

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Leandro Araújo da Costa

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
VISÃO DOS MOVIMENTOS POPULARES DO CAMPO E DAS ÁGUAS DO
CEARÁ**

EUSÉBIO

2019

Leandro Araújo da Costa

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
VISÃO DOS MOVIMENTOS POPULARES DO CAMPO E DAS ÁGUAS DO
CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vanira Matos Pessoa
Co-orientador: Prof. Dr. Fernando Ferreira
Carneiro

EUSÉBIO

2019

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

C837a Costa, Leandro Araújo da.
Análise das práticas da Estratégia Saúde da Família na visão dos movimentos populares do campo e das águas do Ceará / Leandro Araújo da Costa. -- 2019.
103 f. : il. color. ; graf. ; mapas

Orientadora: Vanira Matos Pessoa.
Coorientador: Fernando Ferreira Carneiro.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE - Pólo FIOCRUZ Ceará, Eusebio-CE, 2019.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Saúde da População Rural. 4. Serviços de Saúde. 5. Promoção da Saúde. 6. Determinantes Sociais da Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12098131

ATA DA SESSÃO DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO MESTRADO

Curso de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família	Instituição Associada Fiocruz – Polo Ceará
--	--

Ata da Sessão de Defesa do Trabalho de Conclusão do Mestrado do Mestrando
Leandro Araújo Da Costa

Realizada no Dia
30 de abril de 2019

Às 14:00 horas do dia 30 do mês de abril do ano de 2019, na sala de Reuniões Ampliadas no prédio de Gestão e Ensino da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ/CE sob a presidência da Profa. Dra. Vanira Matos Pessoa reuniu-se a banca examinadora para apreciação da dissertação de autoria de **Leandro Araújo Da Costa**, discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, intitulado “**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA VISÃO DOS MOVIMENTOS POPULARES DO CAMPO E DAS ÁGUAS DO CEARÁ**”. A banca examinadora foi composta pelos professores doutores: Prof. Dr. Alexandre Pessoa Dias (Membro Externo), Profa. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado (Membro Interno). Concluída a apresentação do projeto pelo mestrando foram realizadas as arguições feitas e acatadas. Em seguida procedeu-se o julgamento pela banca examinadora, tendo sido a dissertação **APROVADA**. Nada mais havendo a relatar a sessão foi encerrada, e eu **Vanira Matos Pessoa**, Presidente da Banca Examinadora, lavrei a presente ata que, depois de lida e aprovada, foi assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.

Banca de examinadores:	Instituição	Assinatura
Dra. Vanira Matos Pessoa (Orientadora)	FIOCRUZ	<i>Vanira Matos Pessoa</i>
Dr. Alexandre Pessoa Dias (Membro Externo)	FIOCRUZ	<i>Alexandre Pessoa Dias</i>
Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado (Membro Interno)	URCA	<i>Maria de Fátima Antero S. Machado</i>
Dra. Magda Moura de Almeida (Suplente)	UFC	<i>Magda Moura de Almeida</i>

Sugestões da Banca:

A banca examinadora: revisar as citações, ampliado o referencial de ruralidade, eixos PNSR, revisar ABNT; revisar citações, inserindo fontes bibliográficas (observar metodologias (aprofundar delineamentos))

Incluir CEP e outros realizados no material enviado pela banca.

Eusébio, 30 de abril de 2019.

Vanira Matos Pessoa
Dra. Vanira Matos Pessoa
Presidente da Banca Examinadora

Ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), a todos que tombaram na luta de classes e a toda militância que continua fazendo de sua vida uma eterna batalha contra todas as formas de opressão, em defesa de um mundo mais justo e igualitário.

AGRADECIMENTOS

Ao MST, que ousa transformar realidades e vidas há mais de 30 anos, nas mais diversas realidades de nosso país, onde desde a minha adolescência me motivou e ensinou a indignar-me perante as injustiças e a lutar por uma sociedade mais justa e igualitária;

À Cuba, por ser a semente de solidariedade, possibilitando a milhares de jovens de várias partes do mundo a estudarem medicina e serem médicos e médicas de ciência e consciência;

À Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares, que tem me ajudado na reflexão de novos paradigmas de saúde e de cuidado, assim como na defesa da saúde pública como direito inalienável;

À Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), por acreditar em processos formativos onde o conhecimento da academia esteja a serviço dos interesses das classes populares;

À Minha Família, em especial minha mãe Ieda Araújo, que sempre deu apoio para que eu pudesse seguir estudando;

À minha querida companheira Adriana, pela paciência e compreensão ao longo dessa caminhada;

À minha orientadora Vanira Pessoa, que foi mais que orientadora, pois tem sido uma companheira de luta, que me ajudou a aprofundar conhecimentos científicos e refletir acerca de sua aplicabilidade na realidade vivida no cotidiano, assim como o co-orientador Fernando Carneiro, que foi parceiro nessa construção;

Aos professores do mestrado Profissional da Fiocruz-PROFSÁUDE do Ceará, que ao longo desse percurso, contribuíram com o meu processo formativo;

Ao professor Alexandre Dias, professora Fátima Antero e professora Magda Almeida, que se dispuseram em colaborar com esse trabalho;

Aos amigos e amigas de luta cotidiana Wagner, Alan, Lucas, Ana Paula Sá, Aldeize, Sara, Shalana que colaboraram com reflexões e com solidariedade em muitos momentos de tarefas da militância;

À Gislei pelas reflexões sempre presentes nessa trajetória, por sempre promover provocações que instigam a luta e por me levar a vivenciar experiências nos territórios das populações do campo e das águas;

Ao Matheus, Darlan, Ana Eugenio, Jair, Chiquinho, Eulapaula, Camila Batista e Ana Cássia que colaboraram para que o trabalho pudesse ter êxito;

A todos os movimentos populares envolvidos na pesquisa, que se deixaram pesquisar para produzir conhecimento que fosse de utilidade para a população do campo e das águas;

À todas as pessoas que colaboraram para que se produzisse esse conhecimento, a serviço do bem comum;

À Vida e a luta;

Primeiro levaram os negros,
mas não me importei com isso,
eu não era negro.

Em seguida levaram alguns operários,
mas não me importei com isso,
eu também não era operário.

Depois prenderam os miseráveis,
mas não me importei com isso,
porque eu não sou miserável.

Depois agarraram uns desempregados,
mas como tenho meu emprego,
também não me importei.

Agora estão me levando,
mas já é tarde.
Como eu não me importei com ninguém,
ninguém se importa comigo.

(Bertold Brecht)

RESUMO

A população rural no Brasil, representa quinze por cento dos brasileiros, aproximadamente 30 milhões de habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010. Esta população tem seu modo de vida e reprodução social relacionado com o campo, a floresta e as águas com grande influência econômica e social no país, que é marcado historicamente pela concentração da terra e o monocultivo. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem os princípios da universalidade, integralidade e equidade, fruto da construção histórica de luta dos movimentos populares. Apesar disso, o cotidiano das populações do campo, da floresta e das águas, ainda apresenta dificuldade em acesso a saúde. Uma das políticas do SUS, é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), operacionalizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Em 2011, foram instituídas as políticas de equidade no SUS, dentre essas políticas a: Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), que impulsiona orientações para ações dos serviços de saúde voltados para as necessidades e realidades dessas populações. Este estudo consiste na análise das práticas da ESF na visão dos movimentos populares do campo e das águas no Ceará. É um estudo de abordagem qualitativa, exploratório e descritivo, que utilizou para coleta de dados a entrevista semiestruturada. A análise foi baseada na análise de discurso (AD) para compreensão da fala dos sujeitos em seu contexto. Foram entrevistados 26 representantes de nove movimentos populares, sendo três membros de cada movimento popular. Os movimentos populares participantes foram: Federação dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares no Estado do Ceará, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, Movimentos dos Atingidos por Barragens, Movimentos dos Pequenos Agricultores, Comissão dos Quilombolas Rurais do Estado do Ceará, Comissão Pastoral da Terra, Conselho Pastoral dos Pescadores, Movimento Nacional dos Pescadores e o Movimento dos Pescadores e Pescadoras Artesanais. Os resultados apontam que, em todos os municípios cearenses, existe a presença de ao menos um dos movimentos, alguns contando com até seis deles. Os movimentos organizam populações diversas em seus territórios, sendo pescadores, quilombolas, assentados, dentre outros. A maioria tem participação nos conselhos de saúde, apesar de não possuírem coletivo de saúde organizado. Com a expansão da ESF e o Programa Mais Médicos Para o Brasil (PMMB), foi possível melhorar o acesso da população do campo e das águas ao SUS, no entanto, esse acesso ainda enfrenta barreiras geográficas, organizacionais, socioculturais e financeiras. O modo de atuar da ESF nos territórios do campo e das águas reproduz o modelo urbano, não se atentando ao diálogo com a realidade específica destes territórios. Não há valorização das práticas populares de saúde, há dificuldade de fixação de profissionais, principalmente médicos. Conclui-se que os territórios do campo e das águas no Ceará, tem uma presença expressiva das populações quilombolas, o que aponta a importância de conhecer a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Ademais, a ESF deve repensar seu modo de atuar nos territórios do campo e das águas, considerando suas particularidades, relacionando-as com o processo saúde-doença, exigindo dos gestores a formulação de processos de educação permanente para as equipes de saúde. Portanto, os movimentos populares têm como desafio organizar e catalisar a luta em defesa de seus territórios, dando visibilidade aos processos que produzem vulnerabilidades e adoecimentos e lutando por uma sociedade mais justa e igualitária.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Sistema Único de Saúde; Saúde da População Rural; Serviços de Saúde Rural.

ABSTRACT

The rural population of Brazil represents fifteen per cent of Brazilians, 30 million inhabitants, according to the Brazilian Institute of Geography and Statistics in 2010. This population has its own way of living and social reproduction connected to the fields, forests and waters. This population has also the greatest economical and social influence in the country, which, historically was marked by land concentration and monoculture. The Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) has its principles based on universality, completeness and equality, which is a result of historical fights of grassroots movements. In spite of it, the daily habits of field, forest and water population still present difficulties to have access to public health. One of SUS policies is the National Policy of Basic Care, operationalized by the Family Health Strategy (Estratégia Saúde da Família – ESF). In 2011, it was instituted the equality policies of SUS and, among these policies, it was also instituted the National Policy of Integral Health of Field, Forest and Water Populations (Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas – PNSIPCFA). The PNSIPCFA promotes orientation to the actions of health services directed to the necessities and realities of these populations. This work aims to analyze the ESF's practices under the view of Ceará's field and water grassroots movements. It is a study with qualitative approach, exploratory and descriptive, and which made use of semi-structured interviews to the data collection. The analysis was based on Discourse Analysis in order to understand the speech of individuals in their appropriated context. Twenty-six representatives of nine grassroots movements were interviewed – three members from each grassroots movement. The grassroots movements interviewed were: Federação dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares no Estado do Ceará (Federation of Rural Workers and Family Farmers of Ceará State), Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (Landless Workers' Movement), Movimentos dos Atingidos por Barragens (Movement of Dam Affected People), Movimentos dos Pequenos Agricultores (Movement of Small Farmers), Comissão dos Quilombolas Rurais do Estado do Ceará (Commission of Rural Quilombolas of Ceará State), Comissão Pastoral da Terra (Land Pastoral Council), Conselho Pastoral dos Pescadores (Fishermen Pastoral Council), Movimento Nacional dos Pescadores (National Movement of Fishermen) and Movimento dos Pescadores e Pescadoras Artesanais (Artisanal Fishermen and Fisherwomen Movement). The results show that in all cities of Ceará State there is from one to six grassroots movements. These movements organize diverse populations in their lands. For instance, they involve fishermen, quilombolas, and permanent camp settled people. The majority of them participate in local health councils, though they do not have an organized collective healthcare. With the expansion of ESF and the Mais Médicos Program, it was possible to increase the access of field and water populations in SUS. However, this access still encounters some geographical, organizational, social-cultural and financial barriers. The performance of ESF in field and water lands reproduce the urban pattern, and it does not match the specific reality and needs of these lands. There is no appreciation of popular health practices, and there is also difficulty to set professionals, mainly doctors. Finally, it is concluded that field and water lands in Ceará have a strong presence in quilombola populations. This fact highlights the importance of understanding the National Policy of Black Integral Health. Besides, ESF should reconsider its way of acting in field and water lands, considering its particularities and connecting them to the health-illness process, requesting from the managers the formulation of permanent educational processes to the health teams. Consequently, the grassroots movements have as challenge to

organize and stimulate the fight in defense of its lands, spotlighting the processes that produce vulnerability, and fighting for a more just and equal society.

Keywords: Family Health Strategy; Unified Health System; Rural Population's Health; Services of Rural Health.

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico I Caracterização dos entrevistados por tempo de participação nos movimentos populares no Ceará	45
Gráfico II Caracterização dos entrevistados por gênero	46
Gráfico III Caracterização dos entrevistados por participação em movimentos populares no Ceará	47
Gráfico IV Caracterização dos entrevistados segundo a escolaridade	48
Gráfico V Caracterização das populações organizadas pelos movimentos populares no Ceará	50
Gráfico VI Caracterização da organização de coletivo de saúde e participação social dos movimentos populares no Ceará.	51

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Mapa dos municípios com atuação da Federação dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares no estado do Ceará, 2018.	52
Figura 2 Mapa dos municípios com atuação do Movimento dos Trabalhadores rurais Sem Terra no estado do Ceará, 2018.	53
Figura 3 Mapa dos municípios com atuação da Comissão dos Quilombolas Rurais do Estado do Ceará, no estado do Ceará, 2018.	54
Figura 4 Mapa dos municípios com atuação da Comissão Pastoral da Terra no estado do Ceará, 2018.	55
Figura 5 Mapa dos municípios com atuação do Movimento dos Pescadores e Pescadoras Artesanais no estado do Ceará, 2018.	56
Figura 6 Mapa dos municípios com atuação do Movimento dos Atingidos por Barragem no estado do Ceará, 2018.	57
Figura 7 Mapa dos municípios com atuação do Conselho Pastoral dos Pescadores no estado do Ceará, 2018.	58
Figura 8 Mapa dos municípios com atuação do Movimento Nacional dos Pescadores no estado do Ceará, 2018.	59
Figura 9 Mapa dos municípios com atuação do Movimento dos Pequenos Agricultores no estado do Ceará, 2018.	60
Figura 10 Mapa dos municípios com atuação de todos os movimentos populares pesquisados no estado do Ceará, 2018.	61

LISTA DE SIGLAS

APIB	Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
APS	Atenção Primária à Saúde
CLSCFA	Conferência Livre de Saúde da População do Campo, da Floresta e das Águas
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares
CPT	Comissão Pastoral da Terra
DAB	Departamento de Atenção Básica
DSS	Determinação Social de Saúde
EqSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEPEAL	Federação dos Pescadores do Estado de Alagoas
FETRAF	Federação dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAB	Movimento dos Atingidos por Barragem
MFC	Médico de Família e Comunidade
MIQCB	Movimento Interestadual das Quebradas de Coco Babaçu
MLT	Movimento de Luta pela Terra
MMC	Movimento de Mulheres Camponesas
MMTR-NE	Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste
MONAPE	Movimento Nacional dos Pescadores
MPA	Movimento dos Pequenos Agricultores
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
MTRMM	Movimento das Trabalhadoras Rurais – Marcha das Margaridas
OBTEIA	Observatório de saúde das populações do campo, da floresta e das águas

OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCFA	População do campo, da floresta e das águas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas
SUS	Sistema único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 JUSTIFICATIVA	24
3 OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo geral	26
3.2 Objetivos específicos	26
4 REVISÃO DE LITERATURA	27
4.1 Determinação social da saúde, determinantes sociais da saúde e promoção da saúde	27
4.2 Promoção da saúde	30
4.3 Modelo da estratégia saúde da família como orientador das práticas na atenção primária à saúde	33
4.4 Os movimentos populares e a luta pela saúde	36
5. METODOLOGIA	40
5.1 Tipo e local do estudo	40
5.2 Sujeitos do estudo e coleta de dados	40
5.3 Análise do material qualitativo	42
5.4 Devolutiva dos resultados	43
5.5 Aspectos éticos	43
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
6.1 Caracterização dos entrevistados e dos movimentos do campo e das águas no Ceará	44
6.1.1 Caracterização dos participantes do estudo	44
6.1.2 Caracterização dos movimentos populares do campo e das águas no Ceará	49
6.1.3 Territórios de atuação dos movimentos populares das águas e do campo no Ceará	52
6.2 A Estratégia Saúde da Família e o acesso aos serviços de saúde das populações do campo e das águas: um cenário de desafios	62
6.3 Artigo: Estratégia saúde da família rural: uma análise dos movimentos populares do Ceará	73

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES	98
APÊNDICE A	99
APÊNDICE B	101
APÊNDICE C	103

1. INTRODUÇÃO

O Brasil apesar de contar com uma população predominantemente urbana e segundo dados estimados para 2018 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, conta com aproximadamente quinze por cento da população vivendo na zona rural, sendo em torno de um pouco mais de trinta milhões de pessoas em todo o território nacional, o que constitui proporção populacional significativa. A população rural brasileira é maior, por exemplo, do que a população total de muitos países da América do Sul, como: Uruguai, Paraguai, Bolívia, Chile, Peru, Equador, Guiana e Suriname (IBGE, 2018; CEPAL, 2018).

No Brasil, a população rural é calculada segundo uma definição legal de ruralidade surgida durante o Estado Novo em 1938, determinando que toda sede do município tivesse a categoria de cidade, definindo assim o perímetro urbano, e tudo que for externo ao perímetro urbano é considerado o rural. Sendo assim, o rural é o que se exclui do urbano, esses limites são definidos por leis municipais, ancoradas por interesses fiscais econômicos. A definição do rural, segundo IBGE 1996, são aquelas áreas que se encontram fora dos limites das cidades, sendo o espaço geográfico restante do que não foi atingido pelo urbano (TARGA, 2019).

Existem outras formas de conceituar o rural e o urbano em outros países e pelas organizações europeias, utilizando alguns elementos para definição do que seria uma área rural e urbana, como: total da população, densidade demográfica, oferta de serviços, participação da agricultura, divisão administrativa, o uso do solo, aglomeração de habitações e até a distância rodoviária percorrida aos centros de serviços mais próximos (CARNEIRO, RIGOTTO e AUGUSTO, 2015; PESSOA, ALMEIDA e CANEIRO, 2018).

Na contemporaneidade, o termo rural não consegue dar conta da dimensão dos espaços em que vivem as populações desse território, sendo assim, os movimentos populares brasileiros se titulam como: População do Campo, da Floresta e das águas (PCFA) que integra a luta contra a invisibilidade destas populações. Esta terminologia destaca as práticas culturais, o modo de vida e de cuidar popular (BRASIL, 2014; PESSOA, ALMEIDA e CANEIRO, 2018).

Para entender a situação de saúde da população camponesa, primeiro é preciso caracterizar quem são essas pessoas. Estas populações, que têm seus modos de vida e reprodução social relacionados com o campo, com as florestas e com as águas são: camponeses, agricultores, indígenas, quilombolas, ribeirinhos, atingidos por barragens, caiçaras, extrativistas, artesãos, caboclos, comunidades de terreiros, comunidades tradicionais e outros (BRASIL, 2013).

A população do campo no Brasil, além de ter grande influência econômica e social para o país, está marcada historicamente, em sua origem, por ter sido alvo de políticas de interesse agrário extrativista, da concentração de terra, do monocultivo e da pouca industrialização (BATISTA e ALBUQUERQUE, 2014).

Observamos que na atualidade a questão agrária no Brasil se mantém em função da estrutura fundiária excludente, com concentração da terra, com reprodução da injustiça e da desigualdade, com crescente internacionalização da agricultura e insegurança alimentar, com violência no campo, exploração do trabalho e a devastação ambiental (CASTILLERO, 2016).

No que se refere à saúde da PCFA, o SUS, ao apresentar um modelo de atenção à saúde universal, com abordagem de conceito ampliado de saúde, deve propor estratégias para a promoção da saúde de modo inclusivo, considerando os grupos populacionais mais vulneráveis, como, por exemplo, a PCFA. É diante disso que surge a relevância de um modelo de atenção à saúde condizente com as necessidades de saúde dessas populações (PESSOA, 2015).

A Constituição Federal de 1988, foi o marco legal que deu origem ao SUS, a maior conquista social do movimento sanitário brasileiro. Foi a partir do SUS que estabeleceu uma nova relação entre o Estado e a sociedade civil em prol do acesso pleno aos serviços em busca de um novo padrão de cidadania. O SUS é fruto da luta democrática pela saúde e traz em seus princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013; ELIAS, 2004).

No Brasil a Atenção Primária a Saúde (APS) é estruturante e reordenadora do sistema de atenção à saúde. Orienta-se por pilares que sedimenta em princípios, recebendo o nome de atributos essenciais: primeiro contato ou porta de entrada, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013; SAMPAIO, MENDONÇA e TURCI, 2019).

A operacionalização da APS no Brasil se dar mediante a ESF, antes conhecido com Programa de Saúde da Família, que teve sua origem em 1994 e em 2006 com a criação na Política Nacional de Atenção Básica, foi intitulada com ESF. Nesse ano foi marcante para APS, pois a prioridade era consolidar e qualificar ESF como modelo de APS e eixo orientador das redes de atenção à saúde no SUS (SAMPAIO, MENDONÇA e TURCI, 2019).

A ESF é meio de organização da APS em concordância aos princípios do SUS. É concebida como a principal estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS, possibilitando a reorientação do processo de trabalho com potencialidades de aprofundar os princípios da APS, bem como ampliar a resolubilidade dos problemas de saúde produzindo impactos na situação de saúde no âmbito individual e coletivo (HARZHEIM e MENDONÇA, 2013).

As principais funções da ESF na organização do SUS são: ser a base do sistema de saúde; ser resolutiva; coordenar o cuidado e ordenar as redes de atenção à saúde no Brasil (HARZHEIM e MENDONÇA, 2013).

Na estrutura da ESF no Brasil, deve-se levar em conta a população, sendo no máximo 4.000 pessoas, com média de 3.000 pessoas e deve estar num território específico, que favoreça as ações de vigilância e do enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde-doença. As profissões que compõem a ESF são medicina, enfermagem, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, cirurgião dentista, técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal. Há atribuições comuns para todos os membros das equipes e atribuições específicas de membro da equipe. A organização e planejamento do processo de trabalho é de forma interdisciplinar (HARZHEIM e MENDONÇA, 2013).

Um dos grandes desafios do SUS e da ESF é a consolidação das políticas de promoção da equidade em saúde para diminuir as iniquidades, respeitando as necessidades e reconhecendo as demandas dessas populações e desses territórios (SILVA et al., 2015).

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA), é uma política de promoção da equidade em saúde, que surgiu a partir do reconhecimento da dívida histórica do Estado brasileiro para com a saúde das PCFA, apresentando a necessidade de superação do modelo de desenvolvimento econômico e social na busca de relações homem-natureza responsáveis e promotoras

da saúde, bem como a extensão de ações e serviços de saúde que atendam às PCFA, respeitando suas especificidades (PESSOA, 2015).

Essa política visa promover a saúde das PCFA, por meios de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, visando o acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas, objetivando a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida (CARNEIRO et al., 2014).

A PNSIPCFA reafirma o princípio de universalidade do SUS por meio de ações de saúde inclusivas, edificando, mesmo que de modo tardio, a garantia constitucional à tais populações, tendo como objetivo a busca de soluções para os problemas relacionados à vida e ao seu processo de trabalho. Entretanto, contextualmente os desafios para sua implantação são imensos, destacando-se a ausência de informações específicas sobre a saúde das PCFA nos sistemas de informação do SUS, o isolamento de muitas comunidades desses territórios, a falta de acesso a serviços de saúde e a falta de preparação/formação para os profissionais que atuam com essas populações, representando alguns dos desafios existentes (PESSOA, ALMEIDA e CARNEIRO, 2018).

A PNSIPCFA é fruto de tensionamentos por parte dos movimentos populares direcionados ao Ministério da Saúde (MS), repercutindo nos últimos anos na criação do Grupo da Terra, no ano de 2005. O Grupo da Terra foi composto por representantes de órgãos governamentais, movimentos populares e convidados. O Grupo da Terra passou a constituir um espaço de diálogo entre movimentos populares (APIB¹, CPT², CONAQ³, CONTAG⁴, FETRAF⁵, MAB⁶, MLT⁷, MMC⁸, MONAPE⁹, MPA¹⁰, MST¹¹,

¹ APIB: Articulação dos Povos Indígenas do Brasil.

² CPT: Comissão Pastoral da Terra.

³ CONAQ: Coordenação Nacional das Comunidades Quilombolas.

⁴ CONTAG: Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares.

⁵ FETRAF: Federação dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar.

⁶ MAB: Movimento dos Atingidos por Barragem.

⁷ MLT: Movimento de Luta pela Terra.

⁸ MMC: Movimento de Mulheres Camponesas.

⁹ MONAPE: Movimento Nacional dos Pescadores.

¹⁰ MPA: Movimento dos Pequenos Agricultores.

¹¹ MST: Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra.

MTRMM¹², MIQCB¹³, MMTR-NE¹⁴, FEPEAL¹⁵, MPP¹⁶, COFREM¹⁷) e o governo federal, buscando conjuntamente formular respostas às demandas e necessidades de saúde da PCFA (SILVA et al., 2015).

A proposta da PNSIPCFA foi apresentada e aprovada no Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2008 e publicada no ano de 2011. Importante reconhecer o protagonismo desses movimentos populares, que se articularam para formar o Grupo da Terra na luta pela PNSIPCFA. Destaca-se nesta caminhada a Marcha das Margaridas, que teve sua primeira edição no ano 2000, com o tema 2000 Razões Para Marchar: Contra a Fome, a Pobreza e a Violência Sexista. Essa marcha vem tendo continuidade e reúne milhares de mulheres de todo o Brasil, trazendo sempre como uma de suas bandeiras a situação da mulher e suas condições de saúde, exaltando a importância da implementação da PNSIPCFA. No momento atual inexistiu articulação institucional do Grupo da Terra.

O II Plano Operativo da PNSIPCFA dispõe de cinco eixos (2017- 2019) no âmbito do SUS, no artigo 3º: I- Acesso das populações do campo, da floresta e das águas à Atenção Integral à Saúde; II- Promoção e Vigilância em Saúde; III- Educação Permanente, Educação Popular em Saúde e Comunicação; IV- Mobilização, Articulação, Participação e Controle Social; V- Monitoramento e Avaliação das ações de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas (BRASIL, 2017).

