores faz o percurso de 3 km a pé, onde algumas vezes se arrisca pegando um atalho para se chegar até a unidade. Quando se trata de outros serviços os gastos são ainda maiores para os usuários, uma vez que não existe nenhuma política de financiamento para transportar os usuários até os serviços.

Muitos municípios operam suas ações e serviços de saúde em condições desfavoráveis, caracterizados pela insuficiência de recursos financeiros e equipes para atender às demandas dos usuários, seja em volume, seja em complexidade – resultado de uma conjuntura social de extrema desigualdade. Nessas situações, a gestão pública em saúde deve adotar uma condução técnica e administrativa compatível com os recursos existentes e criativa em sua utilização. Deve estabelecer critérios para a priorização dos gastos, orientados por análises sistemáticas das necessidades em saúde, verificadas junto à população. É um desafio que exige vontade política, propostas inventivas e capacidade de governo. (BRASIL, 2009, p. 43)

Entre os aspectos que configuram a barreira organizacional evidenciada nos discursos dos sujeitos, a estrutura física da USF do Rafael (CNES 2345900) é pequena para a quantidade de usuários do território, com sugestão de ampliar ou desmembrar a unidade para que consiga

de fato cobrir todos os usuários, uma vez que USF do Rafael tem mais de 6.000 famílias e a cada dia se expande mais.

Mesmo tendo passado por uma reforma e ampliação há pouco tempo, a estrutura da unidade ainda deixa a desejar por não conseguir acolher os usuários com o mínimo de conforto, eles são obrigados a esperar muitas das vezes do lado de fora e em pé porque a quantidade dos usuários é bem maior do que a estrutura suporta.

De acordo com o Diagnóstico Territorial do Campo de Caruaru da Primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase na Saúde da População do Campo (2015), a população já era bem grande para uma unidade do campo com características tão singulares que se subdivide em 8 microáreas que pertence a Vila do Rafael sendo elas: Salgadinho, Rafael de Dentro, Queimada de Uruçu, Lagoa Salgada, Zumba, Assentamento Normandia e Contendas tinha sua população maior que 1.324 pessoas cerca de 390 famílias em maio de 2016 a população do Rafael segundo o Esus já passava de 6.000 famílias.

O horário de funcionamento da USF do Rafael é de 07h30min às 15h30min, como em todas as outras unidades do campo, isso faz com que os trabalhadores que precisam de assistência procurem uma UPA mais próxima. Já que a USF do Rafael não funciona no período noturno, uma das principais queixas sobre o horário.

Os atendimentos acontecem através de marcação de consultas prévias com cronograma específico para cada programa, que determina o público-alvo dos dias da semana, a unidade tem uma metodologia de atendimento que se inicia com o acolhimento e em seguida com uma escuta qualificada com algum profissional de ensino superior e com atendimentos de demanda espontânea, que também tem um determinado horário para ser atendido.

A marcação de exames desde os mais simples até um encaminhamento ao serviço especializado se dá através da Norma Operacional de Acesso (NOA) tem como objetivo garantir o acesso à rede assistencial de forma integral e equânime dos caruaruenses.

Essencialmente, o novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, alcançando-se, assim, a efetiva integralidade das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação, ao modelo clínico dominante (centrado na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes. (BRASIL, 2003, p. 61)

O município de Caruaru apesar ser reconhecida como importante polo de desenvolvimento econômico do Estado de Pernambuco, onde está se consolidando um polo médico hospitalar da região do Agreste, porém quando nos referimos a formação continuada do quadro de profissionais da saúde nos deparamos com a ausências de processos de educação, particularmente para trabalhadores de saúde que atuam nas USF do campo, exceto algumas experiências pontuais para os médicos que compõe a central de regulação.

Com essa toda carência de formação específica dos profissionais de saúde que atuam em territórios do campo acaba comprometendo o desenvolvimento das atividades de educação em saúde com as famílias. Os trabalhadores por serem despreparado não saber lidar com as especificidades das população do campo, o que normalmente se ver é a reprodução do método de trabalho do urbano no campo, que ocasionam vários contratempo e transtorno para as comunidades atendidas pela USF do Rafael como também as demais, em alguns relatos das entrevistas foram citados a falta de respeito dos profissionais saúde com os trabalhadores rurais, os mesmos são discriminado pelo simples fato de estarem calçados de chinelo, ou simplesmente com poeira no corpo, uma falta de respeito e de humanidade com a população do campo.

A USF do Rafael como descrito acima conta com uma equipe de 14 profissionais sendo 9 ACS, 1 médico da estratégia da saúde da família, 1 cirurgião dentista da estratégia de saúde da família, 1 enfermeiro da estratégia de saúde da família, 1 auxiliar em saúde bucal da estratégia de saúde da família, 1 auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família. Apesar de toda equipe, esse número ainda é pequeno diante do grande número de famílias que tem no território de cobertura da unidade.

No que se refere á ausência de participação dos usuários na organização dos serviços de saúde da USF Rafael, nota-se que boa parte dos usuários não tem conhecimento de quanto é importante sua participação na organização da unidade, isso se dá pelo simples fato de que os mesmos não se sente parte da unidade, eles são tão distanciados que desconhece que deve sim opinar na condução do planejamento e organização da USF do Rafael, infelizmente alguns trabalhadores não se tem instrução do seus direitos e deveres ficando a quem da sorte .

É importante ressaltar o que apontava a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS/96 quando diz que paradigma da saúde básica tem que ser centrado no bem estar das pessoas, com vinculo dos serviços de saúde e seus usuários, com um olhar maior para os comunitários, desenvolvendo assim os meios para uma real participação do controle social.

A NOB refere-se, ainda, às bases para o redirecionamento do modelo de atenção, que deve ser “transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os seus núcleos sociais primários - as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais”. O novo modelo requer, portanto, de um lado, “a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde”. (BRASIL, 2003, p. 142)

A NOB trouxe vários benefícios para a população, ela passou a incluir vários itens de alta complexidade que antes não constava, concebendo assim uma proposta de um novo modelo de atenção onde os processos são descentralizados, e os municípios tem autonomia para gerirem os recursos, direcionou um olhar maior para as populações vulneráveis, a NOB também expandiu seu conceito de saúde.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados da pesquisa chegou-se à conclusão de que o acesso das populações às políticas públicas de saúde no Brasil historicamente tem sido marginalizado pelo poder público.

A burocracia do Estado impõe aos brasileiros um distanciamento de uma saúde de qualidade e equânime, que possa minimamente atender as demandas mais urgentes, como um simples exame de rotina. As políticas de saúde são desenhadas sem considerar adequadamente os sujeitos que moram no campo.

De modo geral as políticas de saúde são voltadas para os problemas dos grandes centros urbanos, esquecendo as peculiaridades das populações do campo, não levam em conta a organização da comunidade a cultura, seus hábitos, suas práticas de vivência e convivência, e as condições socioeconômicas, sendo, portanto insuficiente para resolver as complexidades dos problemas existentes.

No sentido de reverter essa situação surgem políticas como a PNSICFA, resultado da organização e da luta dos movimentos sociais, voltada para garantir a atenção a saúde de segmentos populacionais de agricultores familiares, trabalhadores e trabalhadoras rurais assalariadas (os) e aquelas (es) em regime de trabalho temporário, as (os) trabalhadoras (es) rurais assentadas (os), as (os) que não têm acesso à terra, famílias de trabalhadoras (es) rurais de assentamentos e acampamentos rurais, populações que residem em comunidades remanescentes de quilombos, em reservas extrativistas, em vilas, povoados, população ribeirinha, povos originários, comunidades tradicionais e trabalhadoras (es) que moram na periferia das cidades, mas que, trabalham no campo.

Esta política nasce do diálogo propositivo entre gestão e movimento sociais e requer ressignificar o território com espaço de ações coletivas que aglutinam sujeitos sociais em torno da luta. Para que isso aconteça precisamos readequar o espaço de geração de vida de forma a contribuir no processo de bem-estar da população.

Nesse sentido a PNSICFA é organismo de discussão que tem como finalidade mobilizar, articular e organizar toda a sociedade a partir da temática saúde e não da

doença integrando os saberes científicos e tradicionais para promover a saúde no campo.

Assim, pretende-se com a presente pesquisa auxiliar os gestores municipais e estaduais no aprimoramento das condições de saúde dessa população, levando em consideração o modo de viver e produzir saúde no campo na perspectiva dos/as camponeses/as.