Na perspectiva de implantação da PNSIPCFA avanços foram identificados, entre eles o seu monitoramento pelo Observatório de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (OBTEIA), responsável pela estruturação de um portal na internet com o intuito de visibilizar os debates a partir de pesquisas e estudos sobre saúde rural no Brasil, tendo como objetivos avaliar a implementação da PNSIPCFA, utilizar novos métodos de análise, propor indicadores quantitativos e qualitativos sobre a situação de saúde destas populações e constituir-se enquanto ferramenta de acesso à informação para os movimentos populares, acadêmicos e

¹² MTRMM: Movimento das Trabalhadoras Rurais – Marcha das Margaridas.

¹³ MIQCB: Movimento Interestadual das Quebradas de Coco Babaçu.

¹⁴ MMTR-NE: Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste.

¹⁵ FEPEAL: Federação dos Pescadores do Estado de Alagoas.

¹⁶ MPP: Movimentos dos Pescadores e Pescadoras Artesanais.

¹⁷ COFREM: Comissão Nacional de Fortalecimento das Reservas Extrativistas e dos Povos Tradicionais Extrativistas Costeiros e Marinheiros.

profissionais do SUS na melhoria da saúde das PCFA (CARNEIRO, PESSOA e TEIXEIRA, 2017).

Esse processo tem se desenvolvido por meio da estruturação de uma Rede de Ecologia de Saberes, envolvendo profissionais especialistas na temática, pesquisadores populares dos movimentos do campo, da floresta e das águas, assim como os gestores do SUS, no sentido de colaborar na análise da situação da PNSIPCFA e contribuir para o planejamento das ações que visem implantá-la de modo definitivo no SUS (CARNEIRO et al., 2014).

A negação do acesso e da posse da terra produz processos de adoecimentos e mortes no campo, pois o latifúndio tem sido um dos principais pilares de afirmação e reprodução do padrão de poder que vem comandando o processo de acumulação de capital desde os primórdios de nossa formação territorial. Podemos observar que o modelo de desenvolvimento agrário no país, mantém essa estrutura de latifúndios, manifestando-se no modelo de produção do agronegócio (CANUTO, LUZ e LAZZARIN, 2013).

Outra forma relacionar a determinação social da saúde no campo e o modelo de desenvolvimento é na contaminação ambiental pelos agrotóxicos e a mineração, que afetam os trabalhadores e trabalhadoras rurais e suas comunidades, ocasionando adoecimento e mortes. É importante conhecer a dinâmica do capital nesses territórios, para compreender a determinação social da saúde dessas populações (PESSOA e RIGOTTO, 2012).

Outro problema que afeta o campo brasileiro, é a situação da ausência de saneamento, sendo um problema existente nesses territórios, pois, ao visualizar o cenário de adoecimento do campo brasileiro e a situação do saneamento rural, pode-se constatar que o Estado brasileiro tem uma dívida histórica com o saneamento rural das PCFA (DIAS, 2017).

Essa dívida se perpetua, conforme os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2014:

Apenas 33,4% dos domicílios nas áreas rurais estão ligados às redes de abastecimento de água, com ou sem canalização interna. No restante dos domicílios rurais (66,6%) a população capta água de chafarizes e poços, protegidos ou não, diretamente de cursos de água sem nenhum tratamento ou de outras fontes alternativas, geralmente inadequadas para consumo humano. As cisternas de água de chuva estão enquadradas nesta categoria (IBGE, 2014).

Está em curso no país a proposta do Programa Nacional de Saneamento Rural (PNSR), conforme os princípios e diretrizes do Plano Nacional de Saneamento Básico (PLANSAB), tem como objetivo: promover o desenvolvimento de ações de saneamento básico em áreas rurais com vistas à universalização do acesso por meio de estratégias que garantam a equidade, a integralidade, a intersetorialidade, a sustentabilidade dos serviços implantados, a participação e controle social (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, é fundamental a compreensão da determinação social da saúde para que a ESF atenda às necessidades das PCFA e, sobretudo, para que as políticas públicas de saúde possam contar com olhar amplo da dimensão do processo de saúde-doença existente nos territórios onde atuam, levando em conta todo o contexto populacional e territorial, incorporando a dimensão ambiente e trabalho nas suas práticas (PESSOA et al., 2013).

A abordagem aos territórios e comunidades do campo, da floresta e das águas demanda das equipes de saúde da família (EqSF) diversos conhecimentos, habilidades e atitudes frente ao trabalho, em condições de maior isolamento e dispersão física da população usuária do sistema de saúde. Essa abordagem requer a articulação de saberes e experiências contextualizados no território para organizar o planejamento e a implementação de ações. Estas ações devem ser dialogadas e construídas ao longo do processo de participação comunitária, respeitando a identidade, a cultura popular e fortalecendo os atores locais do cuidado comunitário (RIBEIRO et al., 2016).

E esse estudo, vinculado ao projeto de pesquisa avaliativa da implantação da política nacional de saúde integral para as populações do campo e da floresta (PNSIPCF) em distintos cenários do Brasil, aprovado pelo parecer número: 636.427.

Passados oito anos de aprovação desta política de promoção da equidade no SUS, pergunto: como os movimentos populares percebem as práticas da ESF nos territórios do campo e das águas no Ceará?

Buscamos, nesse sentido, contribuir com os movimentos populares na reflexão sobre o modo de atuar da ESF nos territórios do campo e das águas no Ceará. Não abordamos as populações da floresta, por não termos identificados movimentos da floresta no Estado.

2. JUSTIFICATIVA

Falar em saúde no campo, tanto do ponto de vista humano, quanto ambiental, significa falar de determinantes sociais, riscos, agravos, atenção, promoção e vida numa perspectiva justa. Saúde deve ser vista como um processo histórico de luta coletiva e individual que expressa uma conquista social dos povos de um determinado território (PINHEIRO et al., 2009).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, significou o marco político de construção da Reforma Sanitária Brasileira, fornecendo as bases para as definições da Constituição de 1988. A VIII CNS conceitua a saúde de forma ampliada, sendo a saúde resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso à serviços de saúde (BRASIL, 1986).

São muitas as questões que me motivaram para a realização deste estudo, pois desde o período de residência médica e que sentia a necessidade de realizar práticas de saúde no campo. Desde o término da residência em medicina de família e comunidade, no início de 2013, tenho atuado profissionalmente como médico de família e comunidade (MFC) na ESF, em contexto urbano, mas sempre com relevante interesse para com a saúde das PCFA, em conhecer com mais propriedade a percepção dos movimentos populares em relação à saúde, fomentando o interesse de pesquisa, representando ainda marco importante para saúde coletiva e para a saúde da família.

A necessidade de entender o contexto histórico desses territórios, os seus problemas socioambientais e a dimensão dos cuidados realizados são questões problemas que acompanham este pesquisador desde a formação como especialista em MFC. Ademais, sou membro e militante do MST, uma das organizações que fazem parte do Grupo da Terra. O MST colaborou na construção da PNSIPCFA, então me senti no desafio de contribuir, produzindo elementos científicos que possam ajudar na identificação das necessidades de saúde da PCFA no estado do Ceará, a partir da percepção dos movimentos populares.

Segundo dados do IBGE (2015), a população total do Ceará é de 8.448.055 pessoas, desse total 75,09% vivem em zona urbana e 24,91% vivem em zona rural, ou seja, aproximadamente um quarto (um pouco mais de dois milhões de habitantes) de sua totalidade vivem na zona rural.

Em 2015, no Ceará, os movimentos populares da Via Campesina realizaram a Conferência Livre de Saúde da População do Campo, da Floresta e das Águas, trazendo à tona as discussões referentes às necessidades de saúde desses territórios, fomentando necessidade de ações em vigilância, promoção e assistência voltados para a realidade territorial do campo, da floresta e das águas no Ceará.

Fazer uma análise da percepção dos movimentos populares que compõem o Grupo da Terra no Ceará acerca da saúde das PCFA e da ESF existente nesses territórios é de suma importância para ajudar na construção do diálogo desses movimentos populares e da PCFA com os gestores do SUS, bem como para a luta por saúde nesses territórios, em que sejam atendidas suas demandas de cuidados e garantidos os preceitos constitucionais da saúde como direito.

Por fim, o Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) possibilitou a realização de um estudo na linha de pesquisa sobre atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica em saúde, permitindo uma contribuição na análise das práticas de saúde da ESF na percepção dos movimentos populares do campo e das águas no Ceará. Esse processo de pesquisa demonstrou que a academia, as instituições de ensino, como a FIOCRUZ, podem cumprir o seu papel social de gerar conhecimentos que possam beneficiar populações historicamente pouco visibilizadas no contexto das políticas públicas de nosso país, como no caso da PCFA.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Analisar as práticas da Estratégia Saúde da Família junto as populações do campo e das águas na percepção dos movimentos populares no Ceará.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os movimentos populares do campo e das águas e sua atuação na saúde no Ceará;
- Descrever o acesso aos serviços de saúde das populações do campo e das águas no Ceará;
- Identificar o modo de assistir as populações do campo e das águas pela Estratégia Saúde da Família.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Determinação Social em Saúde, Determinantes Sociais da Saúde e Promoção da Saúde

Em meados do século XIX a explicação para a relação do processo saúde-doença se baseava na teoria miasmática, que respondia a importantes mudanças sociais e práticas de saúde vistas no âmbito dos novos processos de urbanização e industrialização ocorridos durante esse dado momento histórico. Estudos realizados sobre a contaminação da água e dos alimentos, bem como sobre os riscos laborais, trouxeram importante reforço para o conceito de miasma e para as ações de saúde pública (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

No final do século XIX, aparece a bacteriologia e a concepção de que para cada doença há um agente etiológico que poderia ser combatido com produtos químicos ou vacinas. Assim, os agentes biológicos, como os vírus, as bactérias e outros, passaram a ser considerados a partir de então as únicas causas dos adoecimentos (BACKS et al., 2008).

De modo mais recente em nossa história, mais especificamente na década de 1970 são realizados os primeiros estudos em epidemiologia social. Nesse período se originou o conceito de Determinação Social em Saúde (DSS). Essa construção se deu a partir da contribuição das ciências sociais em saúde, promovendo a potente relação dos conceitos de saúde aos modos de produção capitalista e a formação socioeconômica (ROCHA e DAVID, 2015).

É importante essa compreensão para entender que existem fatores que se relacionam e que produzem a determinação social da vida, tendo em sua essência os modos de produção de determinada sociedade, como forma de organizar os aglomerados humanos e, conseqüentemente, interferir na promoção da saúde e no adoecimento das pessoas e dos territórios, ou seja, como afirma Jaime Breilh, no contexto da economia capitalista, o modelo civilizatório atual e o crescimento acelerado da economia são incompatíveis com o bem estar e modos de vida saudáveis (BREILH, 2010).

Partindo dessa compreensão afirmamos que a saúde é determinada por estruturas macroeconômicas que impõem certa lógica a toda a sociedade, sendo essa lógica fundamentada no modelo econômico:

E o modelo que temos agora não é simplesmente o capitalismo, mas o capitalismo acelerado, uma locomotora destrambelhada. Para poder acelerar a acumulação de capital nessa grande lógica da sociedade, estão se pressionando os rendimentos dos trabalhadores, impondo condições mais graves de trabalho, utilizando tecnologias sem princípios de precaução suficientes (BREILH, 2011).

Portanto, é importante ampliar o nosso olhar para compreender esses fenômenos como a grande força motriz do processo de adoecimento, pois superando um olhar míope é que conseguiremos visualizar que não estamos falando de fatores causadores simplesmente, mas sim, dos processos históricos que têm como consequência a geração dos problemas da ordem da saúde coletiva.

Vale ressaltar que esse paradigma influenciou fortemente um conjunto de tradições acadêmicas a estudar a determinação social do processo de saúde e doença, sendo estas: a medicina social latino-americana, a saúde coletiva no Brasil e o movimento de promoção à saúde no Canadá (ROCHA e DAVID, 2015).

A OMS, em 2005, já traz referencial diferente ao da determinação social da saúde, que são os determinantes sociais da saúde.

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Podemos visualizar que mesmo já contando com ampla discussão, a partir de estudiosos latinoamericanos, desde a década de 1970, de um outro paradigma de compreensão da causas dos processos de adoecimentos, a OMS impulsionou o entendimento formulado pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), de que os DSS são diversos elementos que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, sendo: sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

A OMS conceitua DSS como sendo as condições sociais, em que as pessoas vivem e trabalham. Portanto, esse conceito de DSS foi sendo construído e colocado pela OMS sem levar em conta toda a construção histórica do conceito de determinação social da saúde, ficando restrita a visão das causas dos processos de adoecimento.

Então, há uma diferença, um confronto de paradigmas que não é a primeira vez na história que se produz. A visão dos determinantes está inscrita em uma epidemiologia social ainda muito influenciada pelo positivismo, por uma visão linear e reducionista dos fatores que agora chamaremos de

determinantes. Do outro lado, temos a visão de um pensamento crítico, social, profundo, que se fundamenta na economia política e em uma visão material da cultura, dos elementos da política (BREILH, 2011).

A determinação social da saúde é um aspecto da determinação social dos sujeitos e de suas vidas. As formas materiais para o desenvolvimento e a realização de capacidades que os indivíduos têm acesso no curso de suas vidas e as relações particulares, nas quais, cada indivíduo se forma e realiza a sua existência, definem possibilidades e formam, assim, características das existências individuais, incluindo a nossa saúde, pois estabelecem a significância fenotípica de nossos genótipos, assim como a exposição ambiental a situações de danos e traumas que também determinam a nossa saúde (TEIXEIRA e BRONZO, 2010).

Podemos considerar que, a base de um padrão de saúde de um povo está diretamente relacionada com as suas condições materiais de produção, assim como a base da saúde dos indivíduos tem uma relação com a posição social de cada uma. Existem muitas evidências, em muitos estudos realizados, que de acordo com seu trabalho, seu território, seu domicílio e sua posição social, haverá um gradiente diferencial de risco ambiental ou físico, a que estão cotidianamente submetidos os indivíduos na sua relação com o processo saúde doença (TEIXEIRA e BRONZO, 2010).

Nessa lógica de compreensão da Determinação Social da Saúde sobre o processo de adoecimento dos indivíduos, deve-se destacar a epidemiologia crítica, fundamentada no materialismo histórico e dialético, a epidemiologia emancipadora. Esta pode ser um instrumento que possibilita desvendar as mediações entre a estrutura social mais ampla e os processos de deterioração e denunciar os mecanismos essenciais, os que se encontram na raiz do processo saúde-doença (SOARES, 2015).

A epidemiologia emancipadora não se coloca como epidemiologia dos riscos, mas poderiam, em outra direção, ser considerada a que utiliza-se do olhar dos chamados determinantes sociais da saúde, potencializando a ilustração de alguns mediadores, que produzem degradação no trabalho e na vida (SOARES, 2015).

Portanto, a produção social da saúde, é um fenômeno amplo de caráter humano e social, o exigindo assim uma abordagem complexa, histórica, política e culturalmente contextualizada. A determinação social da saúde é um referencial teórico que discute a abrangência da coletividade e do caráter histórico-social do

processo saúde-doença, fundamentada na epidemiologia crítica e no materialismo histórico dialético. Os determinantes sociais se limitam a identificar correlações entre variáveis sociais e eventos de morbimortalidade na população, se baseando na teoria do positivismo.

4.2. Promoção da saúde

Os elementos que se relacionam com a determinação da vida e da saúde nas coletividades têm grande influência na promoção da saúde, pois a péssima distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim, como as condições precárias de habitação e ambiente têm um papel muito importante nas condições de vida e saúde (BUSS, 2000).

A saúde é um grande recurso para o desenvolvimento socioeconômico de um país, pois reflete uma importante dimensão da qualidade de vida. A promoção da saúde deve buscar mudar as condições de vida para que o povo viva de forma digna e adequada, que sejam favoráveis ao conjunto de decisões e ações coletivas para o bem-estar da sociedade (BUSS, 2009).

A promoção da saúde é vista como uma estratégia que permite enfrentar os diversos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos. Pressupõe uma concepção ampliada do processo saúde-doença e de seus determinantes, se preconiza na ecologia de saberes, articulando saberes científicos com saberes populares, bem como com a participação de recursos institucionais e comunitários para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

As ações de promoção da saúde devem visar o empoderamento e autonomia do usuário para o alcance de melhores condições de vida e saúde. A promoção à saúde desponta como nova concepção de saúde internacional em meados dos anos 1970, resultado do debate na década anterior sobre a determinação social e econômica da saúde e a construção de uma concepção não centrada na doença (CZERESNIA, 2009).

Como estratégia, a promoção da saúde enfatiza a transformação das condições de vida e de trabalho que geram conseqüentemente os problemas de saúde da população, demandando uma abordagem intersetorial (CZERESNIA, 2009).

O debate sobre a promoção da saúde ganhou ênfase há aproximadamente três décadas nos países industrializados, fomentando o questionamento ao modelo médico-assistencial curativista (biomédico), resgatando o pensamento da medicina social e ampliando as relações entre saúde e sociedade. Portanto, foi ao questionar o modelo biomédico, devido à acentuada medicalização da saúde na sociedade, que a promoção da saúde ganha destaque no cenário científico e social (CZERESNIA e FREITAS, 2009).

Um acontecimento importante, que trouxe um movimento de convergência na conformação de um novo paradigma de saúde foi a Conferência de Alma-Ata em 1978, com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária de Saúde, com objetivo de reafirmar a promoção e proteção da saúde dos povos. Esses dois elementos alcançaram destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, com a promulgação da Carta de Ottawa, que até a atualidade contribui nas formulações de conferências sobre o tema (BUSS, 2009).

A Carta de Ottawa conceitua a promoção saúde como sendo um processo de preparação da comunidade para realizar ações na melhoria de sua qualidade de vida e saúde e com a participação comunitária no controle deste processo. A Promoção da Saúde, segundo a Carta de Ottawa, contempla campos de ação referente a implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde (BUSS, 2009; BEZERRA e SORPRESO, 2016).

Partindo dos pressupostos construídos na Carta de Ottawa para se alcançar a saúde, são necessários alguns pré-requisitos de condições e recursos fundamentais que são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BEZERRA e SORPRESO, 2016).

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde traz proposições por mudanças na estrutura das políticas de saúde no âmbito nacional, trazendo reflexões que também são reflexos das conferências de promoção saúde, questionando o modelo de saúde biomédico existente e ampliando o conceito de saúde, levando em conta a promoção da saúde em seu conteúdo, entendendo que a saúde é resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, acesso e posse à terra e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Foi a partir desses pilares de discussão sobre a promoção saúde que surgiram as novas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, sendo realizada a segunda conferência no ano de 1988, na cidade de Adelaide, na Austrália, produzindo documento conhecido como Declaração de Adelaide, com a reafirmação das ações e formulações da Carta de Ottawa, sendo priorizada nessa conferência a ação a partir das políticas públicas saudáveis, alegando que esta seria ação prioritária para a efetivação das demais ações propostas em 1986 (BUSS, 2009).

A Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde ocorreu em Sundsvall, na Suécia, em 1991, trazendo como objetivos a formação de ambientes favoráveis e promotores da saúde. Em 1997, em Jacarta, na Indonésia, ocorreu a discussão sobre a promoção da saúde do século XXI, no caso a Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, tendo como destaque a ação de afirmar que a saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico, sendo a promoção da saúde elemento fundamental para o desenvolvimento da saúde (BUSS, 2009).

Mais recentemente, no ano de 2000, na Cidade do México, ocorreu a Quinta Conferência Internacional da Promoção da Saúde. Trazendo como fundamental a inserção da promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e dos programas locais, regionais, nacionais e internacionais (OMS, 2016).

No início do século 21, foi realizada a Sexta Conferência Mundial de Promoção à Saúde, em agosto de 2005, na cidade de Bangkok, na Tailândia. Seu referencial posterior ficou conhecido como a Carta de Bangkok. Nesta conferência se reforçam as mudanças no contexto da saúde global e a busca por novo impulso para a Promoção à Saúde, buscando alcançar o objetivo de saúde para todos através de quatro compromissos: desenvolvimento da agenda global, responsabilidade de todos os governos, meta principal da comunidade e da sociedade civil, necessidade para boa administração prática (OMS, 2016).

A Sétima Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde foi realizada na cidade de Nairobi (Kenia), em 2009, consistindo em espaço de compartilhamento de experiências sobre os cuidados das pessoas na APS. Nessa última década, mais recentemente no ano de 2013, em Helsínque, na Finlândia, ocorreu a Oitava Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde. Essa conferência mais uma vez trouxe à tona a rica herança de ideias, ações e evidências que se originaram na Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários de Saúde e na Carta de Ottawa

para a Promoção da Saúde. Enuncia-se o compromisso com o mais alto padrão de saúde para todos, reconhecendo-se que os governos devem ter a responsabilidade pela saúde de seus povos (OMS, 2016).

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde, que foi revisada em 2013/14, tem seu referencial nas conferências internacionais de saúde e traz apontamentos para a necessidade de articulação com outras políticas públicas afim de fortalecê-la, com o fortalecimento da participação social e dos movimentos populares, devido a impossibilidade do segmento saúde responder isoladamente ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes que influenciam a saúde, portanto as ações de promoção e prevenção, para obterem sucesso, devem ser feitas de forma articulada com outras políticas públicas, com as demais esferas de governo e com a sociedade civil organizada (MALTA et al., 2016).

A promoção da saúde busca identificar os elementos que são macrodeterminantes do processo saúde-doença, sendo uma concepção mais ampla na busca de modificar as condições de vida orientando para um conjunto de ações coletivas que façam enfrentamento ao modelo de desenvolvimento socioeconômico, que são os responsáveis pela determinação e os determinantes sociais da saúde.

4.3 Modelo da Estratégia Saúde da Família como orientador das práticas na atenção primária à saúde

O SUS constitui uma política de saúde recente, se comparada com a história do nosso país, sendo consequência da luta do movimento sanitarista iniciado na década de 1970 e da participação popular durante a reabertura democrática no país na década de 1980, após vinte anos de Ditadura Militar (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é o conjunto de ações de saúde da ESF, que organiza seu processo de trabalho na estrutura e funcionalidade, sua primeira regulamentação ocorreu no ano de 2006, revisada em 2012 e a última publicação no ano de 2017 (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a base do SUS, sendo a forma de organização do serviço de saúde como porta de entrada ao Sistema de Saúde, com elementos estruturais e funcionais, que devem garantir a cobertura e o acesso da população, com ênfase na promoção e prevenção para indivíduos, famílias e

comunidades. A forma de organização da APS no Brasil é a ESF (DUNCAN et al., 2013).

A gênese da ESF ocorreu em 1991, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, foram constituídas as primeiras equipes de saúde da família completas com agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem (COSTA, 2009).

A ESF tem como foco a família no seu processo de organização do cuidado. É uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS com reorientação do processo de trabalho, de acordo aos princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

A ESF ao trabalhar no cuidado das pessoas, das famílias e comunidades, exige dos sujeitos que ali atuam um olhar ampliado para os determinantes e a determinação social da saúde, para organizar um plano estratégico participativo que possa dar o foco na promoção da saúde, na abordagem central do cuidado (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Sendo assim, a abordagem comunitária, levando em conta a epidemiologia social, deve ser um dos princípios da ESF. Identificar do que as pessoas adoecem e sua relação com o ambiente, como elas se cuidam e a história da comunidade, devem ser elementos importantes na competência dos profissionais que atuam na ESF (FIUZA et al., 2019).

Na sua composição, a ESF é formada por uma equipe multiprofissional, sendo os profissionais: médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (HARZHEIM e MENDONÇA, 2013).

Esta equipe é responsável pela adstrição da clientela num determinado território, realizando o cadastramento e acompanhamento longitudinal da população, no intuito de atuar na efetivação de suas ações de saúde da APS, com a delimitação do espaço geográfico se permite melhor aproximação com a população do território e assim é possível maior compreensão dos problemas de saúde existentes (PEREIRA, 2016).

Os objetivos do modelo de ESF é garantir uma reorientação do modelo de atenção à saúde, com assistência integral, contínua e boa qualidade; intervindo sobre os fatores de risco a que a população está exposta; vínculo com a população do seu território adscrito; construção de parcerias para ações intersetoriais; contribuição para

democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços de saúde e da produção social da saúde; estimulação da organização comunitária e popular para o exercício do controle social e possibilitar que a saúde seja reconhecida como direito de cidadania (COSTA, 2009).

A ESF tem princípios operacionais, que são a base para o seu funcionamento, sendo: definição do espaço territorial; a família como foco do cuidado; organização do processo de trabalho que responda aos problemas identificados no território; trabalho em equipe; ações de integralidade, resolutividade, intersetorialidade; vínculo e corresponsabilidade de coordenação do cuidado e estímulo a participação popular (COSTA, 2009).

A nova PNAB, que foi reformulada no ano de 2017, amplia a liberdade de escolha do modelo de atenção a ser adotado pelo gestor do SUS, o que pode gerar descomprometimento em manter a ESF como eixo orientador da APS, como é citado por Morosini, Fonseca e Lima (2018):

Uma característica marcante do texto da nova PNAB é a explicitação de alternativas para a configuração e implementação da AB, traduzindo-se em uma pretensa flexibilidade, sustentada pelo argumento da necessidade de atender especificidades locorregionais.

Sendo assim, os gestores terão autonomia para decidir que modelo de atenção poderão escolher para ser efetivado nos municípios, o que fragiliza a ESF, mesmo citando-a como a principal forma de organização do processo de trabalho na APS, desse modo, ao mesmo tempo em que mantém a ESF como prioritária no discurso, admite e incentiva outras estratégias de organização da AB, nos diferentes territórios (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018).

A trajetória dos avanços da APS e da ESF, em um governo democrático-popular no Brasil e a intervenção da sociedade civil organizada no período de 2003 até o início do ano de 2016, propiciou a decisão e formulação da PNSIPCFA, e de tantas outras políticas de inclusão social e de equidade. Este período favoreceu espaços participativos e democráticos de formulação e implementação de políticas públicas (SILVA, 2017).

O Programa Mais Médicos para o Brasil, que representa um grande avanço para a melhoria da atenção à saúde no SUS, prevê investimentos de infraestrutura das unidades de saúde e designa médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, oportunizando uma reorientação do processo de formação médica, assim como ampliação de cursos de medicina para a formação

desses profissionais, pode ser considerado um exemplo de avanço de acesso e melhoria da saúde das PCFA (BRASIL, 2016).