Resumindo ou o trabalhador assumir o comando e constrói uma sociedade sem classe, sem explorador e explorado ou cada vez mais ele vai perdendo a capacidade de se reconhecer nesse produto, ou seja, se pensa uma saúde para os trabalhadores (as), um modelo de assistência à saúde pública, mas, ele não se reconhece, não consegue acessar, desumanização, e este trabalhador (a) precisa construir para si uma disposição de planejar uma luta, compreendendo que entre vencedores e vencidos, se reconheça nesse produto caracterizando que o trabalho é fundamental para a sua existência, como uma sociedade sem classe, socialista e uma saúde humanizada e de fácil acesso

Entretanto, apesar das contradições que continuam existindo, a formação política, o estudo, continua sendo a maior arma que a classe trabalhadora poderá tomar como sua, seja coletiva, na base, nas universidades, pois serão estas condições em grupos que continuam apontando a classe como construir mecanismo de enfrentamento ao capitalismo, apesar de todas as contradições existentes.

Um projeto de saúde humanizado fundamentado no conceito ampliado de saúde, onde toda população tenha acesso, e que consiga ser discutir com a população numa construção coletiva, tendo como eixo norteador uma saúde preventiva, com profissionais formados a partir de uma educação popular, que os Agentes Comunitários de Saúde reconheça seu papel como educador popular da saúde, que entenda as especificidades dos sujeitos do campo.

## 8. RECOMENDAÇÕES

1. Aprimorar o processo de territorialização no município, implementando ferramentas de diagnóstico rural participativo, para maior precisão no reconhecimento das populações do campo, para serem adequadamente incorporadas a área adstrita das unidades.
2. Fomentar espaços de participação da comunidade no controle social, no planejamento do plano plurianual e orçamento participativo do município na execução e na avaliação das ações.
3. Criação do comitê de saúde das populações do campo e dos povos tradicionais.
4. Implementar um processo contínuo de formação em educação permanente de saúde para todos os profissionais de saúde, notadamente aqueles vinculados à atenção básica, com ênfase nas especificidades da população do campo; além de acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.
5. Desenvolvimento de ações intersetoriais no âmbito da gestão municipal, com maior integração com os diversos setores da sociedade como, movimentos sociais, ONGs, Universidades, com finalidade de fortalecer o SUS, assegurando na sua integralidade.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N.. **SUS: Sistema Único de Saúde-antecedentes**, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.192p.

ALBUQUERQUE, L. C. de. **Acesso aos serviços de saúde em um município do interior de Pernambuco: o que pensam os usuários?.** Recife: dissertação 2011. 89 p.

ALESSI, N.P. et al. **Saúde e trabalho no sistema único de saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

ALMEIDA, C. **Reforma dos Sistemas de saúde.** In: GIOVANELLA, L. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. cap. 25, p. 871-922.

AMOROZO, M.C.M.; GÉLY, A. **Uso de plantas medicinais por caboclos do Baixo Amazonas. Barcarena, PA, Brasil.** Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi, Série Botânica, Belém, v.4., n.1, p. 47-131, 1988.

BARDIN. L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edit. Edições, 70p. 1977.

BENDER, A. S.; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L. S. F. **Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica.** Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 11, n. 2, p. 56-65, 2010.

BOFF, L.. **Saber Cuidar. Ética do humano - compaixão pela terra.** Vozes, 1999.

BRASIL, 2004, **Diagnóstico de saúde nutricional da população do campo: Levantamento de dados Coordenação-geral da política de Alimentação e Nutrição.** Departamento de Atenção Básica. pp.03

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.** Brasília , 2011,p.04

BRASIL,Ministerio da Saúde.Secretaria de Atenção á Saúde .Departamento de Atencao Básica. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde** .Brasilia Ministério da Saúde ,2008.

100

BRASIL. **Código de trânsito brasileiro** (1997).[recurso eletrônico]. – 5. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados,Edições Câmara, 2013.244 p. – (Série legislação ; n. 107)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** - Brasília: CONASS, 2003. 604 p. ISBN 858954501-6 1. SUS (BR). 2. Legislação sanitária. I. Título. NLM WA 525 CDD - 20.ed. - 362.1068

BRASIL. Ministério da Saúde, **ABC do SUS - Doutrinas e Princípios**, 1990. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Disponível em [http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principios.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf) acessado em 10/04/2016

BRASIL. Ministério da Saúde, de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa; **Síntese do Relatório do I Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta**: 1 e 2 de dezembro de 2006/ Ministério da Saúde, de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa- Brasília :Ed Ministerio da Saúde ,2008,p.13

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012, 110 p: il. – (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.46 p. : il. color. – (Série B. Textos Básico de Saúde)

BRASIL, Ministério da Saúde. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29178&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=29178&janela=1)  
Acesso em: 25/07/2010

BRASIL, Ministério da Saúde. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29178&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=29178&janela=1)  
Acesso em: 25/05/2016

BRECHARA, CASSIA. **Dados MST**. [mensagem pessoal] Mensagem recebida por: <anaemilia@mst.org.br>. Em: 14 nov. 2011.

Calado, Alder Júlio Ferreira Calado Bezerra: resistente como aço, como flor enternecido. Alder Júlio Ferreira Calado. Caruaru: Fafica, 2004.101 p. 1.Policia Social. 2. Reformas Sociais. 3. Bezerra, Gregorio.UFPB/BC CDU 304.

CASA CIVIL. **Decreto Federal nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfe-

101

derativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção I, p.01.

CHIESA, A.M.; FRACOLLI, L.A. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas Grandes Cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, v. 5, n. 7, p. 42-49. 2004.

CICOUREL, A. **Method and Measurement in sociology**; 4<sup>a</sup>.ed. Nova York: The Free Press, 1969a.

COHN, A; **Saúde da família e SUS: convergência e dissonância**. 2009, p.16, Rio de Janeiro: Ed, Beco do Azogue LTDA

Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde alma-ata DISPONIVÉL EM <<http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>> Acessado em 03/08/2016

**COOPERATIVA** de Prestação de Serviços Técnicos dos Assentados da Reforma Agrária Ltda. **PLANO DE RECUPERAÇÃO DO ASSENTAMENTO** 2004, Arquivos internos

CUNHA, A.B.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.725-737, abr. 2010.

DAMASCENO, Maria Nobre. **Pedagogia do Engajamento** – trabalho, prática ,educação e consciência do campesinato,p.40,1990 Fortaleza: Ed. UFC / Stylus Comunicações, 19901 – Campesinato. 2 – Sociologia educacional. Título.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Dados** – Revista de Ciências Sociais, 33(2):257–283, 1990.

FLEURY, S. **Dual, Universal o Plural? Modelos y Dilemas de Atencion de la Salud en America**. Rio de Janeiro: FGV, 2001. Disponível em: < <http://www.opas.org/htm> >. Acesso em: 2 jul. 2002.

FRENK, J. **El concepto y la medición de accesibilidad**. Salud Pública de México, Cuernavaca, p.438-453,1985.

GEERTZ C; **Nova luz sobre a antropologia**. Jorge Zahar editor, Rio de Janeiro. 2001.

GILMAR M. **O campesinato no capitalismo**. Instituto universitário latino americano de agroecologia Paulo freire. São Paulo,04 de julho de 2007, acessado em 04/04/2015 <http://ialatextos.blogspot.com.br/search?q=gilmar+>

102

GRAMSCI, A. **O leitor de Gramsci**: escritos escolhidos 1916-1935, Carlos Nelson Coutinho. Organizador-Rio de Janeiro: civilização Brasileira,2011.

HOBBSAWM, E. J. **A era das revoluções (1798-1848)**. 35<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2015. P. 4. 286.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-239, 2000.

HOUAISS A. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. [http://ambientes.ambientebrasil.com.br/energia/artigos\\_energia/biodigestores.html](http://ambientes.ambientebrasil.com.br/energia/artigos_energia/biodigestores.html) acessado em 21/02/016.

IBGE **.Serviços de Saúde**. 2009. Visitado em 15 de fevereiro de 2014.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>

IBGE. **Produto Interno Bruto dos municípios – 2012, PIB *per capita* a preços correntes» Comparação entre os municípios: Pernambuco**". Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Consultado em 19 de fevereiro. 2016.