A Estratégia Saúde da Família nos últimos anos e o Programa Mais Médicos para o Brasil tem contribuído para minimizar danos à saúde, apesar de ainda serem insuficientes do ponto de vista das demandas territoriais. E ajudado a avançar na implementação da PNSIPCFA (PESSOA, 2015).

A partir de da compreensão de Aquino, Teixeira e Villasboas (2014), a ESF constitui uma intervenção que apresenta várias inovações do ponto de vista organizacional, tais como: a abordagem territorial, o trabalho em equipes multiprofissionais e articulação das ações de promoção, prevenção e cuidado:

É concebida como parte de uma estratégia maior de mudança do modelo de atenção, conjugando mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade induzidas por políticas de regulação e controle, ao mesmo tempo articulando ações de vigilância epidemiológica e sanitária e estimulando a implementação de ações intersetoriais de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população (AQUINO et al., 2014).

A organização dos serviços de saúde da APS mediante a ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada. É um desafio para a ESF, como eixo orientador da APS no Brasil até o momento, realizar práticas de cuidados diferenciadas, contextualizadas e, que leve em conta o território e a sua coletividade, o seu contexto epidemiológico para realizar promoção da saúde e atenção à saúde em concordância às necessidades existentes para as PCFA.

4. 4 Breves notas sobre os movimentos populares, participação popular e a luta pela saúde

Segundo Gohn (1995), movimentos sociais são ações coletivas de caráter sociopolítico, edificados por sujeitos sociais oriundos de classes e camadas sociais diferentes.

Eles politizam suas demandas e criam um campo político de força social na sociedade civil. Suas ações estruturam-se a partir de repertórios criados sobre temas e problemas em situações de: conflitos, litígios e disputas. As ações desenvolvem um processo social e político-cultural que cria uma identidade coletiva ao movimento, a partir de interesses em comum. Esta identidade decorre da força do princípio da solidariedade e é construída a partir da base referencial de valores culturais e políticos compartilhados pelo grupo (GOHN, 1995).

Para Camacho (1987), há diferenças de conceito entre movimento social e movimento popular, pois há movimentos sociais que representam os interesses tanto

do povo como das classes dominantes do sistema capitalista, que não tem interesse em mudar a correlações de forças vigentes dessa estrutura de dominação, beneficiando quem está na situação de poder. Até propõem reformas parciais e fragmentadas de acordo com seus próprios interesses, perpetuando a estrutura de dominação social do grupo hegemônico. Já os movimentos populares são formados por povo, que lutam contra o sistema de dominação e exploração, mediante a luta de classes.

O movimento popular é um sujeito coletivo, oriundo das contradições econômicas do sistema capitalista e, em confronto com esse sistema, é um movimento não institucionalizado e é formado pelas camadas pobres da população. O movimento popular não é um sujeito histórico fruto da estrutura econômica, mas fruto das condições subjetivas dessa estrutura. O movimento popular luta por garantia de direitos. A garantia dos direitos, podem ser efetivados em políticas públicas permanentes e de uso coletivo. Vejamos que a questão central do movimento popular é basicamente construir um novo formato de atuação das organizações da sociedade civil organizada, que luta por melhorias e condições de vida da população e contra o controle ideológico das classes dominantes (SCHERER-WARREN, 2010).

Na luta pela saúde no Brasil a organização popular teve um papel fundamental, como afirmam Araujo e Nascimento (2014):

[...] os estudos sobre a reforma sanitária brasileira tiveram como foco o movimento sanitário, admitindo o movimento médico e o movimento popular em saúde como componentes dos movimentos sociais em saúde. No segmento popular surgiram as mobilizações contra a carestia (“Movimentos do Custo da Vida”); as associações de bairros; conselhos comunitários; as organizações na Zona Leste e na periferia de São Paulo; em outras regiões do país, como na Paraíba, o Movimento Popular de Saúde (MOPS) e as Ligas Camponesas, as quais levantaram a bandeira da reforma agrária no Brasil e a melhoria das condições de vida do trabalhador do campo.

No Brasil, junto ao processo de luta pela redemocratização do país, no final da década de 1970 e início da década de 1980, inicia-se o ressurgimento dos movimentos populares e todo o processo de mobilização e organização da sociedade civil brasileira, que trazia em sua essência a necessidade da participação popular (ARAUJO e NASCIMENTO, 2014).

Uma característica marcante para esse período de luta foi a aliança entre movimento popular e profissionais da saúde, que potencializou uma grande mobilização nacional ao redor de um projeto de reforma do sistema público de saúde do país, tendo como consequência um momento marcante na história da saúde

pública, que foi VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. A VIII Conferência Nacional de Saúde foi o alicerce para construção do SUS na nova constituição de 1988, que colocou todo brasileiro como cidadão e a saúde como direito de todos e dever do estado. Ademais, o SUS possibilitou elencar dentro de seus princípios a participação popular (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

A participação social no SUS vem junto de sua história ao longo dessas três décadas, sendo um processo em permanente construção e grandioso desafio. Essa participação social no SUS se dá de forma institucionalizada mediante os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, que estão respaldados pela Lei 8142/1990. Foi a primeira vez na história do país que a participação da população em políticas públicas, mediante o controle social, é garantida por lei nas esferas municipal, estadual e federal, de modo a possibilitar a intervenção na formulação de propostas para a execução das políticas de saúde (PIANA e CAVALLI, 2018).

A participação popular possibilita o exercício da democracia, é onde se permite que os indivíduos e as coletividades possam trazer suas inquietudes, suas expectativas e suas contribuições para transformação e melhoria das condições de vida e da saúde (RIBEIRO et al., 2016).

No entanto, é importante destacar que a participação popular em saúde se dá para além dos espaços formais institucionalizados existentes no SUS, ou seja, existem outras formas de se realizar a participação popular em saúde, pois nos territórios é possível encontrar participação ativa e criativa dos sujeitos com suas práticas cotidianas de cuidados, como no caso de rezadeiras, benzedadeiras, parteiras, etc, assim como na mobilização popular, ações comunitárias e na resistência em defesa de seus territórios, sendo um reflexo multidimensional de participação do povo no cuidado e na saúde, mais precisamente no campo da atenção primária à saúde (CRUZ e BRUTSCHER, 2018).

Temos diversos movimentos populares na atualidade, que fazem luta pelas melhorias de condições de vida e pela promoção da saúde, Como exemplos temos: o MST na luta pela reforma agrária, o MAB na luta pelos direitos dos atingidos por barragens e outros, que fazem suas lutas na defesa de causas coletivas, que possibilitem uma vida mais justa e igualitária na sociedade.

Sendo assim, os movimentos populares podem ser considerados como os motores da história, visto que, produzem e catalisam transformações nas relações

estruturais históricas de poder e introduzem novas concepções de valores com base nas relações sociais em que ressurgem (ARAUJO e NASCIMENTO, 2014).

Desse modo, a participação da sociedade não se restringe somente aos espaços institucionais, já garantidos na forma da lei pelo SUS, mas se apresenta, também, em diversas formas, em um determinado território, onde a população de forma organizada, contribua de forma contínua e permanente, em diálogo com a implantação, consolidação e fortalecimento do SUS, apontando de forma organizada a reorientação do serviço de saúde, para atender as necessidades de saúde e de cuidados das comunidades e dos territórios.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo e local do estudo

Esse estudo se caracteriza como uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória, descritivo-analítica. Como pressuposto para a conceituação enquanto pesquisa qualitativa, traz-se os elementos citados por Minayo (2013), segundo a qual as pesquisas qualitativas se baseiam em um nível de realidade tratado por meio da história, da biografia, das relações, do mundo dos significados, das motivações, dos desejos, das crenças e costumes, dos valores, das atitudes e se realiza por variadas técnicas para o trabalho empírico.

O estudo foi realizado no estado do Ceará, localizado na região Nordeste do Brasil. Segundo dados do IBGE 2018 a estimativa da população total do Ceará corresponde a 9.075.649 habitantes. Sendo o quarto estado da região nordeste em extensão territorial, com 148.920.538 km² de extensão (IBGE, 2018).

5.2 Sujeitos do estudo e coleta de dados

Por ocasião da 15^a Conferência Nacional de Saúde, os movimentos populares do campo e das águas do Ceará organizaram a I Conferência Livre de Saúde Integral das Populações do Campo, Florestas e Águas no Ceará e constituíram um grupo com representantes destes movimentos populares no estado.

Inicialmente foi realizada uma conversa com membros da coordenação de cada um dos movimentos populares, a coordenação de cada movimento indicou as pessoas a serem entrevistadas, tendo em vista que, essas pessoas eram a representação dos movimentos populares, nos quais se encontra uma diversidade de sujeitos nos seus territórios, como pescadores, marisqueiras, camponeses, quilombolas, trabalhadores rurais assalariados, acampadas e assentados, ente outros. Foi apresentado o projeto de pesquisa para as lideranças dos movimentos e posteriormente a articulação e mobilização dos sujeitos para participação da pesquisa.

Foram convidados oito movimentos populares, que fazem parte do Grupo da Terra nacional e estão presentes no estado do Ceará, sendo os seguintes: Comissão Pastoral da Terra (CPT), Comissão Estadual de Quilombolas Rurais do estado do

Ceará (CEQUIRCE), ligada a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ), Federação dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares do Estado do Ceará (FETRAECE), ligada a Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultor/as Familiares (CONTAG), Movimento dos Atingidos por Barragem (MAB), Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), Movimentos dos Pequenos Agricultores (MPA), Movimento Nacional dos Pescadores (MONAPE) e o Movimento dos Pescadores e Pescadoras Artesanais (MPP), pois foram esses movimentos que se articularam junto ao Ministério da Saúde na construção da PNSIPCFA. Foi incluído o Conselho Pastoral dos Pescadores (CPP) nesta pesquisa pela relevância desse movimento, em suas ações junto ao MPP. Foram excluídos desta pesquisa os demais movimentos populares que não fazem parte do Grupo da Terra nacional, pois os mesmos não estavam na construção da PNSIPCFA.

Foram entrevistadas três pessoas de cada movimento popular, considerando os seguintes critérios: uma liderança, que atua no âmbito estadual, denominada de dirigente em alguns movimentos; uma liderança que atua no âmbito regional no Ceará, denominada de militante em alguns movimentos; e um representante local, residente em um território ou comunidade organizada pelo movimento que seja liderança local, denominado por alguns movimentos de base. Foram excluídos os demais membros dos movimentos populares que não foram indicados pela coordenação dos mesmos.

Foram entrevistados um total de 26 sujeitos dos movimentos populares do campo e das águas no Ceará, a partir das indicações realizadas pelas coordenações de cada movimento popular. Um dos sujeitos entrevistados fazia parte de dois dos movimentos do grupo de movimentos pesquisados, a qual autorizou utilizar seu discurso para ambos os movimentos populares.

A coleta de dados para essa pesquisa foi realizada mediante entrevistas semiestruturada, utilizando-se um roteiro com perguntas abertas, com os sujeitos indicados dos nove movimentos populares. Na entrevista semiestruturada o pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha se distanciado do tema ou tenha dificuldades com ele (BONI e QUARESMA, 2005).

O trabalho de campo foi realizado nos meses de julho, agosto, setembro, outubro e novembro de 2018. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas e processadas com posterior análise do discurso dos entrevistados. As questões da entrevista seguiram um roteiro, que abordou situações relacionadas à caracterização dos movimentos populares do campo e das águas do Ceará e o modo de assistir as populações do campo e das águas pela Estratégia Saúde da Família, nesses territórios.

5.3 Análise do material qualitativo

A análise dos dados foi feita após a transcrição das entrevistas e realização da leitura do material, a partir das perguntas do roteiro, de acordo com os objetivos da pesquisa. Permitiu-se, assim, captar todas as informações relevantes, verificando-se a análise do discurso das pessoas com as quais foram realizadas entrevistas individuais.

A Análise do Discurso preocupa-se em compreender os sentidos que o sujeito manifesta através do seu discurso. Portanto, a análise de discurso é a análise da fala em um contexto, ela ajuda a compreender como as pessoas pensam e agem no mundo real em que estão. A história de vida dessas pessoas, o contexto e a posição social onde se encontram levam para as produções discursivas. O enunciador do discurso, portanto, não é somente um sujeito empírico, um sujeito da experiência e da existência individualizada no mundo, mas sim um sujeito discursivo, cuja história pessoal se insere na história social, ideologicamente marcada (CAREGNATO e MUTTI, 2006; GONDIM, 2009).

Durante a realização da análise do discurso dos entrevistados, foram emergindo de forma espontânea as categorias de análise de acordo com o que foi sendo relatado a partir da entrevista realizada. Foram elencadas as seguintes categorizações: aspectos/ características das principais dimensões do modo de viver das populações do campo e das águas; práticas populares de saúde que se subdividiram em subcategorias, sendo práticas promotoras de saúde e práticas curativas; percepção do SUS com as subcategorias: modo de atuar da ESF e acesso aos serviços de saúde; transformações territoriais com impacto no modo de vida tradicional na saúde e a participação popular.

5.4 Devolutiva dos resultados

Após a defesa da dissertação será realizado contato com os participantes da pesquisa de cada um dos movimentos populares do campo e das águas, bem como com a coordenação desses movimentos populares para organizar um momento de socialização dos resultados, com propostas de apresentação para cada movimento envolvido na possibilidade de ser um momento coletivo, com a entrega da dissertação aos mesmos, possibilitando novos desdobramentos da pesquisa.

5.5 Aspectos éticos

Os participantes foram convidados para participar de forma livre e voluntária mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)- Apêndice A- de acordo com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da UnB, com parecer aprovado pelo comitê de ética: 636.427 de 14/05/2014, sendo-lhes garantido todos os direitos versados nas resoluções 466 de dezembro de 2012 e 510 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde. Sendo uma pesquisa isenta de procedimentos experimentais, os riscos que se apresentaram foram unicamente de cunho social.

Foi garantido o sigilo e confidencialidade dos dados dos participantes. Também foi garantida a possibilidade, a qualquer momento da pesquisa, de desistência da participação, sem qualquer ônus ao participante. Portanto, os participantes foram informados do potencial benefício da pesquisa, onde se trarão reflexões e percepções sobre as práticas de saúde e o modo de atuar da estratégia de saúde da família nos territórios onde estão presentes esses movimentos populares.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise e apresentação dos resultados está organizada em três tópicos. O primeiro apresenta uma (1) caracterização geral dos entrevistados e dos movimentos populares. O segundo traz uma (2) descrição do acesso aos serviços de saúde das populações do campo e das águas no Ceará. O terceiro tópico apresenta um (3) artigo com foco nas populações do campo. Essas três partes de forma articulada respondem ao objetivo geral da pesquisa.

6.1 Caracterização dos entrevistados e dos movimentos do campo e das águas no Ceará

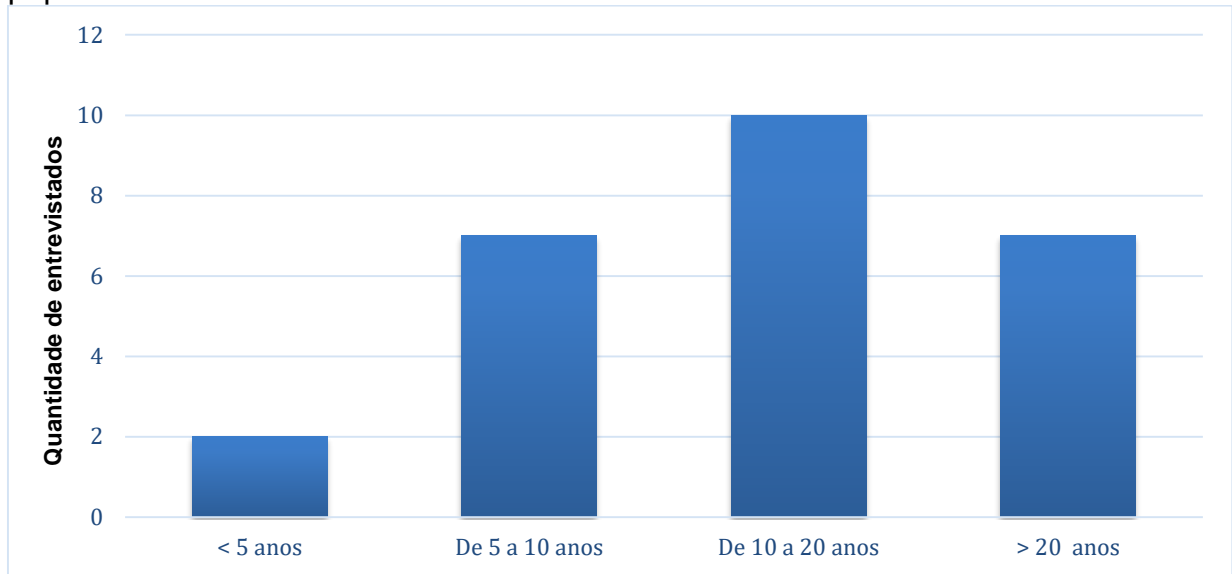
Neste capítulo apresentamos as características relacionadas às pessoas entrevistadas, que fazem parte dos movimentos populares e a caracterização geral dos movimentos populares que participaram da pesquisa. Por último, neste capítulo, descrevemos a atuação territorial no espaço geográfico das regiões e municípios, onde os movimentos populares estão atuando no estado do Ceará.

6.1.1 Caracterização dos participantes do estudo

Nessa primeira parte, observamos as características das pessoas entrevistadas, no total foram 26 pessoas, dos nove movimentos populares do campo e das águas do estado do Ceará, sendo três pessoas por movimento, com a exceção de uma participante, que fazia parte simultaneamente de dois dos movimentos pesquisados, o mesmo autorizando sua fala em nome dos dois movimentos populares.

A maioria dos entrevistados já atuavam há bastante tempo no seu movimento popular, como vemos nesse primeiro gráfico abaixo, que faz uma relação das pessoas entrevistadas com o tempo de participação nos movimentos populares.

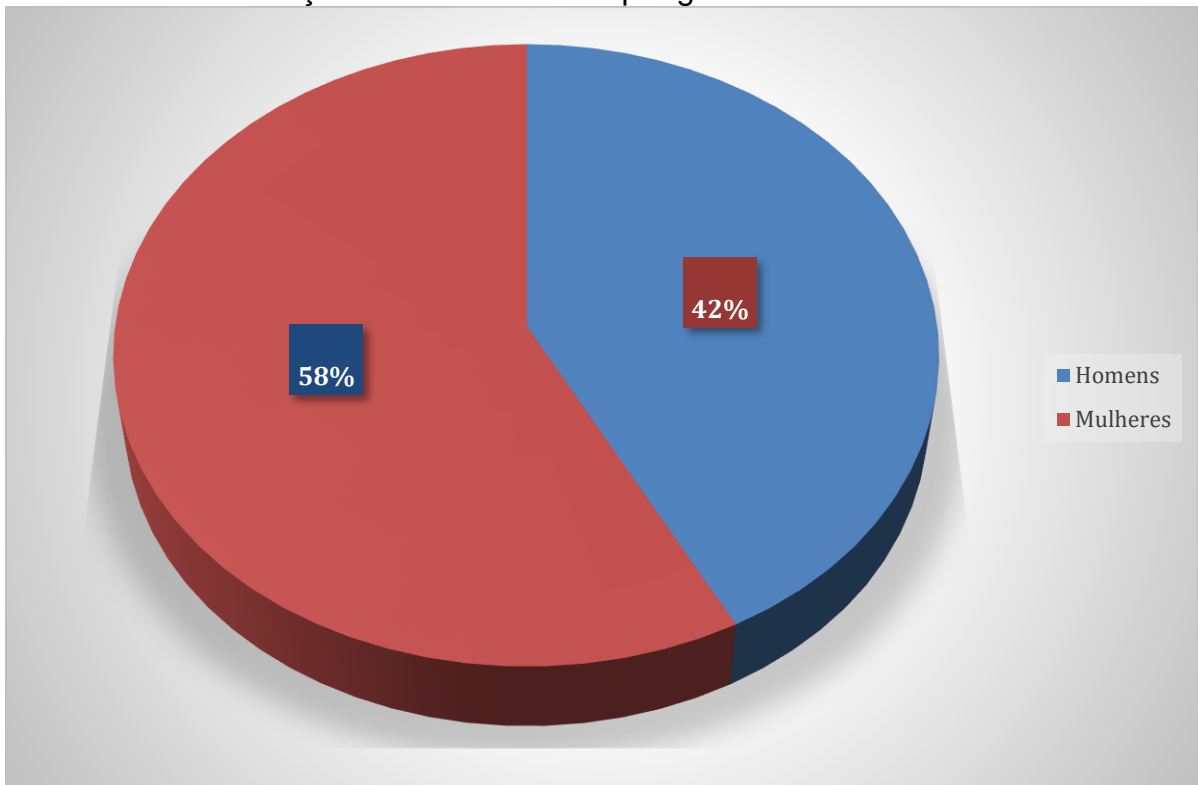
Gráfico I: Caracterização dos entrevistados por tempo de participação nos movimentos populares no Ceará.



Fonte: elaborado pelo autor.

Constatamos assim, que temos um maior grupo de pessoas que participam do movimento popular em um tempo médio de 10 a 20 anos de atuação e um segundo grupo com tempo médio de 05 a 10 anos em atuação no seu movimento popular. Portanto, a maioria dos entrevistados já tinham uma caminhada de luta nos seus movimentos populares, que contribui para ter elementos relacionados a vivência em sua organização e nos seus territórios do campo e das águas no Ceará.

Gráfico II: Caracterização dos entrevistados por gênero.

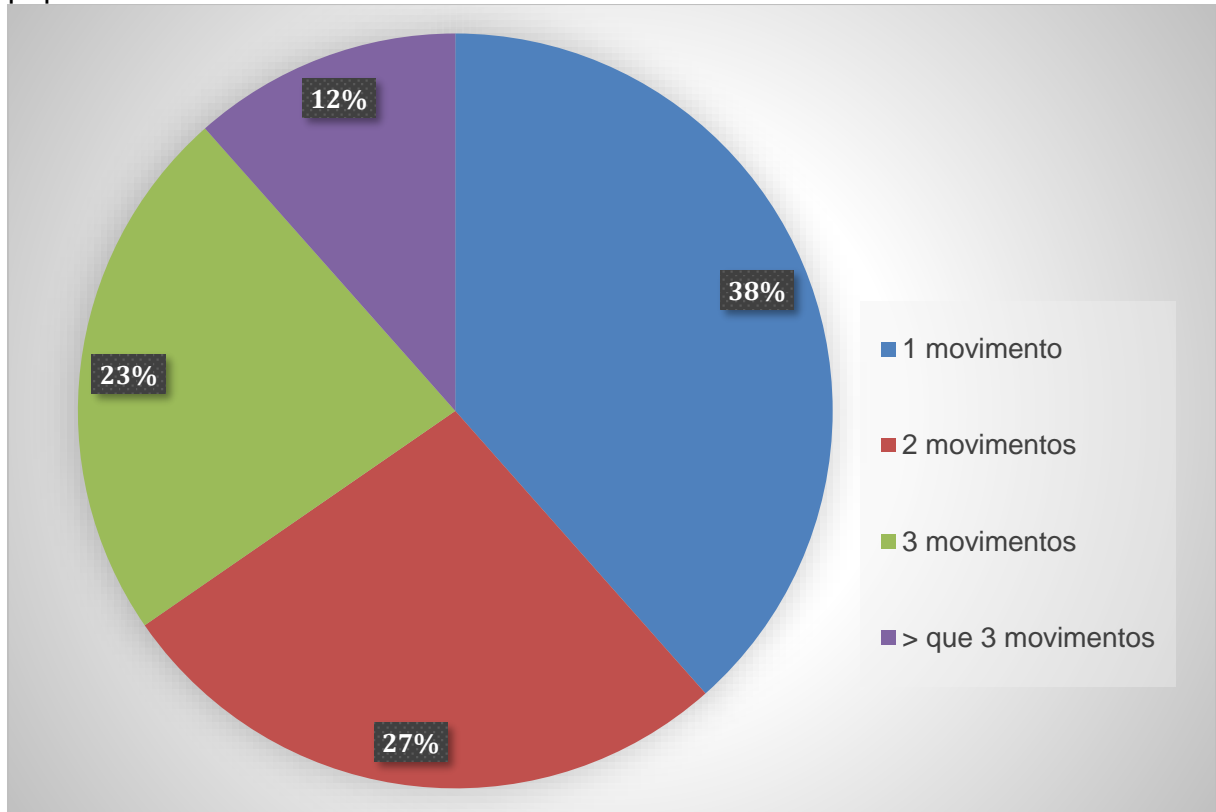


Fonte: elaborado pelo autor.

Observa-se que, 58% dos entrevistados são do sexo feminino e 42% do sexo masculino, portanto, as mulheres são a maioria das pessoas entrevistadas, o que nos mostra que as mulheres estão presentes na luta e na organização desses movimentos populares.

Outra questão constatada, foi que muitos dos sujeitos entrevistados tem participação em mais de um movimento popular como aparece abaixo:

Gráfico III: Caracterização dos entrevistados por participação em movimentos populares no Ceará.

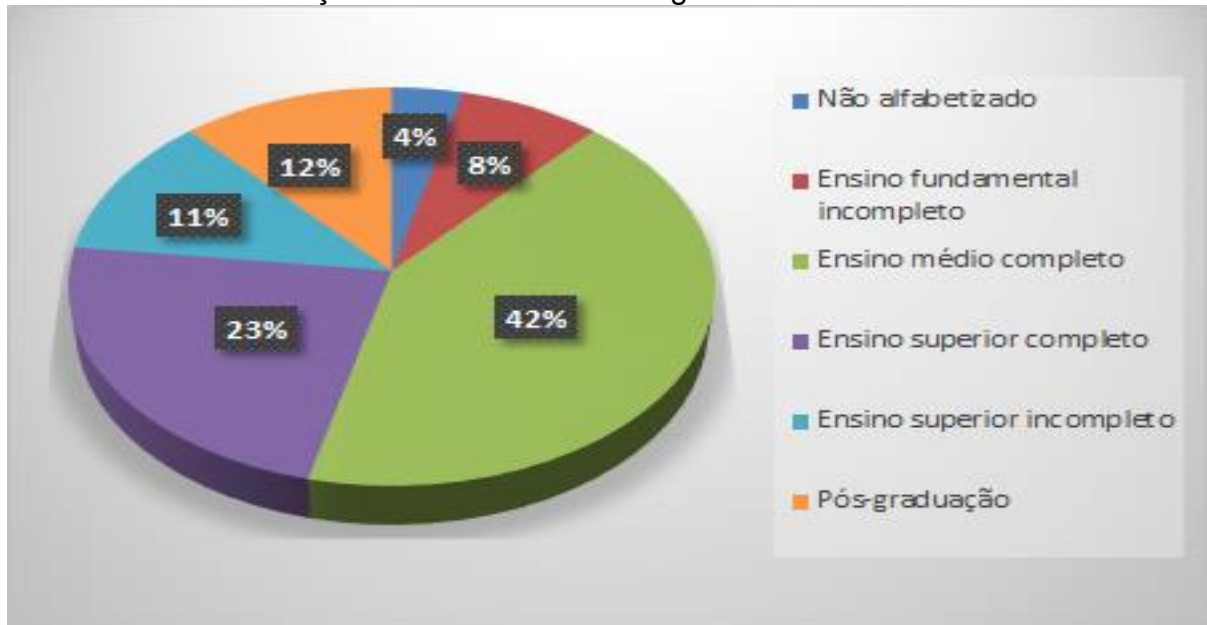


Fonte: elaborado pelo autor.