ITERRA-Instituto técnico de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária( **pra soletrar a liberdade n 2**)Somos **Sem Terra**, caderno do educando, 2001 texto final Paulo Ricardo Cerioli,osfs.

JURA EM PROSA E VERSO. **História de Caruaru e a Cidade Hoje**. 2015.

Disponível em:  
<http://www.juraemprosaeverso.com.br/HistoriasDasCidadesBrasileiras/HistoriaDaCidadeDeCaruaru.htm>. Acesso em: 03. Set.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. **Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n.5, p. 2307-2316, 2010.

KVALE, S. **Inteviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing**. London: Sage, 1996.

LIMA, D.M.G.VENTURA, L.O. BRANDT, C.T. **Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura**. Arquivos brasileiros de oftalmologia, São Paulo, v.68, n.3, p.357-362, 2005.

LORENZO, I.V. **Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 2009.

103

MANIFESTO DO CEBES: **Em defesa do direito universal à saúde: Saúde é direito e não negócio**. 2014. p2

MARINA, R. M. **A teoria dos circuitos da economia urbana de Milton Santos: de seu surgimento à sua atualização** Revista Geográfica Venezuelana, Vol. 53(1) 2012,

P.149 147-164 acessado em 16/06/2016  
[www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/35601/1/nota2.pdf](http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/35601/1/nota2.pdf)

MARX K. ENGELS F. **A ideologia Alemã** tradução de Álvaro Pina—1. Ed.-São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MCINTYRE D, MOONEY G. **The economics of health equity**. New York: Cambridge University; 2007.

MILLMAN M. **Access to health care in America**. Washington DC: National Academy Press; 1993.14. Rogers A, Flowers J, Pencheon D. Improving access needs a whole systems approach. *BMJ* 1999; 319:866-7.

MINAYO, Maria C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, 14.ed.- São Paulo:Hucite,2014,p393

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

NASCIMENTO, Vinicius A.A. **Os Suplícios e a Sua Finalidade: Historia das Violências nas Prisões da Ditadura**. disponível em <http://www.viajus.com.br/viajus.php/pagina=artigos&id=3717&idAreaSel=4&seeArt=y> es acessado em 25/06/2016

NERA - **Núcleo de Estudos, Pesquisas e Projetos de Reforma Agrária** – FCT/ UNESP Coordenação: FELICIANO, C. A.; GIRARDI. E. P. - Presidente Prudente, São Paulo. Outubro de 2012.

OLIVEIRA, A. U.; STEDILE, J. P. **A Cartilha a Natureza do Agronegócio no Brasil. VIA CAMPESINA**. 2005,p8

PAIM, S. J. **O que é o SUS**, Ed :fio cruz,Rio de janeiro,4 impressão. 2013,p.33

PANIZ, V.M.V. et al. **Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n.2, p. 267-280, fev. 2008.

PAVÃO, A.L.B.; COELI, C.M. **Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 471-482, 2008.

PEREIRA,I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde/** e Julio Cesar França Lima - 2.ed.rev. ampl.-Rio de Janeiro: EPSJV,2009.478p.

PUSTAI O. J. **O sistema de Saúde no Brasil**. In: DUNCAN BB, SCHMIDT MI, GIUGLIANI ERJ, organizadores. Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.71.

Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2/3), 2007 165, Temas de actualidad, Current topics/ Sarah Escorel, Ligia. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf> > : Acessado em 10/ 04/2016.

RM SANCHEZ, RM CICONELLI: **Conceitos de acesso à saúde**, Rev Panam Salud Pública, 2012 – SciELO Public Health, p.290.

RM SANCHEZ, RM CICONELLI: **Conceitos de acesso à saúde**, Rev Panam Salud Publica, 2012 - SciELO Public Health, p.260. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>>. Acessado em 09/07/15

ROCHA, R.A.C.P.; GOES, P.S.A. **Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n. 12, p. 2871-2880. 2008.

SARMENTO JÚNIOR, K.M.A.; TOMITA, S.; KOS, A.O.A. **O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos**. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, São Paulo, v. 71, n.3, p. 256-262, 2005.

SAUER,Sergio, **Terra e Modernidade:a reinvenção do campo brasileiro**.São Paulo,Expressão Popular ,2010.

SOUZA, E.C.F. et al. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24, supl. 1, p. S100-S110, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>>. acesso em: 09/08/2015.

SOUZA, M.C.B.M. **Estudo bibliográfico da produção da Enfermagem Psiquiátrica no Brasil no período de 1932 a 1993**. Ribeirão Preto, 1995, 193p. Dissertação (Mestrado).

SPEDO, S.M.; PINTO, N.R.; TANAKA, O.Y. **O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil**. Physis, Rio de Janeiro, v.20, n. 3, p. 953-972, 2010.

STARFIELD, B. **Acessibilidade e primeiro contato: à porta**. In (Org).Atenção primaria :equilíbrio entre necessidades de saúde,serviços e

tecnologia.Brasilia :Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciencia e a Cultura /Ministerio da Saúde ,2002.

TAVASSOS, C, MONTEIRO; **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde.** In: GIOVANELLA, L. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: fiocruz, 2012. p183.

TRAVASSOS C, OLIVEIRA, E.X.G.; VIACAVAL, F. **Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n.4, p. 975-986, 2006.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. suplemento. ( sistema de saúde)

**Uma análise sobre a política pública de saúde no Brasil enfatizando o contexto neoliberal.** Disponível em

[www.cchla.ufrn.br/.../uma%20análise%20sobre%20a%20política%20púb](http://www.cchla.ufrn.br/.../uma%20análise%20sobre%20a%20política%20púb). Acessado em 05/05/2015

YIN, ROBERT K. **Estudo de caso: planejamento e métodos** / Robert K. Yin; trad.

Daniel Grassi – 2.ed. -Porto Alegre: Bookman, 2001

## **APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS TRABALHADORES RURAIS DO ASSENTAMENTO NORMANDIA E LIDERANÇAS DO MST**

Prezado(a) participante,

**Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa O ACESSO A SAÚDE NO ASSENTAMENTO NORMANDIA: UM ESTUDO DE CASO A LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO DO CAMPO DA FLORESTA E DAS ÁGUAS.**

Francilene Menezes dos Santos, educanda do programa de Mestrado Profissional em Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da educadora Profa. Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel. Este convite é encaminhado a você que é liderança do MST ou trabalhador rural do Assentamento Normandia, em Caruaru, no Estado de Pernambuco. Esta pesquisa tem como objetivo de analisar o acesso à saúde dos Assentados de Normandia aos serviços de saúde .

É importante lembrar que você não é obrigada a participar do estudo, sua participação é voluntária, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, você poderá suspender sua participação a qualquer momento e não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação. Asseguramos que exercer esse direito não irá trazer nenhum prejuízo a você.

Se você decidir participar desta pesquisa, sua participação na pesquisa se dará respondendo perguntas de um roteiro de entrevista e participando de oficinas/rodas de conversa ao longo da pesquisa. As atividades de entrevistas deverão ter uma duração média de duas horas.

Pedimos sua autorização para que estas atividades sejam gravadas através de um equipamento de áudio. Para deixá-la segura quanto ao sigilo da nossa conversa, informamos que as gravações não serão identificadas com seu nome, mas através de um número e, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais e arquivadas em um computador protegido por senha e a própria gravação só poderá ser aberta diante da apresentação de uma senha de acesso que somente o pesquisador ou seus orientadores possuirão. Ao final da

pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

No futuro, os resultados serão divulgados em palestras/rodas de conversa com os Assentados e com relatórios individuais para as entrevistadas, artigos científicos e na dissertação. Porém, garantimos que o seu nome não será citado em nenhum momento.

Como também, asseguramos que a qualquer momento, durante a pesquisa, ou após, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato informados neste Termo.

Não há riscos físicos ou à saúde envolvidos na sua participação neste estudo. Porém, você pode, diante de algumas perguntas, sentir-se constrangida ou pressionado a não revelar informações cuja divulgação considere prejudiciais a você ou a sua comunidade. Tentaremos ao máximo evitar que isto aconteça e garantimos que tomaremos todas as precauções para que a divulgação deste estudo não cause qualquer problema a você.

Também achamos importante que você saiba que esta pesquisa pode ou não, trazer benefícios diretos, pessoais ou coletivos, no processo de luta por direitos desta categoria. Através do progresso do conhecimento da realidade de vivenciada pelos Assentados. Dessa forma, sua participação poderá ajudar a elaborar uma proposta de estruturação da assistência à saúde do Assentamento Normandia que facilite o acesso aos serviços de saúde. Contudo não podemos dar qualquer garantia nesse sentido.