Observa-se que 38% dos entrevistados participam de um só movimento popular, o que constitui mais de um terço do total, e quase dois terços dos entrevistados participam de mais de um movimento popular. Diante disso, a maioria dos entrevistados trazem conhecimento para além do movimento popular no qual está inserido.

Outro dado que podemos caracterizar é a escolaridade dos entrevistados, como segue abaixo:

Gráfico IV: Caracterização dos entrevistados segundo a escolaridade.



Fonte: elaborado pelo autor.

A maior proporção de entrevistados já cursou o ensino médio completo, sendo 42%. Quase um quarto do total dos entrevistados, sendo 23 %, já cursou o ensino superior completo e 12% já fizeram alguma pós-graduação. Vale destacar que temos 11% cursando ensino superior, com uma minoria somente com ensino fundamental incompleto ou não alfabetizado. Portanto, quase a metade dos entrevistados já tinham curso superior ou estavam cursando, representando 46% do total. Isso representa que a maioria dos entrevistados tinham bom nível de escolaridade.

6.1.2 Caracterização dos movimentos populares do campo e das águas no Ceará

Após descrever as características das pessoas entrevistadas, analisaremos neste subcapítulo algumas características dos movimentos populares que participaram da pesquisa.

Abaixo podemos ver a relação existente entre o ano de início e total de população organizada por esses movimentos:

Quadro 1: Caracterização do ano de início dos movimentos populares e da população organizada pelos movimentos populares.

	Ano de início	População Organizada em 2018
CEQUIRCE/ CONAQ	2005	20.120
FETRAECE/ CONTAG	1963	300.000
CPP	1988	12.000
CPT	1980	16.000
MAB	1997	20.000
MONAPE	1980	1.000
MPA	2003	3.000
MPP	2010	15.400
MST	1989	60.000
		427.520

Fonte: elaborado pelo autor.

O movimento popular com mais tempo de atuação no estado do Ceará, entre os pesquisados, é a FETRAECE/CONTAG, com mais de cinco décadas de existência. Entre os movimentos que surgiram na década de 1980 no estado do Ceará, estão o MST, a CPT, o CPP e o MONAPE. O movimento mais recente como o MAB, tem atuação em um pouco mais de duas décadas. Os demais movimentos, que iniciaram suas ações após o ano 2000 são o MPA, o MPP e a CEQUIRSE/CONAQ.

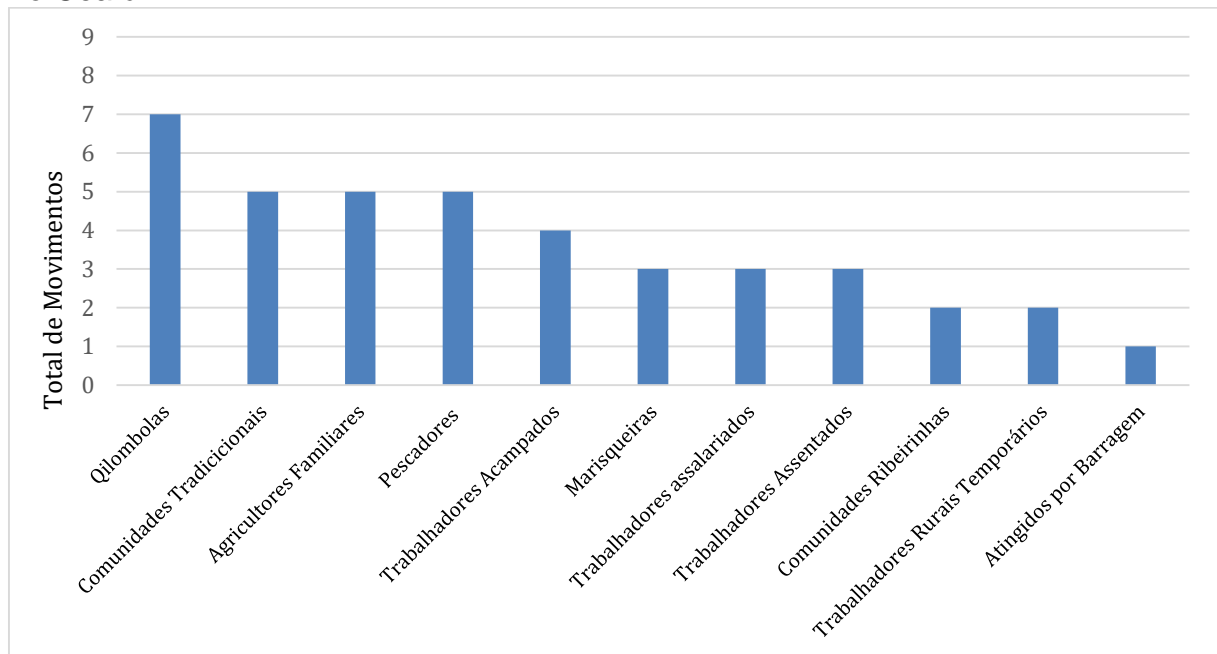
Ademais, podemos observar no gráfico acima, com destaque para a FETRAECE/CONTAG ser o movimento popular do grupo, que mais tem população

organizada, sendo um total de 300.000 pessoas, em seguida está o MST com 60.000 pessoas. O movimento da CEQUIRCE/CONAQ e o MAB tem em torno de 20.000 pessoas, sendo respectivamente o terceiro e o quarto movimento com maior população organizada. Segue na sequência a CPT, com 16.000 pessoas e o MPP com quase a mesma população organizada, sendo 15.400 pessoas. A CPP segue com 12.000 pessoas e somente dois movimentos (MPA e MONAPE) tem uma população inferior a dez mil pessoas organizadas em seus territórios.

A população total organizada pelos movimentos populares, somam 427.520 pessoas, sendo um número significativo de pessoas organizadas nesses movimentos populares. Não é regra a relação entre o tempo de surgimento do movimento popular no Ceará com o maior número de pessoas organizadas por estes.

Esses movimentos populares estudados, em sua maioria, organizam populações diversificadas, como podemos ver abaixo:

Gráfico V: Caracterização das populações organizadas pelos movimentos populares no Ceará.



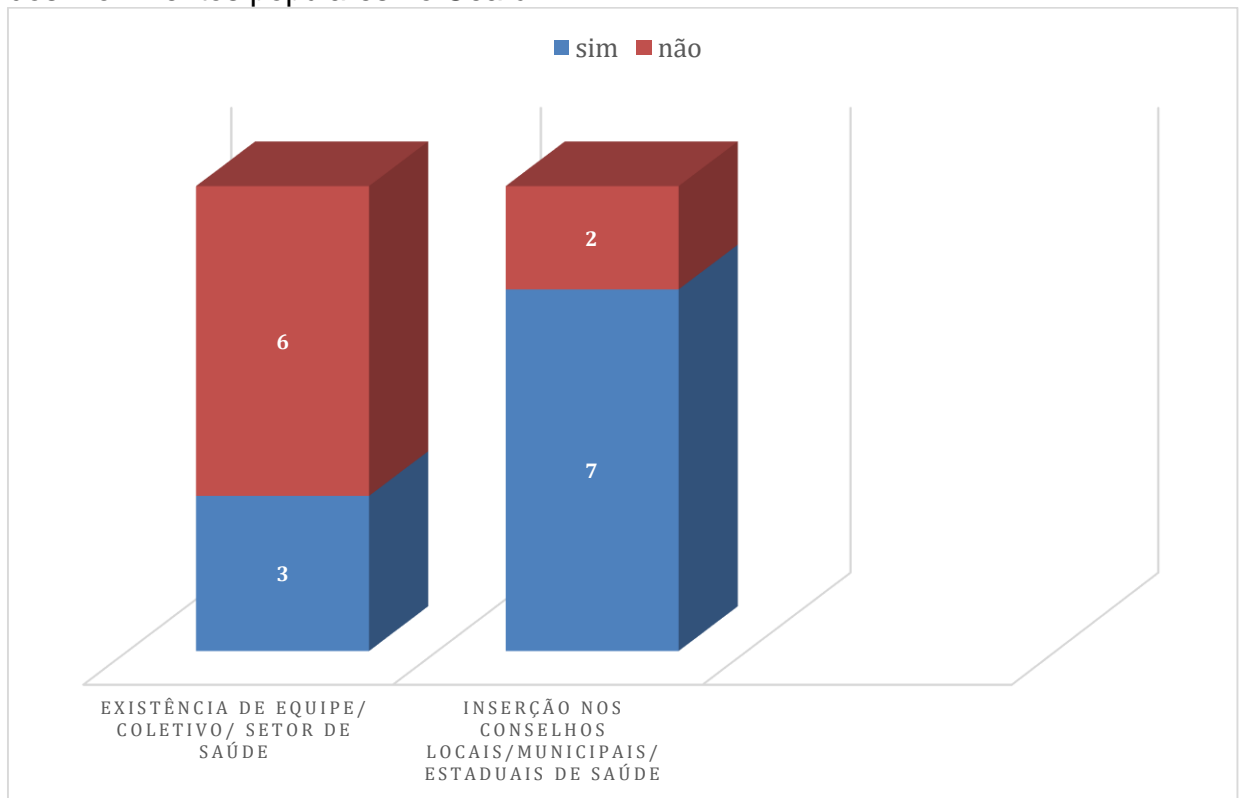
Fonte: elaborado pelo autor.

São um total de 11 grupos populacionais organizados pelos movimentos populares estudados como podemos ver acima. Podemos ver que na maioria dos territórios dos movimentos populares existe presença da população quilombola, o que demonstra que temos grande presença da população negra nos territórios do campo

e das águas no estado do Ceará. Pode-se observar também que mais da metade dos movimentos populares organizam populações de comunidades tradicionais, agricultores familiares e pescadores. Em seguida, temos o grupo de população de trabalhadores acampados, onde quase metade dos movimentos organizam esse grupo populacional nos seus territórios. Um terço dos movimentos organizam população de marisqueiras, trabalhadores assentados e trabalhadores assalariados. Dois movimentos organizam comunidades ribeirinhas e trabalhadores rurais temporários e, por último, somente, um movimento popular atua organizando a população atingida por barragens.

O movimento popular realiza diversas lutas, entre elas a luta pela saúde, tratou-se de ver se esses movimentos contam com coletivos de saúde organizados e se atuam na participação social institucionalizada, no caso os conselhos de saúde, em qualquer uma de suas instâncias, constatamos o seguinte:

Gráfico VI: Caracterização da organização de coletivo de saúde e participação social dos movimentos populares no Ceará.



Fonte: elaborado pelo autor.

A maioria dos movimentos populares não tem organizado um coletivo, um setor ou equipe de saúde, como se observa no gráfico acima. Somente três dos nove

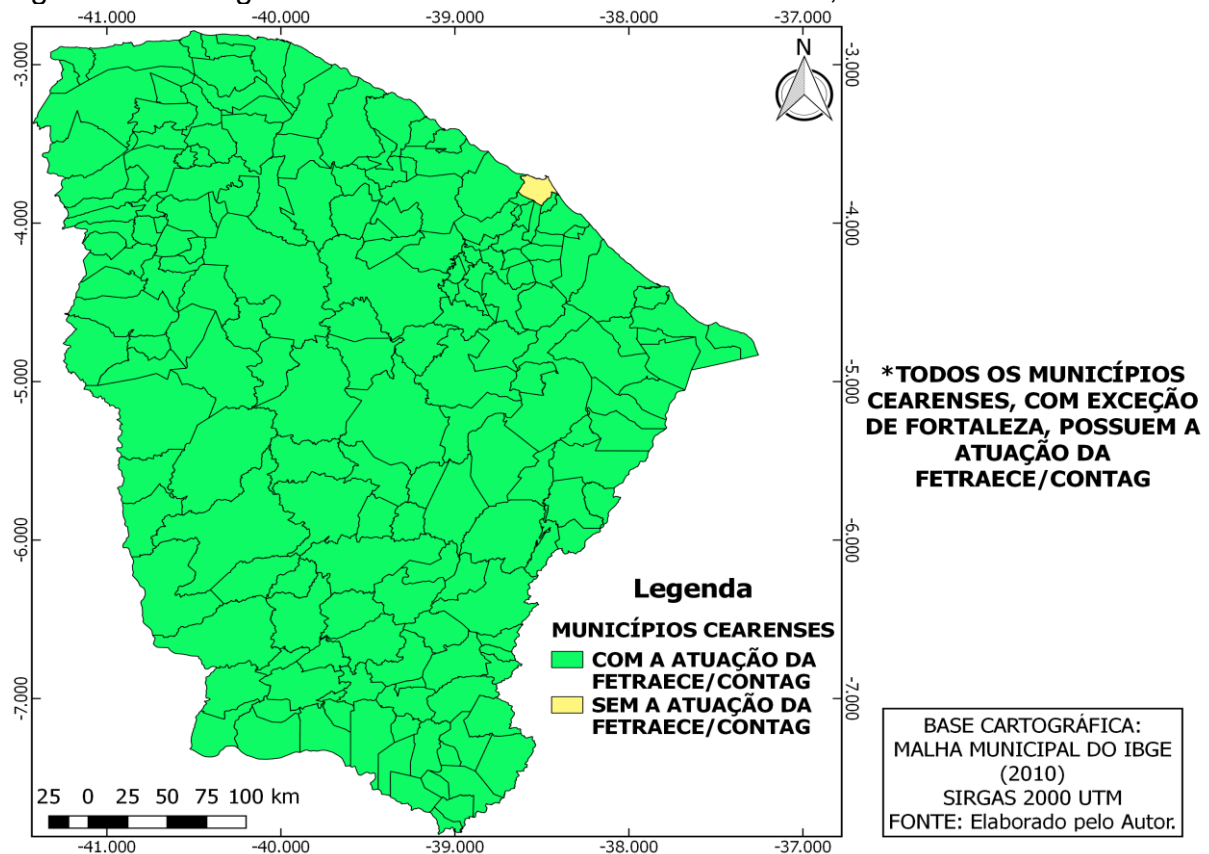
movimentos populares, tem organizado um coletivo de saúde. No entanto, a maioria desses movimentos populares, estão de alguma forma inseridos na participação popular institucionalizada, dentro de alguma instância dos conselhos de saúde, sendo sete dos nove movimentos entrevistados.

6.1.3 Territórios de atuação dos movimentos populares das águas e do campo no Ceará

A existência e atuação dos movimentos populares no Ceará se dão por territórios, onde cada um tem suas particularidades na dimensão territorial, muitas vezes coincidindo determinados lugares e territórios, o que pode instigar e/ou ampliar a possibilidade de atuação conjunta desses movimentos somando força na luta pela saúde das populações do campo e das águas.

Abaixo veremos os mapas com os municípios onde tem atuação cada um dos movimentos populares do Grupo da Terra no estado do Ceará:

Figura 1: Mapa dos municípios com atuação da Federação dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares no estado do Ceará, 2018.

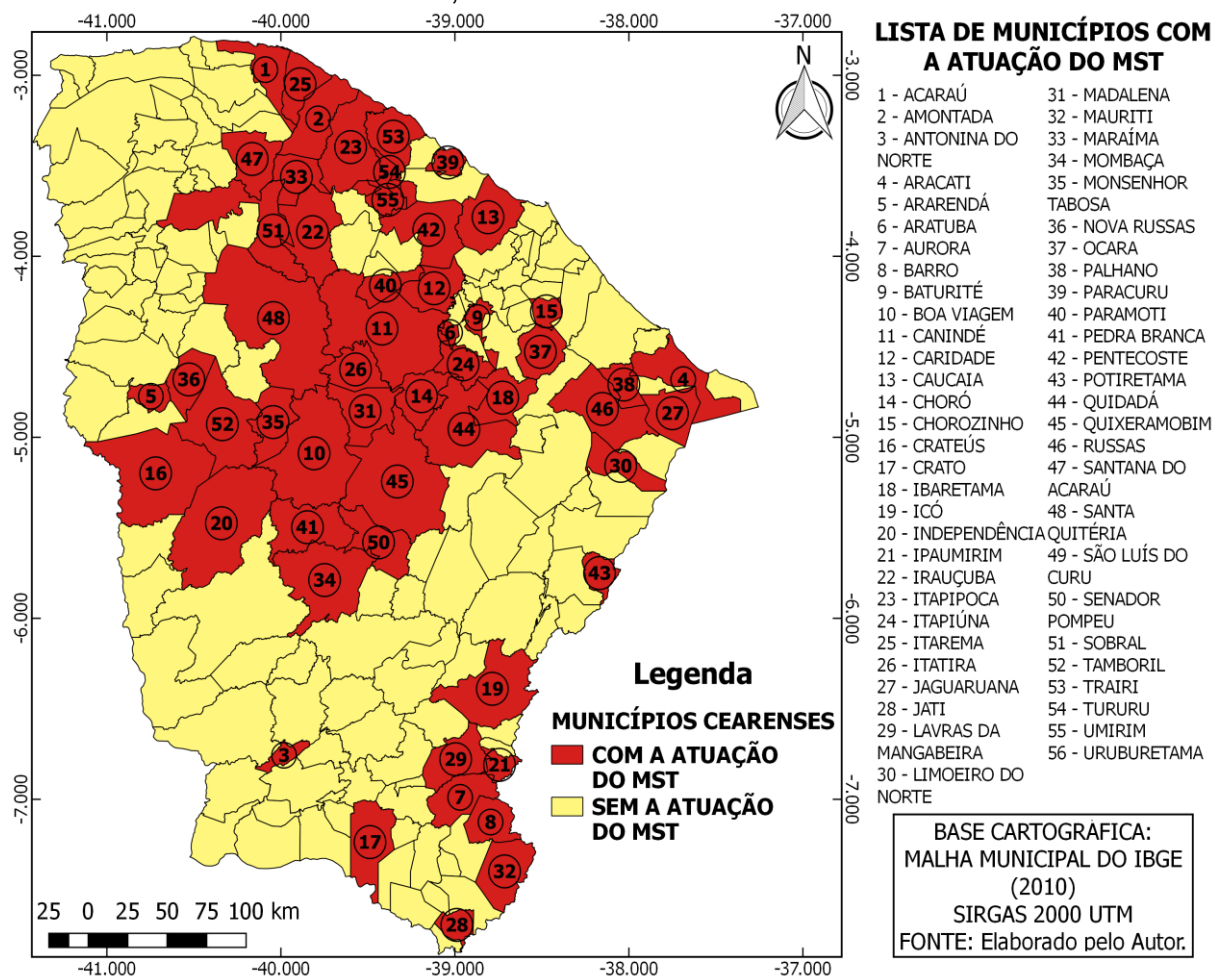


Fonte: elaborada pelo autor.

A Federação dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares no estado do Ceará (FETRAECE/CONTAG) tem atuação em quase todos os municípios do estado do Ceará. O Ceará tem 184 municípios (IBGE, 2018) e o movimento tem atuação em 183 municípios, sendo a exceção o município de Fortaleza, que não tem população organizada por esse movimento.

Sendo assim, esse é o movimento popular com maior extensão territorial e com maior número de municípios em atuação entre os movimentos populares pesquisados no Ceará. Podemos assim, fazer uma relação com a população organizada ao lembrar do capítulo anterior, sendo o de maior extensão territorial e de maior número de pessoas organizadas.

Figura 2: Mapa dos municípios com atuação do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra no estado do Ceará, 2018.

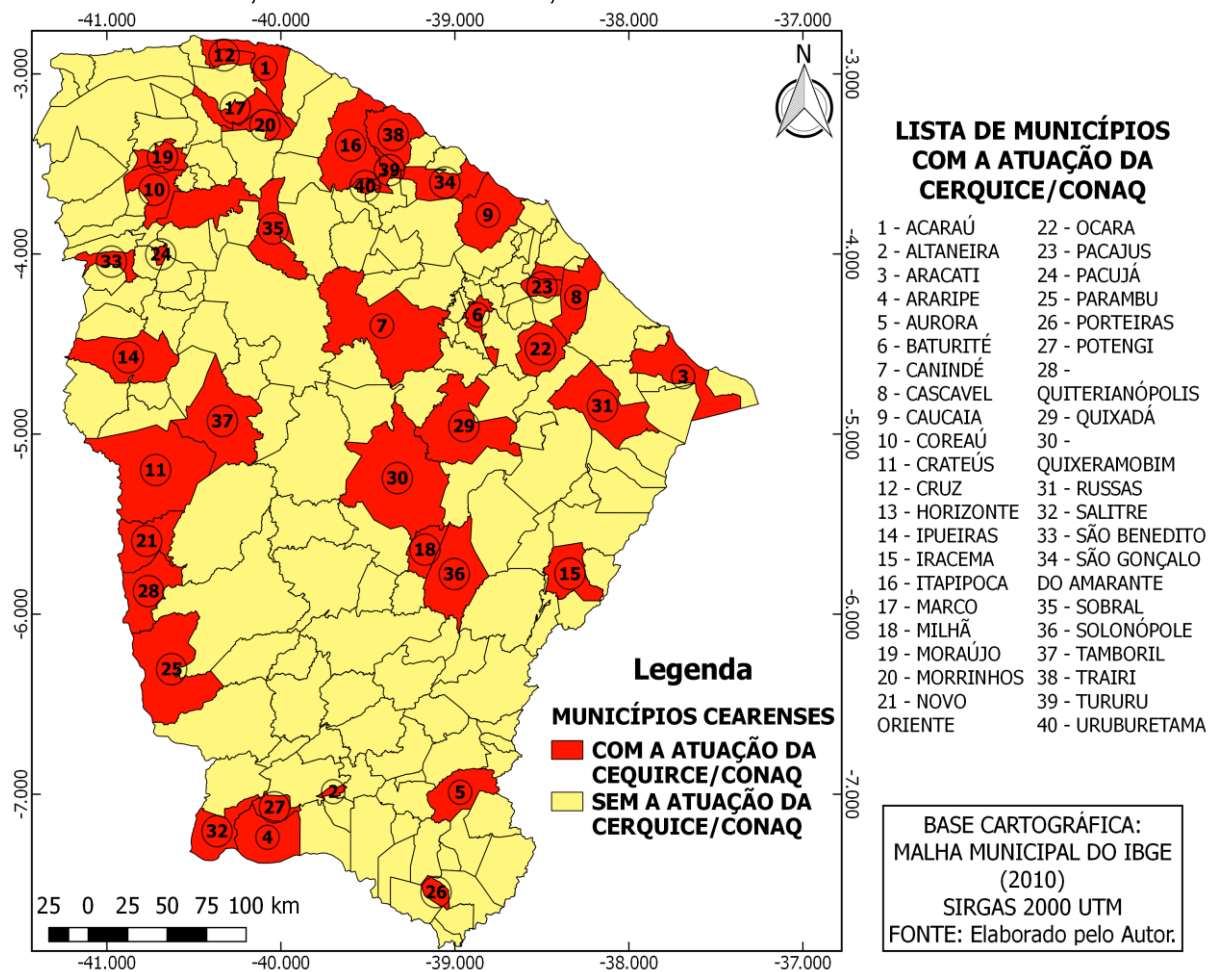


Fonte: elaborada pelo autor.

Acima temos o mapa do estado do Ceará com a indicação dos municípios onde tem atuação o Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais Sem Terra (MST). Podemos ver que o MST tem atuação em 56 municípios, sendo o segundo maior movimento popular em distribuição geográfica, estando atrás somente da FETRAECE/CONTAG.

As regiões onde o MST Ceará tem atuação são principalmente na região central e parte do litoral oeste do estado, como podemos ver no mapa acima. Outras áreas de atuação estão na região sudeste e sul do estado, na fronteira com o estado da Paraíba e Pernambuco, e na região do litoral leste e Vale do Jaguaribe, próximo ao Rio Grande do Norte.

Figura 3: Mapa dos municípios com atuação da Comissão dos Quilombolas Rurais do Estado do Ceará, no estado do Ceará, 2018.