Tudo que está neste documento é uma garantia assegurada a você pela Resolução 496/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Esclarecemos ainda que para permitir que suas palavras não sejam mal compreendidas pelo pesquisador ou por seus orientadores, e que se esclareçam quaisquer dúvidas que surgirem no futuro, este procedimento é considerado uma condição para a realização da atividade. Caso você não autorize o registro, não poderá participar do estudo.

Caso você precise, o pesquisador irá responder, da melhor maneira possível, quaisquer perguntas sobre os procedimentos da pesquisa. Caso você tenha uma pergunta adicional após a realização das atividades, você pode entrar em contato com Francilene Menezes dos Santos no telefone **(81) 99111-6522** ou **(87)999336394** ou através do *email:* [lennamenezes@yahoo.com.br](mailto:lennamenezes@yahoo.com.br) Endereço: Av Dom Bonifácio Jansen , número 269, bairro Bonsucesso, CEP: 53240-240, Olinda .PE

O Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP aprovou o convite para esta pesquisa. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com este Comitê. 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. Se você tem alguma pergunta sobre seus direitos com participantes de um estudo, você pode entrar em contato através do telefone/fax **(21) 2598-2863** ou pelo e-mail: **cep@ensp.fiocruz.br**.

*Endereço: Escola*

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

Este Termo de consentimento será redigido em duas vias, e você receberá uma outra via. Todas as páginas deverão ser rubricadas por você participante da pesquisa (ou pessoa por você delegada e sob sua responsabilidade) e pelo pesquisador responsável.

**Dados para Contato:**

**PARTICIPANTE:** Eu, abaixo assinado, concordo em participar deste estudo. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre o estudo e seus procedimentos, bem como os riscos ou benefícios decorrentes da minha participação.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local/Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

**PESQUISADOR:** Discuti a pesquisa proposta com este participante e, na minha opinião, ele compreendeu os benefícios, riscos e alternativas (incluindo a de não participação) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Local/Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

## **APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Prezado(a) participante,

**Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “pesquisa O ACESSO A SAÚDE NO ASSENTAMENTO NORMANDIA: UM ESTUDO DE CASO A LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO DO CAMPO DA FLORESTA E DAS ÁGUAS.”, desenvolvida por Francilene Menezes dos Santos , educanda do programa de Mestrado Profissional em Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da educadora Profa. Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel.**

Este convite é encaminhado a você, gestor ou profissional de saúde do território de abrangência da unidade de saúde do Rafael- município de **Caruaru**, no Estado de **Pernambuco**.

Esta pesquisa tem como objetivo de analisar o acesso dos Assentados de Normandia aos serviços de saúde . Desse modo, consideramos muito importante saber com você informações sobre esse acesso dos Assentados .

É importante lembrar que você não é obrigado a participar do estudo, sua participação é voluntária, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, você poderá suspender sua participação a qualquer momento e não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação. Asseguramos que exercer esse direito não irá trazer nenhum prejuízo a você.

Se você Trabalhador(a) do serviço público de saúde do município de Caruaru, decidir participar desta pesquisa, sua participação na pesquisa se dará respondendo perguntas de um roteiro de entrevista. As atividades de entrevistas deverão ter uma duração média de uma hora e meia.

Pedimos sua autorização para que estas atividades sejam gravadas através de um equipamento de áudio. Para deixá-lo seguro(a) quanto ao sigilo da nossa conversa, informamos que as gravações não serão identificadas com seu nome, mas através de um número e, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais e arquivadas em um computador protegido por senha e a própria gravação só poderá ser aberta diante da apresentação de uma senha de acesso que somente o pesquisador ou seus orientadores possuirão. Ao final da

pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

No futuro, serão divulgados em palestras/rodas de conversa com as pescadoras e com relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação.

Porém, garantimos que o seu nome não será citado em nenhum momento.

Como também, asseguramos que a qualquer momento, durante a pesquisa, ou após, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato informados neste Termo.