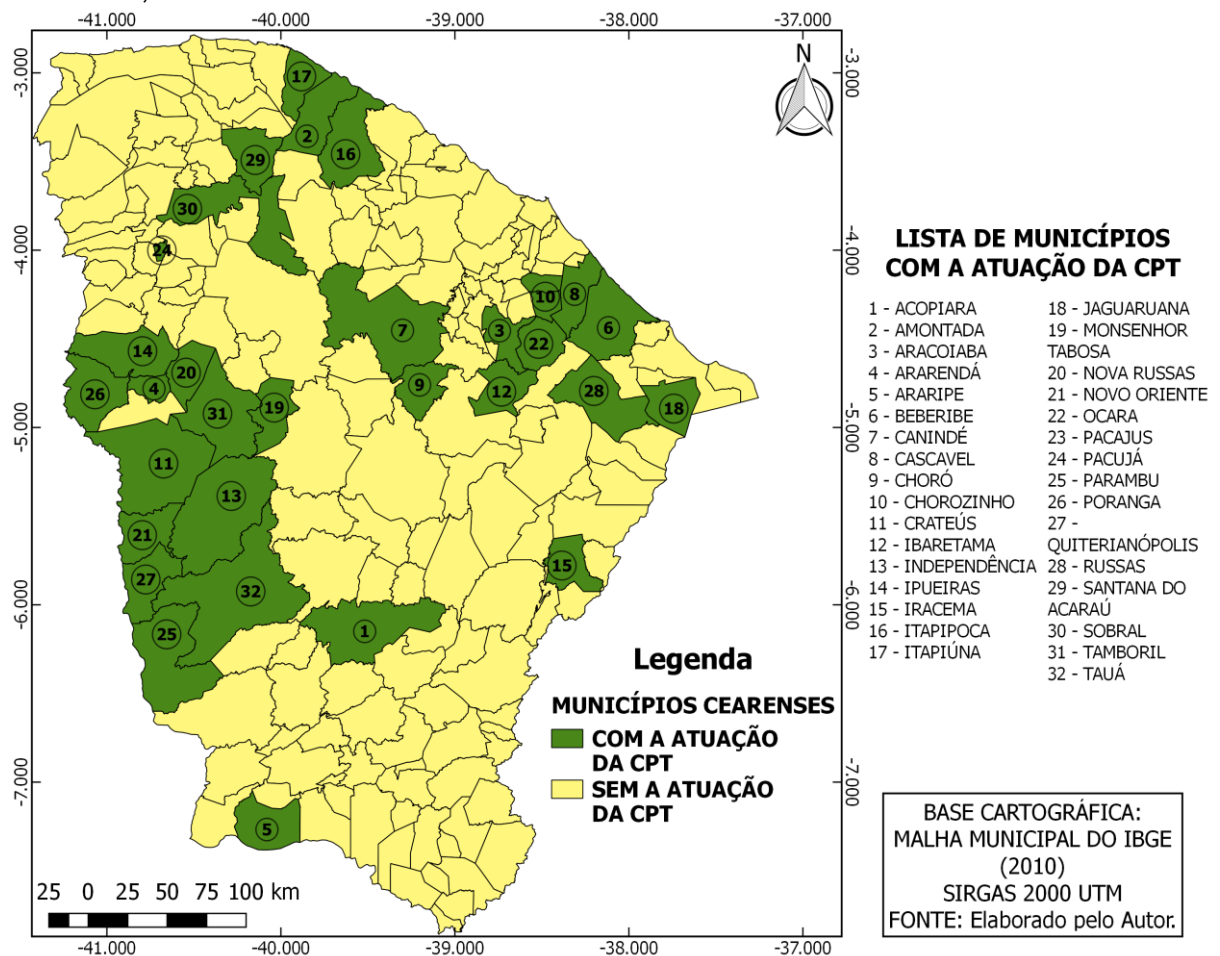
Fonte: elaborada pelo autor.

O movimento da Comissão dos Quilombolas Rurais do Estado do Ceará (CERQUICE/CONAQ) tem uma distribuição geográfica bem difusa, atuando em vários

municípios do estado do Ceará, sendo um total de 40 municípios, na sequência é o terceiro movimento, em número de municípios, no estado Ceará, ficando atrás somente da FETRAECE/CONTAG e do MST. Está presente nos municípios da região do extremo centro-oeste do estado, na fronteira com o Piauí, nos vários municípios da região litorânea, com predomínio do litoral oeste, assim como nos municípios da região central do estado, apresenta uma lacuna mais ao centro-sul, onde não tem atuação nessa região do estado.

Vale destacar que entre os movimentos populares do campo e das águas pesquisados, a CEQUIRCE/CONAQ é o que tem atuação geográfica mais difusa no estado do Ceará. Isso nos ajuda a constatar que temos diversos quilombos e uma população que se reconhece como negra em várias regiões do Ceará.

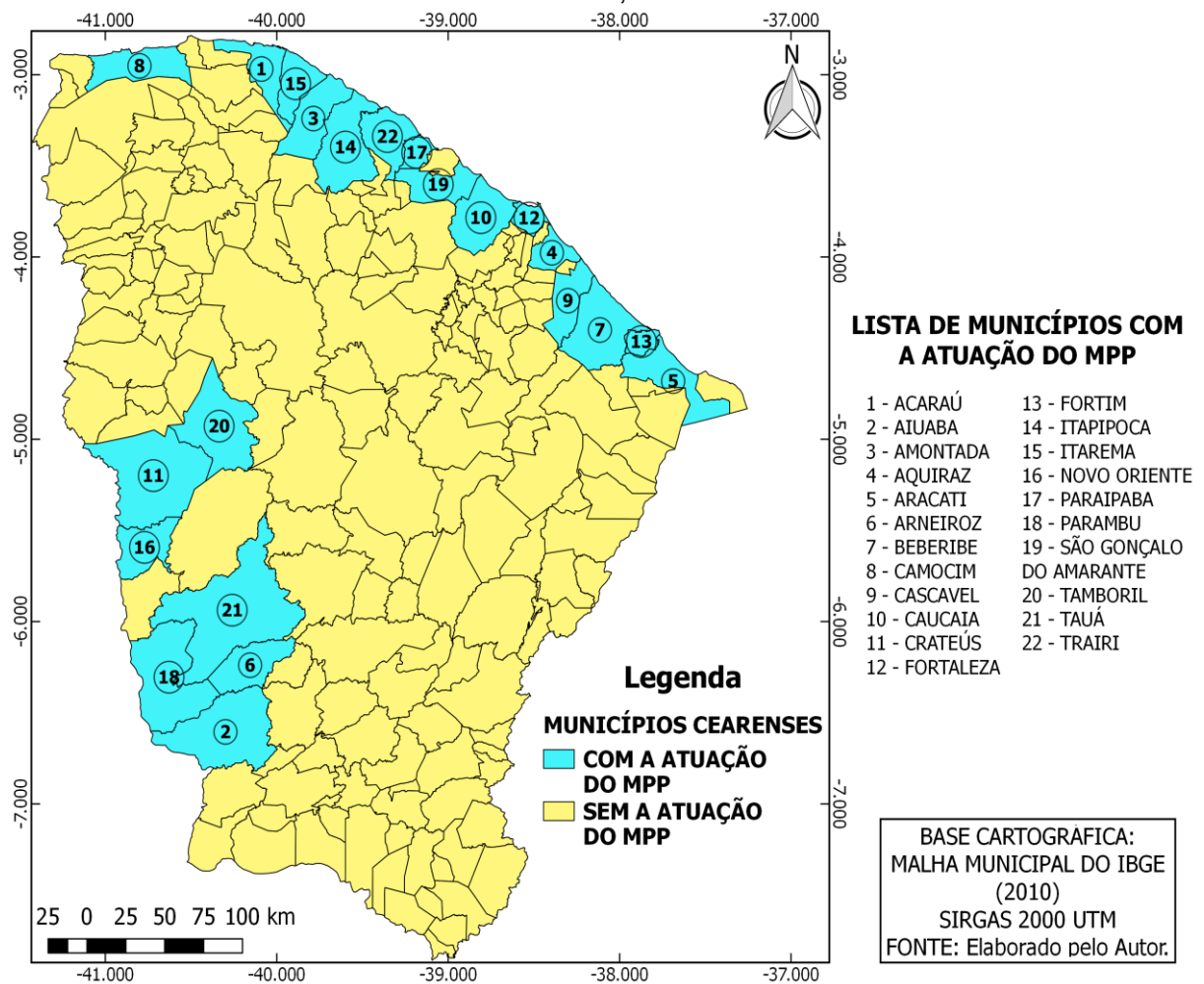
Figura 4: Mapa dos municípios com atuação da Comissão Pastoral da Terra no estado do Ceará, 2018.



Fonte: elaborada pelo autor.

A Comissão Pastoral da Terra (CPT) segue na sequência, com atuação em 40 municípios no estado do Ceará. Ao olhar o mapa podemos verificar que na região centro-oeste do estado conta com vários municípios de atuação, região conhecida como Sertão dos Inhamus, na fronteira com o estado do Piauí. Outro destaque para atuação da CPT, está a região próxima ao litoral leste. São duas regiões onde a CPT tem vários municípios, ficando alguns municípios na região Norte do estado.

Figura 5: Mapa dos municípios com atuação do Movimento dos Pescadores e Pescadoras Artesanais no estado do Ceará, 2018.

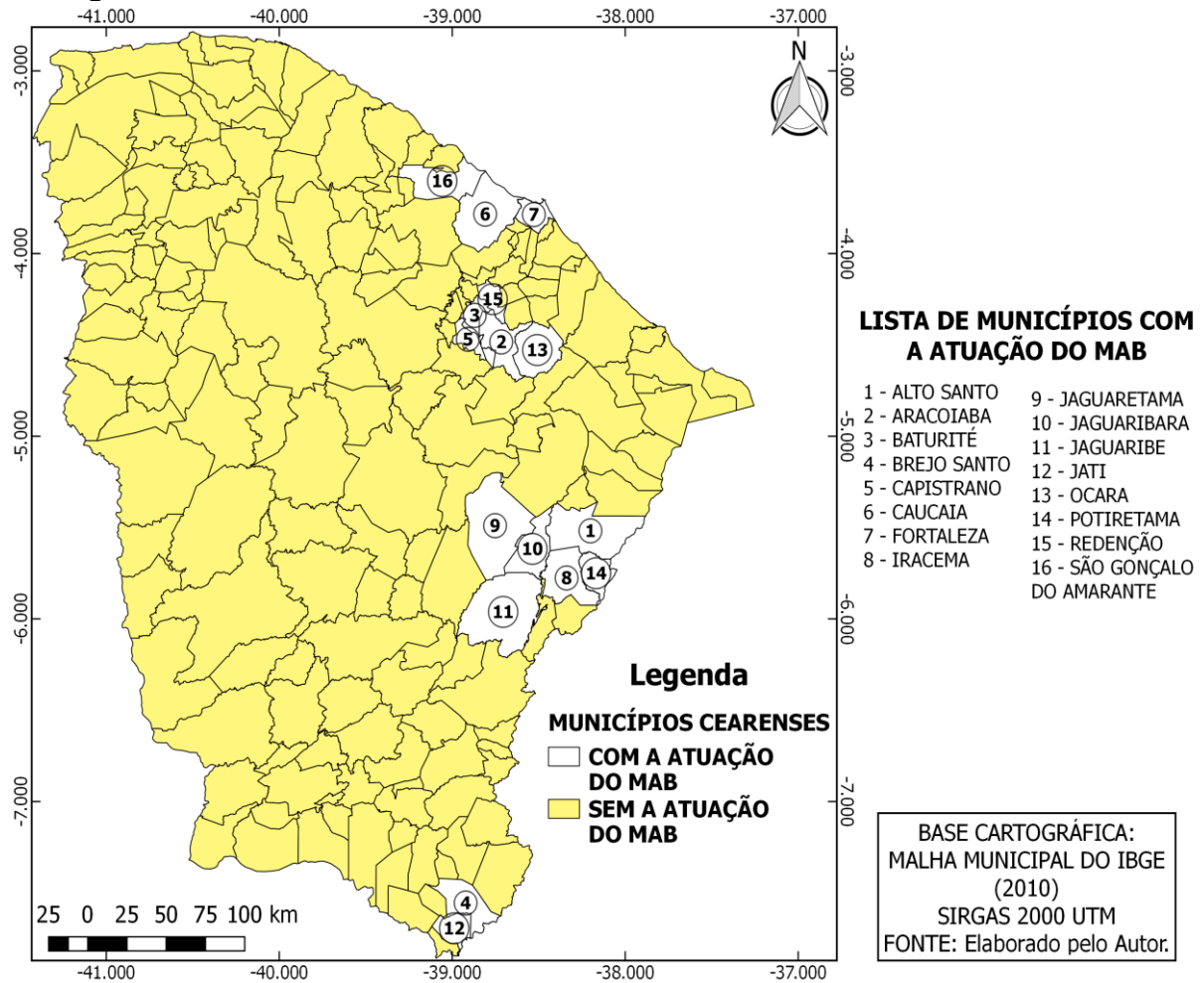


Fonte: elaborada pelo autor.

O Movimento dos Pescadores e Pescadoras Artesanais (MPP), é o movimento que tem maior número de municípios entre os pesquisados que organizam populações das águas, sendo um total de 22 municípios, estando distribuído geograficamente em duas grandes faixas, sendo uma em quase toda a extensão dos

municípios do litoral do estado e outra na região centro-oeste, conhecida como Sertão do Inhamuns, na fronteira com o estado do Piauí.

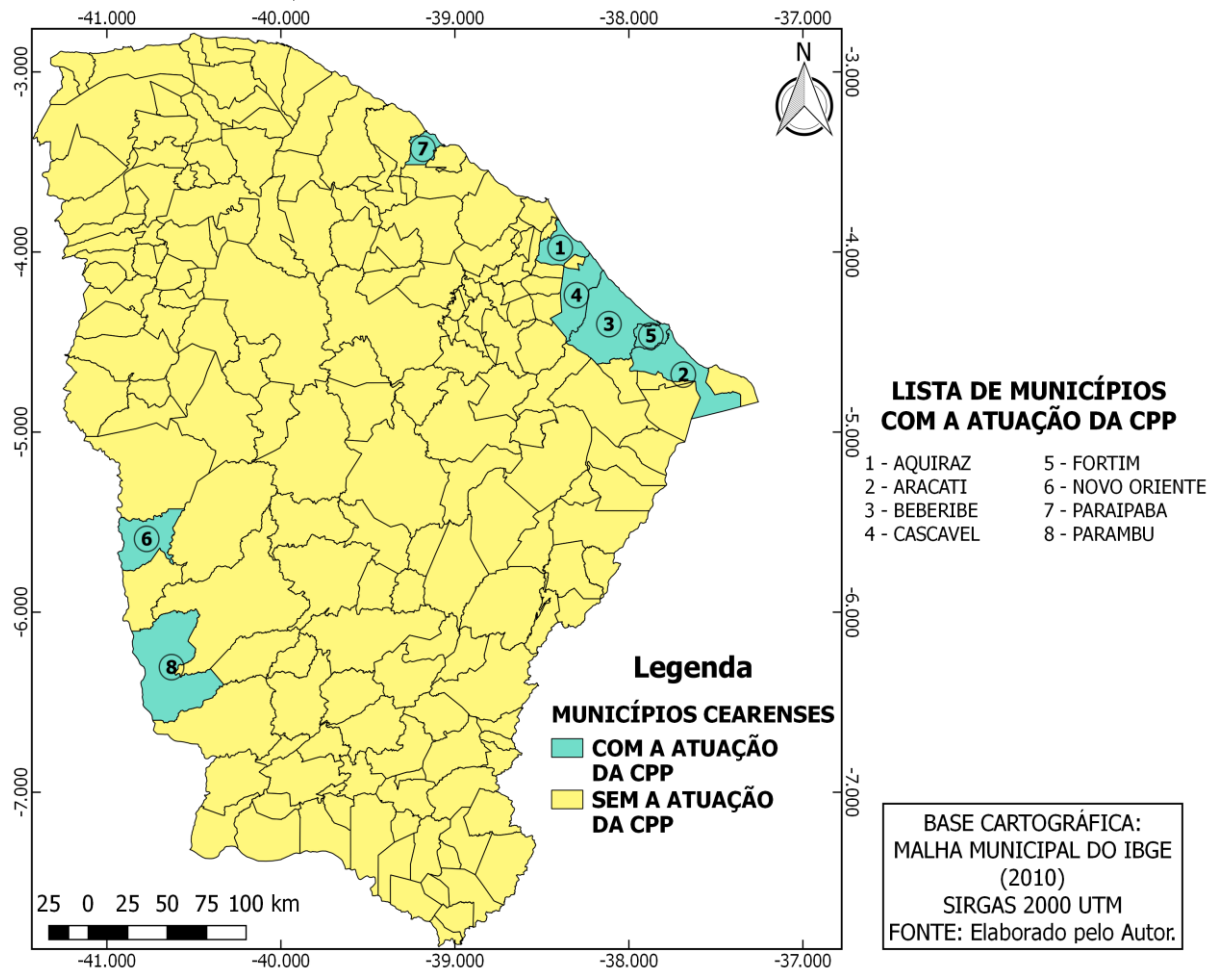
Figura 6: Mapa dos municípios com atuação do Movimento dos Atingidos por Barragem no estado do Ceará, 2018.



Fonte: elaborada pelo autor.

O Movimento dos Atingidos por Barragem (MAB) está atuando em 16 municípios no estado do Ceará, estando distribuído geograficamente em 4 regiões: Região metropolitana, nas proximidades da capital do estado do Ceará, Fortaleza. Na Região do Maciço do Baturité, região um pouco mais ao centro do estado. Na região do Vale do Jaguaribe, nas proximidades com o estado do Rio Grande do Norte e na região do Cariri, na fronteira do estado de Pernambuco. Podemos ver que todos os municípios estão na região oeste do estado, sendo as duas regiões com maior número de municípios na região do Maciço do Baturité e no Vale do Jaguaribe.

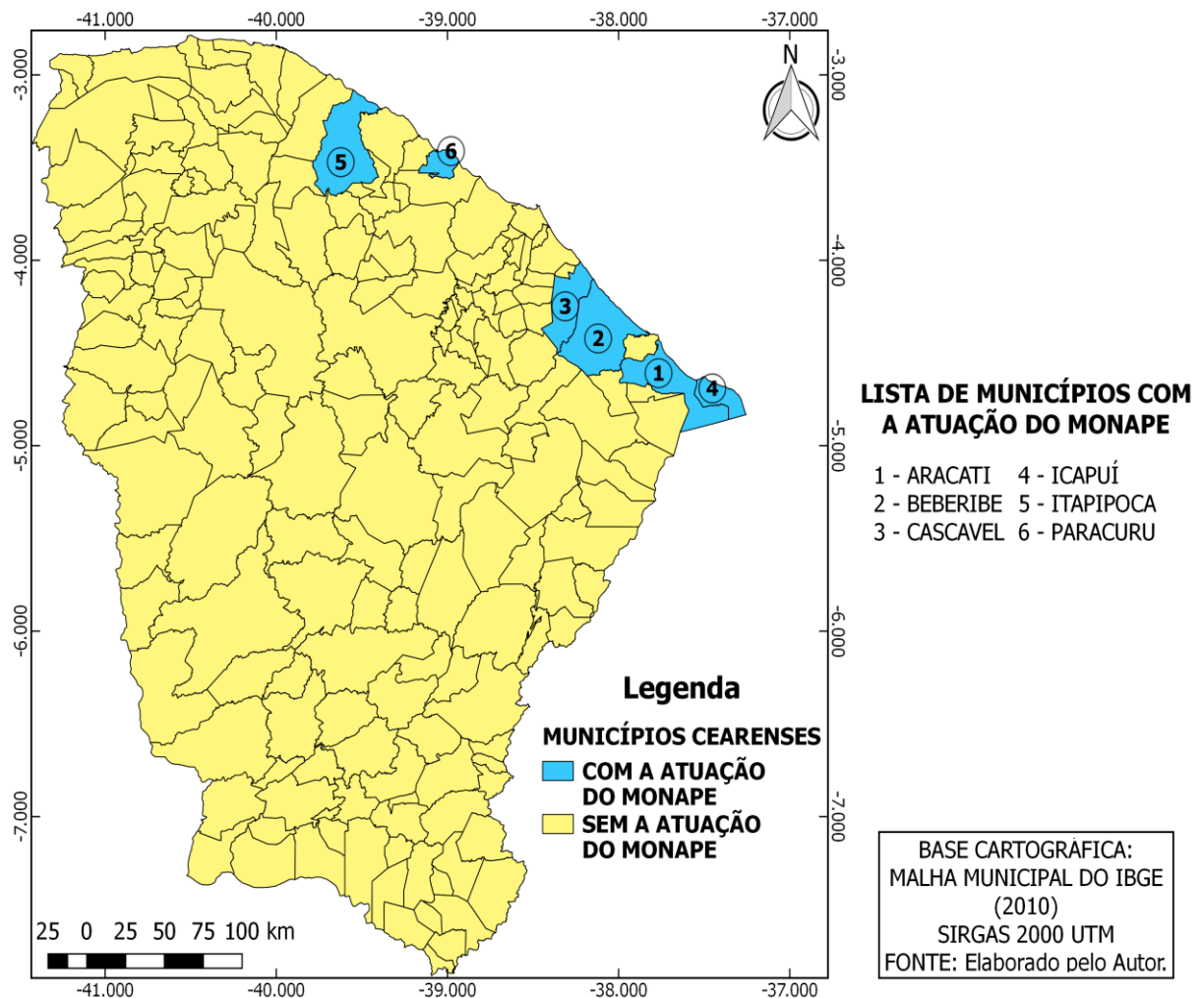
Figura 7: Mapa dos municípios com atuação do Conselho Pastoral dos Pescadores no estado do Ceará, 2018.



Fonte: elaborada pelo autor.

O Conselho Pastoral dos Pescadores (CPP) tem atuação em oito municípios no estado do Ceará, contando com uma distribuição geográfica similar ao MPP, porém com um território menor, pois abrange um número menor de municípios, atuando principalmente no litoral leste do estado, estando também em um único município no litoral oeste e dois municípios no Sertão do Inhamuns, próximo ao estado do Piauí.

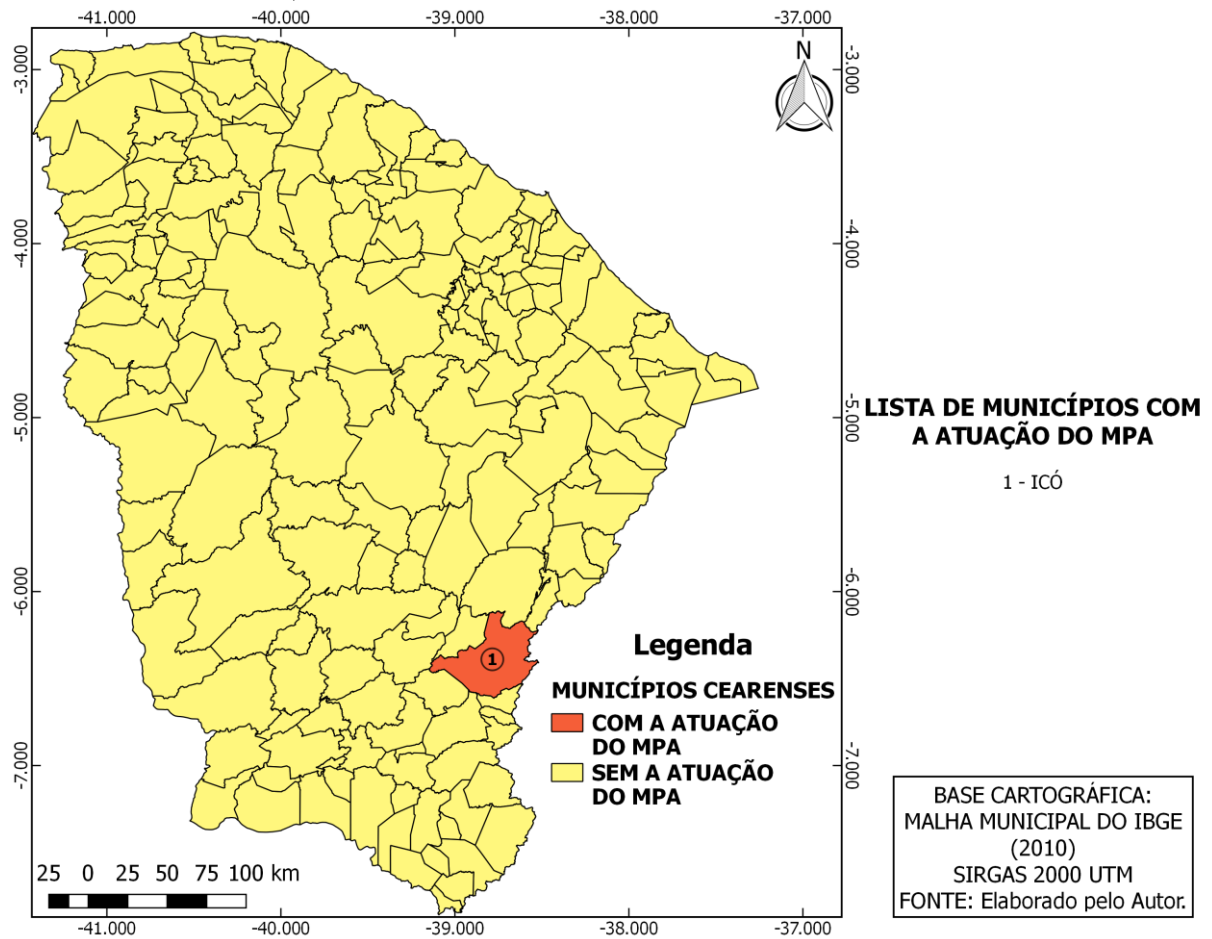
Figura 8: Mapa dos municípios com atuação do Movimento Nacional dos Pescadores no estado do Ceará, 2018.



Fonte: elaborada pelo autor.

O Movimento Nacional dos Pescadores (MONAPE) tem atuação em seis municípios no estado do Ceará, como visto acima, sendo o segundo movimento popular com menos atuação nos municípios do estado do Ceará. Sua distribuição geográfica está somente no litoral, principalmente nos municípios do litoral leste do estado do Ceará.

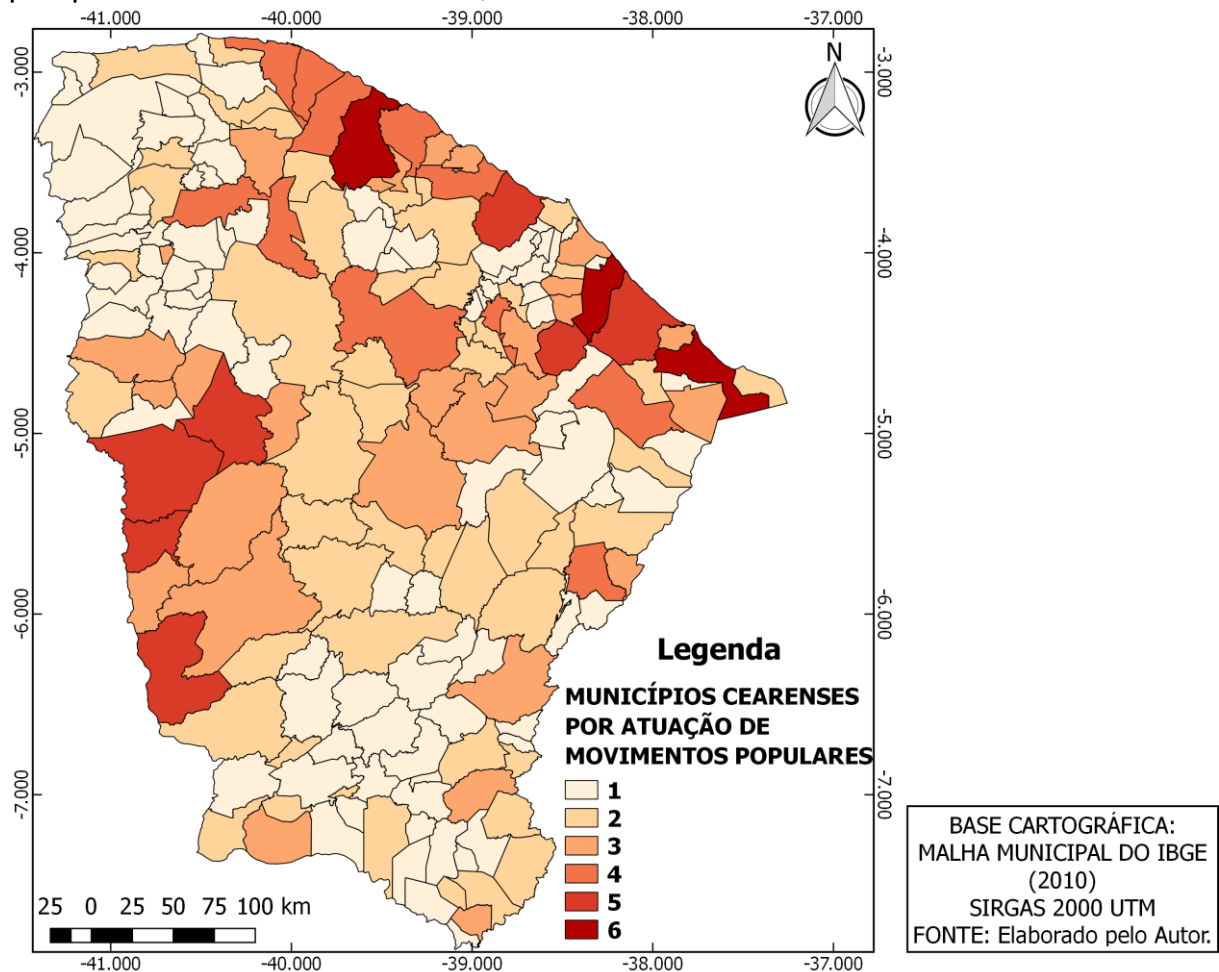
Figura 9: Mapa dos municípios com atuação do Movimento dos Pequenos Agricultores no estado do Ceará, 2018.