Não há riscos físicos ou à saúde envolvidos na sua participação neste estudo. Porém, você pode, diante de algumas perguntas, sentir-se constrangido (a) ou pressionado a não revelar informações cuja divulgação considere prejudiciais a você ou a sua comunidade. Tentaremos ao máximo evitar que isto aconteça e garantimos que tomaremos todas as precauções para que a divulgação deste estudo não cause qualquer problema a você.

Também achamos importante que você saiba que não há benefícios diretos, pessoais ou coletivos, associados à sua participação no estudo. Os principais benefícios deste trabalho são para o progresso do conhecimento da realidade de sua comunidade ou da população que apoia. Dessa forma, sua participação poderá ajudar a ampliar a compreensão da relação entre a saúde ou adoecimento das pescadoras/marisqueiras relacionado ao processo de trabalho. Contudo não podemos dar qualquer garantia nesse sentido.

Tudo que está neste documento é uma garantia assegurada a você pela Resolução 496/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Esclarecemos ainda que para permitir que suas palavras não sejam mal compreendidas pelo pesquisador ou por seus orientadores, e que se esclareçam quaisquer dúvidas que surgirem no futuro, este procedimento é considerado uma condição para a realização da atividade. Caso você não autorize o registro, não poderá participar do estudo.

Caso você precise, o pesquisador irá responder, da melhor maneira possível, quaisquer perguntas sobre os procedimentos da pesquisa. Caso você tenha uma pergunta adicional após a realização das atividades, você pode entrar em contato com Francilene Menezes dos Santos no telefone **(81) 99111-6522** ou **(87)999336394** ou através do *email:* [lennamenezes@yahoo.com.br](mailto:lennamenezes@yahoo.com.br) Endereço: Av Dom Bonifácio Jansen , número 269, bairro Bonsucesso , CEP: 53240-240, Olinda .PE

O Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP aprovou o convite para esta pesquisa. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com este Comitê. 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. Se você tem alguma pergunta sobre seus direitos com participantes de um estudo, você pode entrar em contato através do telefone/fax **(21) 2598-2863** ou pelo e-mail: **cep@ensp.fiocruz.br**.

*Endereço: Escola*

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

Este Termo de consentimento será redigido em duas vias, e você receberá uma outra via. Todas as páginas deverão ser rubricadas por você participante da pesquisa (ou pessoa por você delegada e sob sua responsabilidade) e pelo pesquisador responsável.

**Dados para Contato:**

**PARTICIPANTE:** Eu, abaixo assinado, concordo em participar deste estudo. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre o estudo e seus procedimentos, bem como os riscos ou benefícios decorrentes da minha participação.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local/Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

**PESQUISADOR:** Discuti a pesquisa proposta com este participante e, na minha opinião, ele compreendeu os benefícios, riscos e alternativas (incluindo a de não participação) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Local/Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

**ANEXO 3: ROTEIRO GUIA PARA AS ENTREVISTAS**

1. Distribuição, estrutura, organização da rede de serviços de saúde municipal, a cobertura da ESF e as ações desenvolvidas para atender a população do assentamento Normandia.
2. Barreiras geográficas de acesso: (a) aspectos físicos impeditivos ao acesso (rios, grandes vias de trânsito, morros, etc.); (b) distância entre a população e os recursos.

3. Barreiras financeiras: consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência; prejuízos por perda de dias de trabalho; possíveis perdas decorrentes de afastamento por doença; gastos com o tratamento (medicamento).
4. Barreiras organizacionais: estrutura física da unidade, horários de funcionamento, tempo para a obtenção da consulta, tipo de marcação e horário, forma de organização dos processos de trabalho, formação dos profissionais de saúde desvinculada da realidade das condições de vida e saúde da população, preparo das equipes de saúde para lidar com as especificidades da população do campo, tempo para o atendimento na sala de espera da unidade de saúde, tempo para a realização, e a entrega dos resultados, dos exames, a continuidade da atenção, e participação dos usuários nas organizações dos serviços.
5. Barreiras de comunicação: ações educativas realizadas pela equipe de saúde junto aos trabalhadores assentados (palestras, oficinas, programas de rádio, divulgação por meio de carros de som, etc.), divulgação de boletins epidemiológicos e materiais educativos e informativos (panfletos, cartazes, folder) em linguagem acessível aos sujeitos.