Fonte: elaborada pelo autor.

O Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA) é o movimento com menor extensão territorial entre todos os movimentos populares pesquisados, tendo atuação somente em um município no estado do Ceará, o município de Icó, que faz parte da região centro-sul do estado do Ceará, na fronteira com os estados do Rio Grande do Norte e Paraíba.

Figura 10: Mapa dos municípios com atuação de todos os movimentos populares pesquisados no estado do Ceará, 2018.



Fonte: elaborada pelo autor.

No mapa acima podemos constatar que em todos os municípios do estado do Ceará existe pelo menos a presença de um dos movimentos populares pesquisados. As regiões do estado onde tem mais municípios e com maior presença desses movimentos populares são as seguintes: Litoral Leste, Litoral Oeste e a região do Centro-oeste (Sertão dos Inhamuns). Sendo essas as regiões com maior destaque na atuação de vários movimentos populares, onde existem municípios com até seis dos movimentos populares pesquisados atuando. Outra região de destaque é centro do estado (Sertão Central) onde existem vários municípios com atuação de mais de três movimentos populares.

Outras regiões haverá também atuação desses movimentos populares. No entanto, na região sul do estado (Cariri) e Região Noroeste (Serra da Ibiapaba) a maioria dos municípios conta somente com um movimento atuando.

Este mapa mostra a presença simultânea e o potencial que esses movimentos populares têm em muitos municípios em algumas regiões do estado do Ceará, onde podem superar desafios existentes em comum, se articularem para realizar lutas e obterem conquistas na efetivação de políticas públicas.

6.2 A Estratégia Saúde da Família e o acesso aos serviços de saúde das populações do campo e das águas: um cenário de desafios

O SUS tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade. A universalidade é o princípio que permite a todo cidadão a garantia do acesso às ações e serviços de saúde independentemente da cor, raça, ocupação ou outras características.

A ESF é a porta de entrada para atendimento dos serviços de saúde no SUS e na zona rural o posto de saúde é, em muitos casos, o único ponto próximo de acesso ao sistema de saúde ou mesmo o único serviço de saúde existente (TARGA, 2019).

Essa porta de entrada, mediante esse primeiro contato, é que permite o acesso e acessibilidade das populações do campo e das águas ao serviço de saúde. Importante diferenciar conceitualmente acesso e acessibilidade, como referido por Oliveira e Pereira (2013):

Embora acesso e acessibilidade frequentemente sejam utilizados como sinônimos têm significados diferentes, ainda que complementares. A acessibilidade refere-se às características da oferta que possibilitam que as pessoas cheguem aos serviços, enquanto o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. O conceito de acesso traz consigo a ideia de não restringir a entrada nos serviços de saúde, enquanto a acessibilidade diz respeito à oferta de serviços, à capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade pode ser conceituada então como a capacidade do usuário obter cuidados de saúde sempre que necessitar e de maneira fácil e conveniente.

Desse modo, levar em conta o acesso e acessibilidade, é fundamental para entender como a população que vive em territórios que apresentam várias barreiras de deslocamento possam conseguir chegar ao serviço de saúde e como elas percebem o funcionamento do mesmo.

A acessibilidade deve ser considerada com relação aos aspectos geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos. O estudo da acessibilidade é primordial para permitir a identificação dos aspectos que podem se tornar obstáculos, assim como dos que facilitam a busca pelo atendimento à saúde (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Existem vários fatores que determinam a acessibilidade no meio rural, sendo desde aspectos geográficos, como os aspectos organizacionais da ESF, aspectos socioculturais e financeiros. Levando em conta esses elementos citados anteriormente, podemos ter em consideração vários obstáculos para as populações do campo e das águas no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, sendo desafiante em muitas localidades, como podemos verificar a partir do relato abaixo:

“[...] o pessoal do campo tem uma vida bastante difícil, o acesso a saúde é complicado porque não tem atendimento estruturado em todas as comunidades no interior, no caso de urgência é difícil atender as pessoas.” (Liderança local da FETRAECE/ CONTAG).

Assim afirma também a liderança regional do MPA, pois o acesso ao serviço de saúde ainda apresenta dificuldade nas comunidades:

“É um acesso muito dificultoso, [...] não é próximo onde a gente mora [...] existe a dificuldade de acesso até esse local (Posto de Saúde), sem contar que é precário também, às vezes, você chega, não tem o médico, o médico não foi, ou, às vezes, para receber um medicamento não tem, [...] é injusto com a vida das pessoas.” (Liderança regional do MPA).

Para Santos (2016), o acesso a saúde está vinculado ao processo de liberdade de poder fazer uso do SUS, sendo:

[...] 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.

Falar de acesso aos serviços de saúde é falar de justiça social para redução das inequidades em nosso país, pois a população do campos e das águas ainda permanece com dificuldade de acesso a muitas políticas públicas, por isso o acesso aos serviços de saúde é um tema de preocupação em vários setores da sociedade como movimentos populares, gestores, profissionais de saúde e pesquisadores (SILVA et al., 2014).

O acesso ao serviço de saúde é considerado elemento essencial e o primeiro passo para a assistência no SUS, por isso a PNSIPCFA tem descrito no seu primeiro eixo o acesso das populações do campo, da floresta e das águas a atenção à saúde, que perpassa os demais eixos da política, portanto o acesso é o primeiro passo para que as pessoas possam ter contato com o serviço de saúde (BRASIL, 2013).

Ainda assim, existe bastante dificuldade de acesso aos serviços de saúde para as populações do campo e das águas. Entre as barreiras que dificultam o acesso estão as múltiplas dimensões geográficas desses cenários, como é citado abaixo:

“[...] é um pouco difícil em alguns territórios, tem território na serra que não tem unidade básica de saúde, que as pessoas têm que se deslocar para a cidade, muitas vezes dificulta principalmente o quadro invernos, o período que as estradas não estão boas, então, dependendo da urgência e emergência para ter o acesso a unidade básica de saúde em muitos casos é difícil esse acesso, [...]” (Liderança estadual do MST).

Desse modo, é afirmado que nesses territórios a dificuldade de acesso se relaciona a situações encontradas nas barreiras físicas, que correspondem com a precariedade da infraestrutura no campo:

“Uma comunidade não ter estrada, isso também é uma forma de impedir uma comunidade em ter acesso a saúde, porque muitas vezes os carros não podem passar, às vezes os lugares são meio distantes, a pessoa precisa de um atendimento de urgência, então, o carro às vezes não vai buscar[...]” (Liderança Estadual do MPA).

Para as populações das águas o acesso ao serviço de saúde também é difícil, tendo muitas limitações, pois:

“É distante o atendimento, é difícil o acesso, as condições geográficas são dificultadas, são comunidades que não tem nem acesso de carro, estradas não são boas para circulação dos carros [...]” (Liderança regional do CPP).

O acesso à saúde nos territórios do campo e das águas tem grandes desafios a serem superados, como é citado por outro estudo abaixo:

O acesso e a acessibilidade da PCFA às equipes da ESF extrapolam a existência de UBS/ESF no território, estão vinculados às condicionalidades, tais como: a distância das localidades rurais à UBS; as más condições das estradas de acesso no meio rural, muitas sem pavimentação; a presença de barreiras geográfica; a escassez de transporte para a locomoção das equipes de saúde às localidades rurais; a falta de transporte público para a PCFA, que tem de percorrer grandes distâncias a pé; a falta de acesso a meios de comunicação; a falta de ponto de apoio adequado para o atendimento em saúde dos usuários em suas localidades; a recepção desqualificada, com falta de acolhimento ao usuário nas UBS; e a interrupção frequente do cuidado longitudinal, por alta rotatividade de profissionais da saúde, em especial, o médico (PESSOA, ALMEIDA e CARNEIRO, 2018).

Verificamos assim que o SUS tem muitos desafios para alcançar respostas às necessidades de acesso a saúde presentes nas populações do campo e das águas, pois este território apresenta grande complexidade, além de dimensões geográficas variadas.

É percebida a diferença de acesso ao serviço de saúde considerando-se o local de moradia, se as pessoas vivem em zona urbana ou zona rural, pois tem maior

dificuldade de acesso ao serviço de saúde na zona rural, como afirma um dos entrevistados:

“[...] nas cidades é mais fácil (o acesso) por duas questões, porque a informação e a comunicação são mais fáceis de chegar, estão (as pessoas) mais próximos do serviço de saúde, ou seja, todo dia tem profissional no hospital ou na cidade.” (Liderança estadual da FETRAECE/CONTAG).

Para Silva et al. (2014), ao analisar em seu estudo o censo de 2010, constatou que existem indicadores que comparam a saúde da população da zona urbana com a população da zona rural:

Dois indicadores que em relação ao acesso aos às ações e serviços de saúde, ambos com parados com população urbana e população rural- acesso a consultas médicas, odontológicas e cobertura do componente do saneamento básico- apresentam-se com maior desvantagem social na área rural.

A falta de infraestrutura adequada na rede elétrica no meio rural, dificulta também o acesso ao atendimento, pois nem sempre existe uma rede de transmissão de energia que permita uso de determinados equipamentos, como no caso da consulta odontológica:

“[...] tem um aparelho de fazer o tratamento dentário no posto, mas a energia não é adequada para suportar aquilo, então, é mesmo que não ter, não tem a utilização, daí a gente se torna prejudicado[...].” (Liderança local CONAQ).

Mesmo quando a área rural tem cobertura pela ESF, onde a equipe de saúde vai ao território, não significa que a as pessoas terão acesso a atendimentos:

“Quando a equipe de saúde vai até a comunidade, vai a cada determinado tempo, que isso não parece ser suficiente para as necessidades dos territórios, pois “[...] esses atendimentos ocorrem uma vez por mês, mas tem quilombo a cada dois meses, que eles atendem dentro do território, quando deveria atender dentro do território quilombola uma vez por semana, ou a semana toda[...].” (Liderança Regional CERQUICE/ CONAQ).

Em muitas localidades do meio rural a frequência de atendimentos realizada pela ESF conta com intervalo de tempo longo, o que dificulta o acesso para situações imediatas ou que necessitem de cuidados mais próximos. Outro elemento relatado, que se associa com a dificuldade do acesso, é a limitação no número de fichas para consulta:

“[...] hoje em dia dentro do município, quantidade de ficha pela manhã é só 10, a tarde só 8, para uma demanda muito grande da população.” (Liderança Regional CERQUICE/CONAQ).

A forma de organização do serviço dificulta o acesso das pessoas ao atendimento, pois não leva em conta o princípio da universalidade e equidade nesse

caso, pois estas fichas podem ser acessadas apenas por quem chega primeiro na unidade de saúde, como relata uma liderança do MST:

“Você chegar lá (Posto de Saúde), muitas vezes não é atendido, aí fica um posto para várias comunidades, tem que se organizar e tudo precisando chegar muito cedo para poder ser atendido [...]” (Liderança estadual do MST).

Como muitas vezes a equipe de saúde da família tem várias localidades da zona rural para visitar durante o mês, muitas são distantes da comunidade onde fica a Unidade de Saúde, o que muitas vezes leva as pessoas a se locomoverem para a cidade para garantir o acesso como relatado a seguir:

“[...] se a equipe é pra ir uma vez a cada quinze dias, obviamente não resolve tudo, quando a pessoa adoecer não vai passar, 10 ou 15 dias esperando o médico chegar, a pessoa vai buscar resolver.” (Liderança estadual da FETRAECE/ CONTAG).

“[...] quando as pessoas não têm acesso ao médico aqui, elas vão para Beberibe, só que tudo é complicado[...]” (Liderança regional MONAPE).

Em algumas situações não é garantido o transporte para os profissionais se deslocarem até a zona rural:

“[...] de vez em quando a gente sabe que a equipe não foi porque o médico não veio, porque não tinha gasolina ou porque o carro quebrou, então, essas situações, elas são assim constantes[...]” (Liderança estadual da FETRAECE/CONTAG).

Assim, a população pode ficar desassistida naquele dia e ainda mais se for o único dia do mês ou do bimestre destinado a visita de sua localidade.

Em regiões de praia, onde vive a população das águas, o acesso ao serviço de saúde apresenta características particulares, como dunas de areias, rios e o movimento da maré, o que dificulta a chegada até os serviços de saúde,

“Não é muito viável, não é bom, você tem que ter dinheiro, às vezes ambulância não está aqui, aí a pessoa aluga o carro, vai fiado, pra chegar onde tem uma pessoa doente, se for longe tem que vir de bugre, às vezes o carro não vai até lá.” (Liderança local do MONAPE).

Há concordância da percepção anterior com a de outra liderança das populações das águas, ratificando as dificuldades de acesso:

“As condições geográficas são dificultadas, são comunidades que não tem nem acesso de carro, estradas não são boas para circulação dos carros[...]” (Liderança Regional CPP).

Quando se consegue acesso ao serviço primário e há a necessidade de encaminhamento ao serviço secundário ou realização de exames, a população do meio rural enfrenta mais uma barreira de acesso:

“[...] o pessoal tem que ir marcar na secretaria de saúde, as vezes o dia ela tem que ir muito cedo para poder pegar a ficha, então, tem umas limitações e dificuldades para quem mora no campo fica mais difícil. Ter que chegar cedo, às vezes quando chega as filas já estão enormes, então, eu vejo um pouco mais dificuldade para essa questão o acesso, a questão das especialidades.” (Liderança estadual do MPA).

Acesso a medicamentos básicos também é uma das dificuldades encontradas pela população do campo e das águas,

“[...] faltam medicamentos, muito medicamentos, falta muita coisa mesmo para a saúde[...]” (Liderança local do CEQUIRCE/ CONAQ).

As barreiras geográficas se colocam como dificuldades que as pessoas encontram desde o deslocamento ao serviço de saúde mais próximo, assim como o que enfrentam para percorrer os diversos caminhos para chegar aos diversos serviços de saúde, e que muitas vezes acabam tornando-se inacessíveis os cuidados de saúde que são procurados pela população (SANTOS, 2016).

A barreira organizacional é outro elemento encontrado na dificuldade de acesso dessa população ao serviço de saúde e podemos analisá-la a partir de como o SUS e a ESF organiza a oferta de serviços para essa população:

A acessibilidade organizacional abrange as características ligadas ao modo de organização dos serviços de saúde que obstaculizam ou facilitam a capacidade das pessoas na utilização dos mesmos. Inclui aspectos tais como: tempo para obter uma consulta, tipo de agendamento, turnos de funcionamento, tempo para fazer exames laboratoriais, continuidade do tratamento (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Com relação as barreiras de acessibilidade sociocultural e econômica, se referem ao conhecimento de sinais e sintomas, a percepção do risco, vulnerabilidades e de gravidade, o conhecimento sobre oferta dos serviços de saúde, sobre meios complementares de diagnósticos, crenças, hábitos, dificuldades de comunicação com a equipe de saúde, escolaridade da população, emprego, renda e seguridade social (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Ainda que apresentando muitas dificuldades no acesso aos serviços de saúde para as populações do campo e das águas, foram constatadas afirmações de experiências que tem melhorado esse acesso ao serviço de saúde na ESF nos tempos atuais:

“Está sendo (acesso a ESF) bem mais fácil. Era mais difícil, [...] As pessoas estão achando legal, o posto agora tá bonito, o atendimento tá ótimo, a gente trabalha com agendamento, faz todo um agendamento pra medico, enfermeiro, odontologia, estão sentindo assim, não estão precisando horas e horas ou ficar esperando bem cedinho tentar conseguir uma ficha, o nosso posto uma unidade laboratório.” (Liderança regional do MAB).

A expansão da ESF em todo o país permite que na atualidade existam experiências exitosas no acesso aos serviços de saúde na APS, pois em muitos desses territórios desde já a alguns anos foram também implementadas políticas de saúde do SUS que promovem a melhoria e qualidade do acesso ao serviço de saúde, como o PMAQ-AB e o QUALIFICA SUS, que têm como objetivo reorientar o processo de trabalho da equipe de saúde da família e organizar o funcionamento das unidades de saúde, permitindo assim mais acessibilidade da população aos serviços de saúde. Sendo suas diretrizes as seguintes: estimular processos contínuos e progressivos de melhoria de padrões e indicadores de acesso e qualidade, construir parâmetros de comparação entre as equipes de saúde da Atenção Básica, mobilizar, responsabilizar e envolver gestores federais, estaduais e municipais, as equipes de saúde e os usuários num processo de mudança e qualificação da Atenção Básica (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Desse modo, é importante destacar o reconhecimento de que a ESF cumpre um papel fundamental no acesso aos serviços de saúde nos territórios do campo e das águas:

“[...] mesmo com toda a dificuldade, eu vejo que o programa de saúde da família dentro dos territórios é de extrema importância para nós, [...]” (Liderança regional do CEQUIRCE/CONAQ).

A ESF é que está mais próximo dessa população, se mantendo como a porta de entrada ao serviço de saúde, como segue afirmando abaixo:

“[...] a equipe de saúde da família para nós dos territórios, ela é de extrema importância. Primeiro que antes disso era bem mais difícil, que mesmo com toda a dificuldade de acesso, a gente consegue a consulta, mesmo que demore algumas informações, mesmo que fragmentada. [...]” (Liderança regional da CEQUIRCE/CONAQ).

Para Silva (2017), o acesso é elemento central para qualificar a organização do serviço de saúde no território, contribuindo para adoção de formas de atenção à saúde consoantes às necessidades da população, levando em conta suas especificidades, peculiaridades e características locais.

Com a expansão da ESF nos últimos anos, possibilitou-se maior acesso da população do meio rural ao serviço de saúde:

“[...] lembro que há menos de 20 anos atrás, para mim ir no médico com os meus filhos pequenos, o sacrifício era muito grande, era muito distante de tudo, hoje já é diferente, hoje tem mais acesso, mesmo com toda essa dificuldade de ter a estrutura de trabalho e de profissionais [...]” (Liderança Regional da FETRAECE/CONTAG).

A presença de infraestrutura mínima permite que a equipe de saúde da ESF possa trabalhar de forma mais adequada e organizada:

“[...] alguns assentamentos que têm unidades básicas de saúde são mais tranquilos porque fazem um planejamento, os dias de cada de atendimento.” (Liderança Regional do MST).

O profissional que a população do campo e das águas tem mais acesso é o ACS, pois esse geralmente mora na própria comunidade:

“Tem agente de saúde pra sempre, nossa agente de saúde trabalha muito bem, ela já sabe o que tem o pessoal, o cuidado, ela tem até o medicamento que seja para febre, dor de cabeça, [...]” (Liderança estadual do MAB).

O acesso ao serviço de saúde, obedece a uma forma de organização realizada pela ESF, que permite alguns grupos prioritários serem atendidos, como explicado abaixo:

“Acho que acompanhamento das gestantes, desde que a criança nasce já tem o acompanhamento do seu nascimento, posterior desde a pesagem, a vacinação, o acompanhamento aos hipertensos, diabéticos, as visitas acamadas, os acamados principalmente que não conseguem deslocar, não consegue ir a unidade de saúde[...].” (Liderança estadual do MST).

Pode-se destacar a presença dos profissionais da equipe mínima da ESF como, onde é possível ter acesso a esses profissionais como relata liderança do CPP:

“Tem agente de comunitário, tem enfermeiro, tem médico, tem dentista, tem técnico de saúde bucal.” (Liderança estadual do CPP).

Além do atendimento desses profissionais da equipe mínima, que fazem parte da ESF, é possível constatar a existência de acesso no próprio território do campo e das águas a outros profissionais de saúde, apontando para a mudança do modelo de atenção centrado no médico:

“[...] até um certo tempo, o atendimento ficava muito centrado no médico, no enfermeiro e no dentista, recentemente, não tão recentemente, a gente já vê por exemplo, um nutricionista, tem também psicólogo, então, por exemplo, são acessos ficavam centrado muito na cidade, mas já tem algumas agendas que ele vai até o postinho.” (Liderança estadual da FETRAECE/ CONTAG).

A presença do NASF e de ações como o Programa Saúde na Escola possibilita acesso mais fácil a profissionais de saúde na ESF, como é visibilizado por um dos entrevistados:

“O principal na minha região está sendo a odontologia juntamente Programa Saúde nas Escolas e também o NASF que a gente tem. Ela é composta por fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga.” (Liderança regional do MAB).

A presença do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, que é composto por várias categorias profissionais, é um avanço no acesso a outros profissionais de

saúde na ESF, que ao longo de muitos anos não era possível nos territórios das populações do campo e das águas, sendo uma importante mudança do modelo de assistência biomédico.

Muitas vezes quando não se tem acesso ao serviço de saúde no local, é possível garantir o transporte que levam as pessoas até o local onde tenha atendimento:

“[...] a medida do possível a gente tem nos nossos interiores, as ambulâncias que fazem o socorro[...]” (Liderança local do MST).

Em alguns lugares a prefeitura possibilita acesso a transporte público para deslocamento dos pacientes, como afirma a Liderança do MAB:

“A Prefeitura de São Gonçalo disponibiliza transporte, tem a todo instante, é itinerante, é acessível. [...] O cenário que a gente tem de estrutura de carro, de unidade de móvel, aqueles carros que ficam na comunidade, ligam para o motorista que mora na comunidade, e ele vai.” (Liderança local do MAB).

Ademais, existem municípios que ao não oferecer determinados serviços de saúde para sua população, garantem o transporte para o deslocamento das pessoas para que tenham acesso ao serviço de saúde em outros municípios:

“[...] tem comunidades que ficam numa cidade e acaba indo fazer, por exemplo, a fisioterapia em outra, que precisa do carro nas comunidades pequenas. O município/secretaria de saúde, ela tem o carro que leva as pessoas, da sede para outra sede.” (Liderança regional do MST).

Grande destaque apontado para o avanço do acesso a saúde das populações do campo e das águas, foi o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB):

Diante dessa realidade, em 2013 foi implantado o Programa Mais Médicos (PMM), organizado em três eixos pilares: a estratégia de contratação emergencial de médicos; o investimento na infraestrutura da rede de serviços básicos; e a formação médica no Brasil, com a expansão do número de vagas para os cursos de medicina e residência médica em várias regiões do país e a implantação de um novo currículo com formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da atenção básica. (MIRANDA et al., 2017)

O Programa Mais Médicos para o Brasil não trouxe somente o provimento de médicos para a APS, pois promove também a melhoria na infraestrutura nos serviços de saúde e expansão e reorganização do currículo da formação médica em todo o país (MIRANDA, 2017).

Afirma a liderança do MST que com o PMMB, foi possível ter mais acesso a saúde:

“[...] tem posto de saúde mais próximo do campo [...]. Mais Médicos possibilitou ter mais acesso.” (Liderança regional do MST).

Liderança da FETRAECE/CONTAG também afirma a importância do PMMB e seu impacto na saúde pública:

“[...] queria destacar uma das coisas que eu diria mais importante, de impacto enorme na saúde pública, o Programa Mais Médicos, porque ele foi implantado não só para suprir a carência de médicos brasileiros, mas implementar uma ação na atenção básica.” (Liderança estadual da FETRAECE/CONTAG).

O PMMB foi importante para ampliar o acesso nos municípios com populações pequenas:

Com a implantação do PMM, foi possível ampliar o acesso e alcançar uma cobertura de quase 100,0% da população nos municípios de pequeno porte do país, incidindo sobre os problemas de carência de quantidade e distribuição de profissionais médicos no território nacional (MIRANDA et al., 2017).

Para liderança do MST o PMMB permitiu que o atendimento pudesse ser mais próximo da população,

“A gente viu que antes sem a execução desse programa, a gente tinha mais dificuldade, atualmente com esse programa mais médicos, a gente percebe que chegou mais perto do nós esse atendimento, graças esse programa.” (liderança local do MST).

O PMMB contribuiu para que as pessoas não precisassem mais se deslocar até os centros urbanos para acessar o atendimento no serviço de saúde e que foi possível ter acesso com mais tranquilidade na própria comunidade como segue afirmando outra liderança do MST:

“[...] foi com o Mais Médicos, que a gente conseguiu ter acesso na realidade, porque antes do Mais Médicos a gente tinha que ir para cidade, pegar a fila, e muitas vezes não pegava ficha [...]” (Liderança regional do MST).

Um diferencial a mais no PMMB foi a vinda de profissionais de outros países. Estes profissionais foram vistos numa outra perspectiva na relação com a comunidade:

“[...] uma das ações que eu acho que fez um certo avanço, foi o Programa Mais Médicos, na nossa região tem um médico cubano, ele é o cara, um profissional daquele ali precisa ser valorizado sobretudo, eu ando muito no interior e as vezes encontro com ele, ele fazendo visita as pessoas, de forma tão humilde, fico admirada [...]” (Liderança regional da FETRAECE/CONTAG).

Como visto acima a presença de profissionais médicos de Cuba no PMMB possibilitou vivenciar uma forma diferente da relação médico-paciente e do médico com a comunidade.

Mesmo a APS sendo considerada imprescindível para que o sistema de saúde funcione, ainda existem muitos desafios para que possa desempenhar seu papel de

organizadora e coordenadora do cuidado no sistema de saúde. Muitos são os fatores que dificultam e interferem para que não se efetive o que se propõe a APS, entre os estes temos: a ausência de infraestrutura adequada nas unidades de saúde da ESF, a baixa densidade tecnológica nesses serviços, a dificuldade de profissionalização da gestão, a pouca presença de equipes multiprofissionais, relações de trabalho precarizadas, modelo de atenção ainda frágil para dar conta de uma situação com forte prevalência de condições crônicas, oferta de ações fragmentadas e o subfinanciamento para realizar todas as demandas existentes, são os principais entraves para que a APS seja uma realidade no Brasil (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Para que a política de saúde seja efetivada, não depende simplesmente de seguir as diretrizes que saem da estrutura institucional e legal, esta será garantida com o processo de reafirmação incondicional de um sistema público de saúde socialmente superior ao modelo ultraliberal, hospitalocêntrico e biomédico, que apenas com a luta permanente dos movimentos populares pelo direito à saúde pode-se garantir (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Para as populações do campo e das águas no Ceará, ainda existem muitos desafios a serem superados no acesso ao serviço de saúde como melhorias das estradas que dão acesso as localidades onde estão essa população, melhorar a rede elétrica, disponibilizar transporte para situações necessárias, garantir transporte para deslocamento da equipe aos mais diversos lugares desses territórios, mudança de paradigma do modelo biomédico para uma modelo de atenção multiprofissional e organização do processo de trabalho da ESF que permita acesso e acessibilidade.

6.3. Artigo: Estratégia saúde da família rural: uma análise dos movimentos populares do Ceará

Resumo:

Passados mais de 30 anos da conquista do direito constitucional à saúde, este segue não efetivado em diversos cenários, como é o caso das populações do campo, floresta e águas. A partir desta realidade, em 2011, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas. Esse artigo objetiva analisar as práticas da ESF em territórios rurais no Ceará, na visão dos movimentos populares do campo. Estudo qualitativo, descritivo, realizado com cinco movimentos populares, totalizando 15 entrevistados, sendo 3 de cada movimento: uma liderança local, regional e estadual. Os dados foram coletados utilizando-se roteiro de entrevista semiestruturada, analisados pela técnica de análise do discurso. Os movimentos apontam que houve expansão da ESF no campo, com avanços no acesso à saúde, apesar de existirem notáveis limitações na adequação de sua atuação. O Programa Mais Médicos para o Brasil destacou-se como marco relevante. Os movimentos têm o desafio de apropriarem-se da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas, edificando juntamente à ESF ampliação da participação popular em saúde e o reconhecimento dos saberes e práticas de cuidado populares, além de reforçar a defesa do modelo ESF, considerando a determinação social da saúde.

Palavras-chaves: Estratégia de Saúde da Família. Sistema Único de Saúde. Saúde da População Rural. Serviços de Saúde Rural.

Abstract:

30 years after accomplishing the constitutional right to public health, it is still not so effective in many scenarios, such as field, forest and water populations. Thus, in 2011 it was established the National Policy of Integral Health of Field, Forest and Water Populations (PNSIPCFA). This article aims to analyze the ESF's practices in rural areas of Ceará under the grassroots movements' point of view. A qualitative and descriptive study was held in five different grassroots movements and a total of 15 interviewed people. Accordingly, in each movement three leaders were interviewed: the local, regional and state leaders. The data was collected through a semi structured interview script analyzed under the Discourse Analysis techniques. The movements show that there was an expansion of the ESF in the fields with improvements in the access to public health, although some limitations exist. The Mais Médicos Program for Brazil stood out as an important step for it. The movements' challenge is to takeover the PNSIPCFA and, along with the ESF, boost the expansion of popular participation in health; the recognition of ESF's popular care knowledge and practices; and reinforce the defense of ESF's model, considering the social determination of health.

Keywords: Family Health Strategy. Unified Health System. Rural Population's Health. Services of Rural Health

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é público e gratuito no Brasil, desde a Constituição de 1988. O direito à saúde, todavia, persiste como reivindicação e luta permanente pelas populações rurais, denominadas neste artigo de populações do campo (PC). Estas são camponeses, agricultores, populações atingidas por barragens, extrativistas, pescadores, ribeirinhos, quilombolas, dentre outros¹.

As contradições no campo produzidas pelo capitalismo, tais como: concentração da terra e modernização conservadora da agricultura, geraram pobreza e desigualdade, contribuindo para as iniquidades em saúde. Ademais, a falta de políticas públicas no campo, intensificou a necessidade organizativa das PC para reivindicar direitos. Nesse contexto, surgiram e se consolidaram os movimentos populares, como: Movimento Sem Terra (MST), Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA), Coordenação Nacional de Quilombolas (CONAQ), Confederação dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura (CONTAG), Comissão Pastoral da Terra (CPT) e outros¹.

Na concepção desses movimentos, lutar pela terra é lutar por saúde, o que dialoga com o documento final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que afirma a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde².

O SUS adotou a atenção primária a saúde (APS) como ordenadora da rede de atenção a saúde (RAS). A APS realiza serviços de prevenção, promoção, curativos e de reabilitação, dedicando-se aos problemas mais frequentes, com os atributos: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade e coordenação do cuidado³. A sua operacionalização se dá no País primordialmente pela ESF, com foco na família, no território e a partir do contexto social⁴. A ESF é composta por vários profissionais (médico, enfermeiro, auxiliar, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal e auxiliar de saúde bucal)³, com perspectiva de atuação multiprofissional, estabelecimento de vínculo e acolhimento, buscando articular os demais níveis de complexidade⁵.

No SUS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), formulada em 2006 e reformulada em 2017, orienta o sistema de saúde a partir da APS⁶. A PNAB (2017) aponta outras possibilidades para a configuração da APS, que não a ESF, apresentando natureza mais flexível, argumentando a necessidade de atender especificidades locais, promovendo maior liberdade de escolha dos gestores municipais do SUS, contribuindo para fragilizar a

configuração mínima das equipes da ESF, o que possivelmente resultará na redução da força de trabalho, sob a justificativa da necessidade de redução de recursos.

No contexto camponês, a PNSIPCFA, publicada em 2011, elaborada pelo Grupo da Terra, vinculado ao Ministério da Saúde (MS), visa a redução das iniquidades históricas nesse grupo populacional, notadamente resultantes de condições sociais, como: níveis de escolaridade e renda, condições de moradia, acesso à água e saneamento básico, segurança alimentar e nutricional e participação social; objetivando a melhoria das condições de saúde, o acesso aos serviços, redução dos agravos e riscos consequentes do modelo brasileiro de desenvolvimento no campo⁷.

A PNSIPCFA preenche uma lacuna na atenção à saúde, reforçando o princípio da equidade do SUS, com foco na identificação das necessidades específicas desses territórios, considerando os determinantes sociais, ambientais e os aspectos culturais do processo saúde/doença no campo, na floresta e nas águas⁷.

A organização da ESF preconiza um modelo de atenção para além do modelo biomédico, com ações na promoção da saúde de forma integral e contínua, sendo um importante campo de atuação da ESF, a partir do enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença da população, abrangendo a concepção de saúde de forma ampliada⁸.

A PNSIPCFA representa um avanço no SUS, reconhecendo as necessidades de saúde dessas populações em suas especificidades, dando visibilidade às experiências em serviços de saúde em seus territórios¹. Este manuscrito analisa as práticas da Estratégia Saúde da Família (ESF) em territórios rurais no Ceará na visão dos movimentos populares do campo.

Materiais e Método

Estudo de abordagem qualitativa, descritivo-analítico, realizado no Ceará, Nordeste do Brasil. O estado conta com uma população total estimada em 9.705.649 habitantes para 2018⁹. No entanto, não existem dados sobre a população rural estimada para 2018, tendo somente dados referentes ao censo do IBGE 2010, sendo 2.104.065 habitantes na zona rural do Ceará¹⁰.

A pesquisa foi realizada com cinco movimentos populares do campo, componentes do Grupo da Terra nacionalmente, sendo eles: Comissão Pastoral da Terra (CPT), Comissão dos Quilombolas Rurais do Estado do Ceará/Coordenação Nacional das Comunidades Quilombolas (CERQUICE/CONAQ), Federação dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares no Ceará/ Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e

Agricultoras Familiares (FETRAECE/CONTAG), Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA) e Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST).

Foram entrevistadas três pessoas de cada movimento, totalizando 15 entrevistados, obedecendo os seguintes critérios: uma liderança, que atua no âmbito estadual, denominada de dirigente ou coordenador estadual; uma liderança, que atua no âmbito regional, denominada de militante; e um representante local, residente permanentemente em território ou comunidade organizada pelo movimento, denominado liderança local ou base. As indicações para a entrevista foram feitas pela coordenação de cada movimento.

Utilizou-se para a coleta de dados a entrevista semiestruturada. A pesquisa de campo foi realizada de julho a novembro de 2018. As entrevistas foram gravadas, transcritas e processadas para posterior análise. O roteiro da entrevista abordava situações relacionadas ao modo de assistir as populações do campo por parte da ESF. Para a análise adotou-se a técnica de análise do discurso, que auxilia na compreensão de como as pessoas pensam e agem no cotidiano em que estão inseridos.

Os participantes foram convidados para participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), sendo-lhes garantidos todos os direitos versados nas resoluções 466 de dezembro de 2012 e 510 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo parecer nº 636.427, de 14/05/2014, do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília.

Este artigo é resultante da dissertação de mestrado intitulada: Análise das práticas da estratégia saúde da família na visão dos movimentos populares do campo e das águas do Ceará, defendida em abril de 2019.

Resultados e discussão

A ESF e atenção à saúde às populações do campo

Os resultados apontam o modo como a atenção a saúde tem ocorrido no cotidiano das PC. Nos discursos destacam-se algumas unidades de análise, a saber: o que torna singular a atenção a saúde das PC; desafios da atenção à saúde das PC; a competência cultural da Equipe de Saúde da Família (EqSF) e os princípios da APS e da ESF.

A ESF consiste no dispositivo assistencial mais próximo das populações do campo, sendo relevante avaliar como está sendo o cuidado junto a esta população¹¹. A realidade do

modelo de atenção em saúde realizado pela ESF no campo exige a necessidade de visualizar outras dimensões do cuidar, a partir do contexto social de vulnerabilidade desta população¹¹.

A EqSF, ao adentrar nos territórios camponeses precisa visualizar suas necessidades de saúde mediante um processo territorialização com participação popular, a fim de organizar as ações de saúde, como aponta a liderança local da FETRAECE/CONTAG, quando refere que: “*tem que ser feito um grande diagnóstico participativo para buscar dentro das comunidades as suas necessidades, e a partir disso, trabalhar o planejamento de curto, médio e longo prazo*”.

Importante que no processo de trabalho exista aproximação da ESF com a comunidade, para que a primeira possa entender suas particularidades:

Uma das coisas que a gente tenta dialogar com essa equipe (equipe de saúde), é que nós temos as nossas particularidades, nós queremos muitas vezes, que participem de rodas de conversa dentro da comunidade, dentro do quilombo para que eles conheçam um pouco sobre nós, ainda assim, é um fator é ignorado [...] (Liderança local da FETRAECE/CONTAG).

A ESF ainda tem como desafio a inserção comunitária no campo, de modo a se aproximar da comunidade. Fiuza et al.¹² afirmam que a inserção e a abordagem comunitária são fundamentais para reconhecer o território e requer uma articulação de saberes e experiências, em diálogo com a participação comunitária, respeitando suas identidades, culturas e fortalecendo atores sociais, que realizam cuidados no território.

Nesse caso, é fundamental a territorialização, pois dela decorre a análise da situação de saúde, o planejamento e a implantação de ações estratégicas, que garantam resolubilidade ao sistema. A territorialização permite a obtenção e análise das informações sobre as condições de vida no território, possibilitando conhecer o contexto e compreender sua dinâmica social, econômica e cultural de forma mais ampliada, aproximando-se dos sujeitos dos territórios, principalmente se realizada de forma participativa e inclusiva^{13, 14}.

Com a territorialização é possível conhecer melhor as necessidades de organização do processo de trabalho da ESF no campo, pois quando esta não reconhece as particularidades do território, atua de modo a reproduzir o modelo urbano, como é destacado pela liderança regional da CEQUIRCE/CONAQ:

É preciso que tenha esse olhar no campo, as políticas sociais sempre foram pensadas no âmbito urbano, mas nós estamos lá no campo, nós existimos, essa especificidade que é ignorada.

Desse modo, a atenção à saúde nesses territórios requer a necessidade de conhecer, valorizar e considerar as suas especificidades:

Respeitar as particularidades de cada um (dos povos), os ciganos têm uma particularidade, os pescadores têm uma particularidade, todos esses povos do campo, das águas e das florestas tem uma particularidade (Liderança Regional da CEQUIRCE/CONAQ).

Outro aspecto notado na atenção à saúde no campo se refere aos recortes raciais nesses territórios, pois para a população negra que vive nesses locais agrega-se outro fator de invisibilidade por parte das equipes da ESF:

[..] quando se trata das comunidades quilombolas, há um agravante ainda a mais, tem questões da população quilombola, que só atinge a gente, tem doenças que só atingem a população negra, e isso é ignorado (Liderança local da CEQUIRCE/CONAQ).

Destaca-se a relevância de se reconhecer, que nos territórios das comunidades quilombolas, a ESF tem o papel de realizar o recorte racial da população, como citado abaixo:

Nós temos dentro do SUS um programa específico para saúde da população negra, mas esse recorte étnico-racial [...] continua sendo ignorado [...] uma das coisas, que precisa melhorar dentro dos territórios quilombolas, é ter esse olhar para a nossa particularidade, que faça esse recorte étnico racial, senão o nosso povo vai continuar morrendo (Liderança regional da CONAQ).

Salientamos a existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que é uma das políticas de equidade, que busca complementar, aperfeiçoar e viabilizar as práticas de cuidado no cotidiano destas populações, utilizando seus instrumentos de gestão e observando as especificidades do processo saúde-doença da população negra no Brasil¹⁵.

Complementarmente, é preciso avançar para que as EqSF no campo considerem a dimensão territorial e correlacionem ao processo saúde-doença considerando a determinação e os determinantes sociais da saúde presentes:

Muitas vezes não compreendem a realidade onde as pessoas estão inseridas, a forma de trabalho, a atividade que desenvolve, atividade agrícola, pecuária. Acaba que alguma atividade que desenvolve agrícola ou pecuária produz alguma doença, algum agravo da pessoa, muitas vezes a equipe não tem essa aproximação do território e acaba que não identificando isso (Liderança estadual do MST).

O modelo de desenvolvimento econômico existente produz impactos no modo de vidas das comunidades e dos trabalhadores, em contextos rurais e urbanos, gerando agravos à saúde decorrentes das modificações ambientais e da forma de organização do trabalho. A ESF

necessita avançar na percepção da relação do processo de adoecimento com o modelo de desenvolvimento no campo^{13, 16}.

Quando a equipe compreende o modo de vida no qual a comunidade está inserida desde o Sertão, a Praia e a Serra, então, cada realidade dessa, é um modo de vida, são culturas diferentes, são trabalhos diferentes, quando a equipe compreende e está inserida nesses territórios, há uma melhor atenção à saúde (Liderança estadual do MST).

Constatou-se que o modelo de atenção à saúde realizado pela ESF no campo encontra dificuldade em identificar as causas dos adoecimentos, dificultando a realização das ações de prevenção e promoção da saúde. Há um despreparo das EqSF para reconhecer os saberes populares e incorporá-los no planejamento do cuidado em saúde, como também, a baixa realização de atividades educativas, que são essencialmente ações promotoras de saúde, que devem ser realizadas adotando-se, a educação popular em saúde. Fundamentalmente praticar uma ecologia de saberes seria uma possibilidade de avançar na ESF¹⁶.

Não tenho percebido grandes reclamações das populações da zona rural em relação ao serviço de saúde, mas percebo a ausência de campanhas de prevenção sobre diversas doenças, a falta de valorização dos saberes populares, a falta de diálogo com as populações do campo sobre cuidados e doenças específicas de sua realidade, um total desconhecimento do cenário que envolve o uso de agrotóxicos e a conseqüente falta de interesse e de ações na prevenção e combate às doenças causadas pelos agrotóxicos (Liderança estadual da CPT).

Importante visualizar, que a entrevistada percebe e destaca os agrotóxicos como um problema vivido, e, um desconhecimento acerca das conseqüências para a saúde humana, sem mencionar o impacto ambiental. Isto permite indagar sobre a formação das EqSF para abordar temas relacionados ao modelo de desenvolvimento adotado no campo, que tem estimulado, cada vez mais o uso intensivo de agrotóxicos^{17, 18, 19}.

A atenção à saúde realizada pela ESF no campo ainda encontra dificuldade no que se refere a promoção da saúde e prevenção de doenças, centrando suas ações no atendimento individual curativo, reproduzindo o modelo biologicista, como é referido pela liderança regional do MST, ao afirmar que: “em todas as comunidades que conheço até agora, tanto numa como em outra, a equipe vai mais para o cuidado mesmo, vai mais para atender, diagnosticar e passar a receita, encaminhar mesmo para exames”.

Essa forma de realizar atenção à saúde pela ESF, pautada no atendimento individual e focada na doença, também é referenciado por uma liderança do MPA, ao apontar que, os atendimentos “ficam muito centrados nas consultas, às vezes, eles realizam algum evento

dentro do postinho, eu não vejo realizando nas comunidades, fica muito centralizado no postinho". A atenção à saúde praticada pela ESF no campo está distante dos princípios fundamentais do modelo ESF em busca de garantir a atenção integral, com foco nas famílias, organização comunitária e promoção da saúde como dimensões mais fragilizadas no cenário de práticas.

[...] eu vivo numa região fortemente impactada pelos agrotóxicos das empresas do agronegócio e, por vezes, também utilizados pelos agricultores. Não há nenhuma orientação sobre as consequências dos agrotóxicos para a saúde humana por parte dos gestores e profissionais da saúde (Liderança estadual da CONTAG).

Por outro lado, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) conseguem representar diferencial por meio de suas ações nas EqSF no campo, como relata a liderança local da CEQUIRCE/CONAQ, quando diz que *"quem realmente vem para a comunidade são as agentes de saúde, os profissionais como médico, dentista, eles ficam mais na sua base mesmo, no posto"*. O ACS teve desde a sua criação uma atuação no território, já que seu trabalho é centrado na visita domiciliar. Em cenários do campo, em que há comunidades espaçadas geograficamente, o ACS, é um profissional fundamental para a atenção a saúde, sendo uma possibilidade de ser o agente reorientador do modelo ESF na direção da promoção da saúde. Todavia há que se investir na formação dos mesmos. Em especial no Ceará, os ACS só realizaram a qualificação básica, nunca tendo concluído o curso técnico de agente comunitário de saúde.

Um destaque que daria aqui, é a presença de lideranças, agentes da CPT, que são agentes comunitários de saúde, elas tão no lugar do vivido, estão no lugar da identidade socialmente construída, esse agente de saúde advindo da experiência do sindicato, da CPT, da comissão pastoral da terra, tem um outro jeito de fazer que vai de encontro ao papel que é o agente de saúde. (Liderança regional da CPT).

O ACS aproxima-se da identidade do território, não se restringindo as atividades demandadas pelo serviço de saúde, o que faz com que a população o veja como membro da equipe de saúde, mas também, como membro da comunidade, convivendo com a realidade e com as práticas de saúde existentes²⁰.

Como já mencionado anteriormente, há uma desvalorização dos saberes das PC, e adiciona-se, também o não reconhecimento das práticas populares de saúde pela ESF, como afirma a Liderança regional da CEQUIRCE/ CONAQ:

[...] Nós usamos remédios das plantas medicinais dentro do território é uma resistência [...] A grande maioria dos médicos, dos profissionais de saúde, eles ignoram completamente esse nosso saber.

Para Silva²¹, as práticas populares de saúde são saberes que integram a vida das populações do campo, essas práticas estão inseridas no cotidiano das comunidades camponesas, notadamente nos assentamentos, acampamentos, comunidades tradicionais, nos quilombos e reservas extrativistas. Essas práticas populares de cuidado em saúde precisam ser reconhecidas e compreendidas pela EqSF, para que a equipe possa construir alianças terapêuticas e planos de cuidado integral. Negar ou desconhecer práticas existentes, que podem colaborar ou não para a qualidade de vida da população do campo não contribui para a transformação do cuidado em saúde, na direção da promoção da saúde.

[...] a equipe não procura saber se tem esse tipo de cuidado (práticas populares de saúde), que se sabe, e que tão ali, todos os dias, que se cuidam e cuidam do outro. Não procuram saber se no território tem pessoas, que possam fazer isso, que possam promover a saúde, [...] não procuram identificar espaços que cuidam (Liderança regional do MST).

Rückert, Cunha e Modena²² apontam que as práticas populares de saúde são concebidas por meio da apreensão e leitura de mundo pelos povos, de suas heranças culturais, de suas vivências e suas condições de vida, que possibilita a autonomia, de modo a serem sujeitos ativos na promoção de sua saúde e autocuidado. Dessa forma, a ESF em muitos momentos não atua de modo a efetivar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), conseqüentemente não identificando ou reconhecendo as práticas populares de saúde nos seus territórios.

Embora compreendamos que existe hoje a política que contempla essas práticas integrativas, infelizmente não existe ainda o conhecimento de todas as equipes dessas práticas e muitas vezes não são reconhecidas, aí fica só no remédio e só isso não dá conta (Liderança estadual do MST).

Existem diversas expressões de práticas populares de saúde, das quais as populações se utilizam nos momentos de enfrentamento das situações de adoecimento, seja, a partir das plantas medicinais (chás, xaropes, garrafadas, tinturas, elixires, etc), sementes crioulas, rezas, benzimentos, raizeiros, massagistas, auriculoterapia, acupuntura, homeopatia, terapia comunitária, parteiras e outros. Sempre houve o uso dessas práticas populares de saúde no campo²².

Para Pinheiro e Bittar²³ o diálogo é um processo árduo e que exige abertura e capacidade de escuta. Pensar saúde com a população do campo exige diálogo, abertura ao saber do outro, que pode ser diferente ou mesmo contraditório, exigindo do profissional a capacidade de lidar com a aflição de ter seu saber contrariado, e de saber visualizar os saberes populares, a partir da visão dos sujeitos ,que vivem nos territórios, ainda que divergindo do seu olhar.

Outro aspecto relevante na edificação dos serviços e ações de saúde no campo é a dificuldade de permanência dos profissionais de saúde nos territórios. Os entrevistados referem, que há rotatividade de profissionais na ESF, com destaque para o médico, fragilizando o vínculo e a longitudinalidade do cuidado:

O médico é o que mais troca (rotatividade), isso é muito ruim para gente. Primeiro, que para você falar sobre você, você precisa também conhecer um pouco do médico, ter um pouco de vínculo, essa rotatividade quebra, esmaga esses vínculos, que eu penso muitas vezes, não pode criar vínculo, tem sim, que criar vínculo, o profissional médico e o paciente, pode haver vínculos e não vai atrapalhar e não vai tirar dele o profissionalismo (Liderança regional da CONAQ).

Essa rotatividade de profissionais afeta toda a dinâmica assistencial preconizada pela ESF, como podemos constatar na percepção abaixo:

[...] quando acontece essa rotatividade por mais que seja um bom desempenho para o desenvolvimento da atividade deles, quebram um pouco, porque quando acontece a rotatividade, eu acredito que quando se troca de profissional, o paciente em si, o indivíduo em si, deixa de ser bem mais assistido na minha visão (Liderança local do MST).

Um fator agravante da situação é a desigualdade distributiva dos médicos, profissional de maior dificuldade de fixação, reflexo da preferência destes em fixar-se em cidades de maior porte populacional, localizadas em regiões economicamente mais desenvolvidas²⁴.

Permanece, desta forma, como um desafio, o avanço do acesso à saúde para a população do campo, pela reduzida quantidade de profissionais médicos disponíveis para ocupar os postos de trabalho existentes. Em muitos municípios, identifica-se a redução da carga horária de trabalho para os médicos, associada à alta rotatividade das equipes, comprometendo a prestação dos cuidados e a qualidade da assistência na APS²⁵. Outro fator que influencia a rotatividade de profissionais está relacionado com a mudança dos gestores do poder executivo nos municípios, como referido abaixo:

Geralmente há rotatividade no período pós-gestão, pós-mudança de eleição, há uma rotatividade da equipe, daqueles que não são concursados, passa aí modificam geralmente um médico, enfermeira, muitas vezes, o dentista, e aí,

a equipe perde o ritmo que vinha anteriormente, conhecer a realidade, os casos de cada indivíduo, até pegar esse ritmo novamente há uma perda (Liderança estadual do MST).

A precarização da força de trabalho em saúde, em especial na ESF é significativa no Brasil, e o SUS tem sofrido impactos disso, e, principalmente, a população, que muitas vezes fica desassistida, até a recomposição das equipes. Adotou-se o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), em 2013, que possibilitou o avanço no acesso e permanência do profissional médico nesses territórios:

Nos últimos anos, o Mais Médicos possibilitou o tempo maior do médico na comunidade, e que o atendimento se voltasse um pouco mais à realidade da família e da atividade que a família desenvolve, isso foi positivo e ajudou todo mundo aqui no nosso território (Liderança estadual do MST).

O PMMB apresentou-se como estratégia de fortalecimento da APS, tendo como uma de suas iniciativas levar profissionais médicos para regiões onde havia a escassez desses, preconizando investimentos na construção, reforma e ampliação das unidades básicas de saúde e instituindo mecanismos de qualificação da formação médica²⁶.

O PMMB possibilitou, dentre outras coisas, a fixação de profissionais médicos em muitas regiões vulneráveis, que antes enfrentavam dificuldade na consecução de tal objetivo, incluindo numerosas regiões de vivência das populações camponesas²⁶. Diante das dificuldades de acesso às ações e serviços de saúde na APS no campo, o PMMB se apresentou como possibilidade: melhorar a cobertura da ESF, ampliando o acesso e alcançando uma cobertura de quase 100,0% da população nos municípios de pequeno porte, incidindo sobre os problemas de carência de quantidade e distribuição de médicos no território nacional²⁶.

O PMMB trouxe mudanças nas ações da ESF com a vinda de profissionais estrangeiros, principalmente cubanos, que realizam uma prática médica mais voltada para a promoção e prevenção, se distanciando do modelo hospitalocêntrico, com atenção mais integral e valorizando os aspectos culturais da população^{27, 28}.

[...] quando chegou o Programa Mais Médicos, a grande maioria dos profissionais, eles eram médicos formados em Cuba. Eles foram formados dentro dessa lógica de cuidar bem das pessoas, desse cuidado de uma saúde mais humanizada e utilizando práticas integrativas (Liderança estadual da FETRAECE/CONTAG).

O PMMB, ao fixar profissionais médicos nas EqSF, ampliou a atenção à saúde em regiões carentes desses profissionais e contribuiu para à expansão da ESF, fortalecendo e expandindo a capacidade de assistência, na perspectiva da adoção de um modelo de atenção

voltado às necessidades em saúde. Ademais, agregou novas práticas de cuidado, trouxe novos compartilhamentos, fortaleceu a integração das equipes, apoiando a organização dos serviços e contribuindo para o fortalecimento da APS²⁹. O provimento de médicos no PMMB elevou o número de médicos na ESF, com melhor assistência, oferecendo alívio ao problema da escassez de médico de forma emergencial^{30,31}.

Os movimentos populares apontaram sugestões para a organização do processo de trabalho das EqSF do campo, conforme os relatos a seguir:

Fazer um levantamento das situações específicas que impactam sobre a saúde dos povos do campo, da floresta e das águas. Depois, uma discussão ampla, envolvendo as comunidades, os profissionais da saúde, os gestores, sobre as políticas públicas de saúde e sua contextualização. Em seguida, adequar os serviços de saúde às necessidades reais destes povos. E, por fim, criar um espaço de permanente de planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde para o campo. A partir de então, garantir o orçamento necessário para a execução das políticas públicas (Liderança Nacional da CPT).

É preciso que a ESF tenha esse olhar sobre a dimensão comunitária e a saúde coletiva nos territórios, é preciso ter também profissionais que acredite na concepção comunitária, que acredite nessa concepção alternativa de saúde, como uma saúde do futuro (Liderança regional da CPT).

Outra sugestão apontada para melhorar as ações de trabalho da ESF no campo foi a realização de processo formativo permanente para os profissionais, que atuam nas EqSF:

[...] qualificar os profissionais na área de saúde, às vezes não recebe nenhum tipo de qualificação, formação continuada e integrar a questão do sistema público de saúde com a realidade local com o ponto de vista social, das práticas complementares, eu avalio que seja essas três coisas ajudaria muito a melhorar a situação das populações do campo, da floresta e das águas (Liderança Nacional da CONTAG).

A percepção dos movimentos populares do campo no Ceará, acerca das práticas da ESF precisa ser compreendida no contexto estadual. O Estado foi pioneiro na implantação dos ACS (1986) e da ESF (1991), com um histórico de incentivo e apoio a APS. Todavia, a ampliação do acesso aos serviços na lógica da promoção da saúde, persiste com um grande desafio. Destaca-se, fundamentalmente, a necessidade das EqSF conhecerem o território, as características da população, o modo de vida, a cultura e; ter a sensibilidade de perceber como os impactos das transformações decorrentes do modelo de desenvolvimento no campo incide no processo saúde-doença das populações desses territórios, como uma dimensão para o planejamento de práticas de saúde coerentes com a realidade camponesa.

Considerações finais

As práticas de saúde na ESF no campo no Ceará, ainda não atendem as necessidades e problemas de saúde do território, primordialmente por desconsiderar: o modo de vida, o modelo de desenvolvimento, a participação comunitária, os saberes populares e as práticas populares de saúde já existentes. Esses aspectos corroboram para a preservação e reprodução do modelo biomédico e distanciamento do modelo orientado pela promoção da saúde.

Apesar disso, houve expansão da ESF, garantindo acesso e assistência à saúde nas comunidades camponesas, mesmo com limitações do modelo assistencial. Há dificuldades de fixação dos profissionais nesses territórios, principalmente do médico. A rotatividade dos profissionais, também, associa-se a precarização do trabalho das EqSF. A rotatividade dificulta a constituição de vínculo, inserção territorial, longitudinalidade do cuidado, o que compromete o cuidado integral. Destacou-se o PMMB na melhoria destes atributos na ESF no campo. O único profissional com notável inserção comunitária citado foi o ACS, que está presente nos territórios, dialogando com o modo de vida das PC.

A visão dos movimentos populares do campo, na perspectiva da garantia do direito à saúde, considerando a implementação da PNSICFA, reforça que a atuação da ESF no campo deva: realizar territorialização participativa para reconhecimento dos modos de vida, do modelo de desenvolvimento, bem como das fortalezas e das ameaças à saúde da população em seus territórios; incorporar ações das práticas populares de cuidado existentes no território; valorizar os cuidadores (as), potencializando o empoderamento popular mediante a educação popular em saúde; adotar estratégias de contínua formação dos profissionais de saúde, afim de facilitar a compreensão da diversidade social, étnica, política e cultural desses territórios; e, também maior abordagem na formação profissional das políticas de equidade no SUS, em especial a PNSICFA, a PNSIPN, PNPIC, PNEPS-SUS, pois são fundamentais para realização do processo de trabalho nesses territórios; reforçar a relevância do PMMB para provimento de médicos para campo; e a necessidade de fortalecer a ESF como modelo assistencial primordial no campo, pois mesmo com os limites, garante o acesso ao serviço de saúde; investir no ACS como protagonista para atuação comunitária e com foco na família; implantar mecanismos de participação popular, que possibilite a escuta qualificada da comunidade, construindo visibilidade coletiva e participativa das demandas de saúde.

Ademais, os movimentos populares do campo precisam se apropriar da PNSICFA, a fim de reivindicar sua implementação, como meio para efetivação do direito à saúde, e fortalecer a participação popular nos seus territórios. A ESF necessita ampliar sua visão de

saúde e cuidado, considerando a construção histórica dos movimentos populares do campo na luta contra todas as formas de opressão, promovendo em conjunto a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Referências

1. Carneiro FF, Pessoa VM, Teixeira ACA. Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde. Brasília: Unb; 2017. (1)
2. Pettres AA, Ros MA. A Determinação Social da Saúde e a Promoção da Saúde. Arq. Catarin Med. 2018; 47(3):183-196. (2)
3. Takeda SA. Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. (3)
4. Pereira IC, Oliveira MAC. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. Rev Bras Enferm. 2013; 66(esp):158-64. (4)
5. Santos FPA, Acioli S, Machado JC, et al. Práticas de Cuidado da Equipe da Estratégia Saúde da Família. Rev enferm UFPE. 2018; 12(1): 36-43. (5)
6. Sampaio LFR, Mendonça CS, Turci MA. Atenção Primária à saúde no Brasil. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 52-69. (6)
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Diário Oficial da União. 27 Jul 2013. (7)
8. Sasaki AK, Ribeiro MPDS. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(28):155-63.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2015. [internet]. [Brasília]: IBGE; [Acesso em 2018 dez]. Disponível em: biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf. (8)
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 – Características Gerais da População. Resultados da Amostra. [internet]. [Brasília]: IBGE; [Acesso em 2018 dez]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default_populacao.shtm.
11. Targa LV. Área rural. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 431-442. (9)

12. Fiuzza TM, Ribeiro MTAM, Esteche FF, et al. Abordagem comunitária: inserção comunitária. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 159-166. (10)
13. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro F, et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2013; 18(8): 2253-62. (11)
14. Borges C, Taveira VR. Territorialização. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 241-247. (12)
15. Faustino DM. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. Ciênc. saúde coletiva. 2017; 22(12): 3831-3840. (13)
16. Pessoa VM. Ecologia de saberes na tessitura de um pensamento em saúde no sertão: do conhecimento regulação às práticas emancipatórias na estratégia saúde da família [Tese]. [Fortaleza]: Universidade Federal do Ceará; 2015. 314 p. (14)
17. Carneiro FF, et al. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. São Paulo: Expressão Popular; 2015.
18. Rigotto RM, et al. O verde da economia no campo: desafios à pesquisa e às políticas públicas para a promoção da saúde no avanço da modernização agrícola. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(6): 1533-1542.
19. Pessoa VM, Rigotto RM. Agronegócio: geração de desigualdades sociais, impactos no modo de vida e novas necessidades de saúde nos trabalhadores rurais. Rev. bras. Saúde ocup. 2012; 37(125): 65-77.
20. Fraga OS. Agente comunitário de saúde: elo entre a comunidade e a equipe da esf? [Monografia]. [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011. 25 p. (15)
21. Silva FCCM, Gonçalves JWS, Santorum JA, et al. Saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2014. p. 13-26. (16)
22. Rückert B, Cunha DM, Modena CM. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. Rev Interface comunicação, saúde e educação. 2018; 22(66): 903-14. (17)
23. Pinheiro BC, Bittar CML. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. Cinergis, Santa Cruz do Sul. 2016; 18(1): 77-82. (18)
24. Stralen ACSV, Massote AW, Carvalho CL, et al. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. Temas Livres. Physis. 2017; 27(1): 12-27. (19)
25. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, et al. A Ampliação das Equipes de Saúde da Família e o Programa Mais Médicos nos Municípios Brasileiros. Trab. Educ. Saúde. 2017; 15(1): 131-145. (20)

26. Silva FCCM, et al. Contribuições do Programa Mais Médicos e da Estratégia de Saúde da Família no acesso à saúde das populações do campo, da floresta e das águas. In: Carneiro FF, Pessoa VM, Teixeira ACA. Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2017. p. 132-43. (21)
27. Rios DRS, Teixeira C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. Saúde Soc. 2018; 27(3): 794-808.
28. Martins ACP, et al. Programa mais médicos: uma revisão integrativa. Rev Bras Promoç Saúde. 2017; 30(4): 1-14.
29. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(9): 2785-96. (22)
30. Girardi SB, Stralen ACS, Cella JN, et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(9): 2675-84. (23)
31. Lima MC, Teixeira ACA, Barros E, et al. O fazer rural. In: Gusso G, Lopes JMC. (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 77-84. (24)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O território do campo e das águas no Nordeste e no Brasil, são marcados na sua história pelo latifúndio e pela luta ao direito à terra e o acesso a água, mantendo a presença de um modelo de desenvolvimento agroexportador, devastador da natureza, que modifica e destrói o ambiente, que ameaça a vida, promovendo a insegurança alimentar e o adoecimento, mediante frequentes conflitos socioambientais. Ao mesmo tempo tem-se a resistência permanente de seus povos na defesa de seus territórios, da vida e da biodiversidade.

Trata-se de um cenário historicamente marcado pela ausência de políticas públicas, entre elas a política pública de saúde. No entanto, próximos ao marco de trinta anos de existência do SUS e por meio deste, foi possível alcançar e avançar no acesso a saúde das populações do campo e das águas, e na construção de uma política específica para esta população, a partir das necessidades dos movimentos populares desses territórios, a PNSIPCFA.

O modelo de atenção à saúde no Brasil deve ser pautado na APS, operacionalizada pela ESF. O território do campo e das águas são lugares de construção e reprodução de saberes, assim como também de adoecimento, muitas vezes pouco compreendido, sem valorização da relação dos processos causais, associados ao modelo de desenvolvimento capitalista vigente.

No Ceará o início da luta dos movimentos populares pesquisados se deu no início da década de 1960, se ampliando após a reabertura democrática do país, durante a década de 1980. A população organizada por esses movimentos é de 427.520 pessoas, estando estes presentes em todos os municípios do Ceará e, em alguns municípios, chegando a contar com até seis movimentos atuantes, o que gera possibilidades para um potencial de força e organização popular principalmente nas regiões do Litoral Leste, Litoral Oeste, Sertão do Inhamus e Sertão Central do estado do Ceará.

São movimentos que organizam populações heterogênea, contando com pescadores, assentados, acampados, marisqueiras, comunidades tradicionais, quilombolas, trabalhadores assalariados, pequenos agricultores e atingidos por barragens, que tem no seu modo de vida em comum a relação com a terra e com a água. Importante destacar, que quase todos os movimentos populares do campo e das águas pesquisados, tem em seus territórios a presença de populações

quilombolas. Isso nos faz refletir que é necessário conhecer a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. As mulheres têm participação ativa nesses movimentos populares. Existem iniciativas de participação desses movimentos nos espaços institucionais como é o caso dos conselhos de saúde, e dois dos movimentos pesquisados já contam com seu coletivo de saúde organizados.

A efetivação do acesso ao serviço de saúde para as populações do campo e das águas ainda constitui um grandioso desafio, pois ainda existem barreiras que dificultam o acesso e a acessibilidade. Temos as barreiras geográficas, como grandes distancias dos serviços de saúde, estradas não pavimentadas ou em más condições e ausência de transporte coletivo adequado. As barreiras organizacionais, como a dificuldade de organizar o processo de trabalho atendendo as necessidades dos territórios com localidades dispersas, com intervalo até bimestral de atendimento em determinados territórios, comprometendo o acesso a urgência e emergência e a longitudinalidade do cuidado, assim como a ausência de condições físicas adequadas para realizar os atendimentos. Com relação a barreira de financiamento, muitas equipes têm dificuldade com o transporte adequado para deslocamento até determinadas localidades, a falta de infraestrutura, como energia elétrica para funcionamento do serviço de odontologia, população com poucos recursos financeiros para acessar outros serviços da rede de saúde, falta de acesso aos medicamentos e exames complementares. As barreiras socioculturais se apresentam diante da baixa escolaridade existente nesses territórios, baixa compreensão do funcionamento do sistema de saúde, das diferenças de percepções de vulnerabilidades, adoecimentos e cuidados entre a equipe de saúde e a população.

Apesar das dificuldades, houve expansão da ESF no campo nos últimos anos e junto a isso o PMMB constituiu uma estratégia importante no acesso a saúde, mediante o provimento de médicos nesses territórios, diminuindo a escassez e rotatividade antes existente. A vinda de médicos de Cuba por meio do PMMB demonstrou um novo paradigma no modo de atuar do profissional médico, com maior vínculo à população. Com o PMMMB avançou-se em infraestrutura, com a construção e reforma de Unidades de Saúde nesses territórios. Viu-se a presença de outros profissionais de saúde realizando assistência nesses territórios, mediante o NASF. Em muitos municípios a prefeitura consegue fornecer transporte para pacientes que necessitam de tratamento na zona urbana ou até mesmo em outra cidade, se necessário.

Com relação as práticas de saúde realizadas pela ESF no campo, a atuação é mais direcionada ao atendimento às doenças. Ainda que essas práticas de saúde sejam consideradas importantes, não contemplam ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, não visualizam as origens dos principais problemas de saúde coletiva, são mais direcionadas para o estilo de vida individual e não apontam para o modo de vida coletivo.

O modo de atuar da ESF nos territórios do campo reproduz o modelo urbano, não dialogando com a realidade específica desses territórios. A valorização dos saberes e das práticas tradicionais e populares de saúde ainda é algo distante, pois a ESF pouco a valoriza, sendo que essas práticas populares de saúde, fortalecem o cuidado, a autonomia e o empoderamento das pessoas e da coletividade. A incorporação desses saberes tradicionais e populares nas práticas de cuidados fomenta a valorização dos cuidadores e cuidadoras existentes, potencializa a participação popular nas ações de saúde e fortalece a educação popular em saúde.

Na atuação dos profissionais de saúde com vínculo no território, tem destaque o ACS que é da comunidade, portanto com inserção na realidade do território. No entanto, fica uma questão para posterior aprofundamento, se a forma de atuar do ACS tem um diferencial, sendo voltada para promoção da saúde e prevenção de agravos ou se segue o modelo biomédico centrado na doença, que é feito pela ESF em geral.

A implementação da PNSIPCFSA é um grande desafio para garantia do direito à saúde dessa população. Os movimentos populares têm o desafio de se apropriarem dessa política com processos formativos que produzam conhecimento e a organização de coletivos de saúde que possam se articular nos territórios e lutar em conjunto para implementar essa política de equidade no SUS nos territórios do campo e das águas no Ceará. Sensibilizar gestores de saúde nas três esferas de poder (municipal, estadual e federal) é necessário, afim de apontar elementos que subsidiem para realização de processos formativos durante a graduação, pós-graduação e processos de educação permanente que levem em conta estas especificidades, voltadas para a ESF desses territórios, com interiorização do ensino das instituições de educação, formando profissionais cada vez mais próximos da realidade camponesa.

É fundamental que a ESF compreenda a importância de se realizar o processo de territorialização de forma participativa, para conhecerem o modo de vida, as formas de produção e o modelo de desenvolvimento que se apresenta nesses territórios, para

salientar as fortalezas e as ameaças à saúde da população de sua responsabilidade sanitária. Aponta-se que para mudança do modelo de atenção da ESF, esta deve considerar os problemas do território, levando em conta a determinação social da saúde. A ESF deve ampliar sua visão de saúde e de cuidado, considerando toda a construção histórica e coletiva dos movimentos populares do campo na luta contra todas as formas de opressão e dominação, para que assim possa promover junto a eles, e não somente para eles, o acesso a saúde de qualidade, assim como a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Portanto, os movimentos populares do campo e das águas, têm uma grande tarefa e desafio, o de aprofundar o estudo das políticas de equidade no SUS, de organizar seus coletivos de saúde, de ocuparem os espaços de participação popular e de se articularem para catalisarem um processo de luta em defesa de seus territórios, denunciando e dando visibilidade aos processos que produzem as vulnerabilidades e adoecimentos, colocando em pauta nas esferas institucionais a necessidade de se implantar o plano operativo para a implantação da PNSIPCFA e permanecerem firmes e esperançosos na luta pelo projeto democrático-popular para o Brasil.

REFERÊNCIAS

- ALESSI, N. P.; NAVARRO, V. L. Health and work in rural areas: sugar cane plantation workers in Ribeirão Preto. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 2, p. 111-121, 1997.
- AQUINO, R. et al. Estratégia saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.
- ARAÚJO, I. M. M.; NASCIMENTO, D. F. Movimentos populares em saúde e a reforma sanitária brasileira: saúde e subversão na Paraíba nos anos 70 e 80. **Tempus, actas de saúde colet**, v. 8. n. 2, p. 11-25, 2014.
- BACKES, M. T. S.; ROSA, L. M.; FERNANDES, G. C. M.; Sandra Greice BECKER. S. G.; MEIRELLES, B. H. S.; SANTOS, S. M. A. **Conceitos de Saúde e Doença ao Longo da História Sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar;
- BATISTA, M. F. S.; ALBUQUERQUE, P. C. A produção da saúde e a população do campo: uma experiência no assentamento de reforma agrária em Pernambuco – Brasil. **Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 173-94, 2014.
- BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **Hum Growth Dev**, v. 26, n. 1, p. 11-16, 2016.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 1, 68-80, 2005.
- BRINGEL, B.; VARELLA, R. V. S. A pesquisa militante na América Latina hoje: reflexões sobre as desigualdades e as possibilidades de produção de conhecimentos. **Revista Digital De Direito Administrativo**, v. 3, n. 3, p. 474-489, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde**. Brasília: 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. [acesso em 2018 set. 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa. Departamento de apoio à gestão participativa. **Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta**. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento de Programas. **Programa Mais Médicos**. Brasília, DF: 2016. Disponível em: <https://maismedicos.saude.gov.br>. Acesso em: 28 set.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 28, de 27 de julho de 2017**. Aprova a adoção da sistemática de biometriano âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 23 Out 2013.

BREILH, J. Determinantes Sociais da Saúde: Entrevista com Jaime Breilh. (1 de novembro, 2011). Rio de Janeiro: Plataforma do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Entrevista concedida a Cátia Guimarães e Raquel Junia. 2011.

BREILH, J. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CANUTO, A.; LUZ, R.S.; LAZZARIN, F. (Org.) **Conflito no Campo – Brasil 2013**. Goiânia: CPT Nacional – Brasil, 2013.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

CARNEIRO, F. F.; PESSOA, V. M.; ARRUDA, C. A. M.; FOLGADO, C. A. R.; SOARES, R. A. S.; KIRSCH, R.; TYGEL, A. F.; CARVALHO, P. D. Teias de um Observatório para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas no Brasil. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 275-293, 2014

CARNEIRO F. F.; PESSOA, V. M.; TEIXEIRA, A. C. A. **Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde**. 1. Ed. Brasília: Unb, 2017.

CARNEIRO F.F.; RIGOTTO R.M.; AUGUSTO L.G.S.; et al. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; São Paulo: Expressão Popular; 2015.

CASTILLERO, I. T. A. **Análise de Situação de Saúde do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ e os desafios ao modelo de atenção à saúde do campo**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

COSTA, E. M. A. **Saúde da Família**. In COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família-uma abordagem multidisciplinar**. - 2.ed.-Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

CRUZ, P. J. S. C.; BRUTSCHER, V. J. Participação popular e atenção primária à saúde no Brasil: fundamentos, desafios e caminhos de construção. IN: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Brasília: Editora Fiocruz, 2018.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

DIAS, A. P. **Tecnologias Sociais em Saneamento e Educação para o Enfrentamento da Transmissão das Parasitoses Intestinais no Assentamento 25 de Maio, Ceará**. 2017. Tese (Doutorado em Medicina Tropical - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017).

DUNCAN. B. B. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Art Med, 2013.

ELIAS P.E. **Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo**. São Paulo *perspect* vol.18 no.3 São Paulo July/Sept. 2004

GOHN, M. G. **Movimentos e lutas sociais na história do Brasil**. São Paulo: Loyola, 1995.

GONDIM, S. M. G.; FISCHER, T. Discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. **Cadernos Gestão Social**, v.2, n.1, p.09-26, 2009.

HARZHEIM, E.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família. In DUNCAN. B. B. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Art Med, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*. Brasília, 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>>. Acesso em: jan. 2019.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA, M. M. A.; ROCHA, D.; CASTRO, A. M.; REIS, A. A. C.; AKERMAN. M. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 21(6):1683-1694, 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MIRANDA, G. M. D. et al. A Ampliação das Equipes de Saúde da Família e o Programa Mais Médicos nos Municípios Brasileiros. **Trab. Educ. Saúde**, v. 15 n. 1, p. 131-145, 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 1-4, 2018.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm**, v. 66, n. 12, p. 158-64, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud. Disponível em: Acesso em 15. Nov. 2016.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. **Rev. Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 302-314, 2018.

PESSOA, V. M. **Ecologia de saberes na tessitura de um pensamento em saúde no sertão: do conhecimento regulação às práticas emancipatórias na estratégia saúde da família**. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

PESSOA, V. M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013.

PESSOA, V. M.; RIGOTTO, R. M. Agronegócio: geração de desigualdades sociais, impactos no modo de vida e novas necessidades de saúde nos trabalhadores rurais. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 37, n. 125, p. 65-77, 2012.

PESSOA, V. M. **Tecendo atenção integral em saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde em Quixeré – Ceará**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

PIANA, J. D. S. P.; CAVALLI, L. O. Participação popular na atenção primária à saúde. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (Org.). **Tratado de Medicina da Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2019. 2388 p.

PINHEIRO, B. C. et al. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. **Cinergis, Santa Cruz do Sul**, v. 18, n. 1, p. 77-82, 2009.

RIBEIRO, M. T. A. M. et al. Abordagem comunitária e suas ferramentas para a organização do trabalho na Estratégia Saúde da Família. In: AUGUSTO, D. K.; UMPIERRE, R. N. (Org.). **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015.

SANTOS T. V. C.; PENNA C. M. M. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. **Text Context Nursing**, v. 22, n. 1, p. 149-56, 2016.

SCHERER-WARREN, I. Das Mobilizações às Redes de Movimentos Sociais. **Sociedade e Estado**, v. 21, n. 1, p. 109-130, 2006.

SILVA, F. C. C. M, ET AL. **Promoção da equidade no SUS: saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas**. 1. Ed. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2014.

SILVA, F. C. M.; ET AL. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas e o Ambiente**. In BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Saúde e Ambiente para as Populações do Campo da Floresta e das Águas**. Brasília, 2015.

SILVA, J. F. S. **Acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e serviços no sistema único de saúde**. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

SOARES, C. B. Os desafios da epidemiologia crítica e as respostas do capitalismo às duas dificuldades de reprodução: o caso da esfera cibernética. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 990-4, 2015.

TARGA L. V. ÁREA RURAL. IN: GUSSO G.; LOPES J. M. C (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TEIXEIRA, F. T.; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **ANÁLISE DA SAÚDE E DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS NA PERSPECTIVA DOS MOVIMENTOS POPULARES NO CEARÁ**, que tem como objetivo geral analisar as práticas de saúde existentes no campo, na floresta e nas águas em diálogo com a Estratégia Saúde da Família na percepção dos movimentos populares no Ceará.

Nesta pesquisa realizaremos uma entrevista individual, com perguntas relacionadas a saúde das populações do campo, da floresta e das águas, que será gravada para transcrever e compor os resultados da pesquisa, com as demais entrevistas. Também solicitamos preencher uma ficha de caracterização do entrevistado, para realizar um perfil geral dos participantes do estudo.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para quem participar. Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, sendo somente conhecida pelos pesquisadores responsáveis pela pesquisa. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) poderá a qualquer momento solicitar sua exclusão do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa. Os resultados serão veiculados por meio de artigos científicos e/ou revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre preservando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando não acharem mais conveniente.

Esta pesquisa está vinculada ao ao projeto de pesquisa qualitativa multicêntrica intitulado **PESQUISA AVALIATIVA DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL PARA AS POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA (PNSIPCF) EM DISTINTOS CENÁRIOS DO BRASIL**. Essa pesquisa tem por objetivo “Avaliar a implantação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) em distintos cenários do Brasil” com parecer aprovado pelo comitê de ética: 636.427 de 14/05/2014 da Universidade de Brasília.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para arquivo do pesquisador. Eu,

_____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa (entrevista), aceito, de forma livre e esclarecida, participar da pesquisa.

_____, _____ de _____ de 201__.

Leandro Araújo da Costa – Pesquisador - leoemcuba@gmail.com / (85) 996518403

Vanira Matos Pessoa - Orientadora - vanira.pessoa@fiocruz.br

vanira.pessoa@fiocruz.br (85) 3265-1832

APÊNDICE B - Caracterização do entrevistado**1-Identificação:**

1.1-Nome completo:_____

1.2- Iniciais do nome:_____

1.3-Idade:_____

1.4 - Renda familiar em salários mínimos:_____

1.5 - Escolaridade: _____

2. Qual(is) o/os movimento(s) você participa atualmente?

3- Qual o seu tempo de atuação nos movimentos populares? _____

4-Desde quando a sua organização tem atuação no Ceará?

5- Cite a região e os municípios onde tem atuação do movimento que você participa_____

6- Com quais populações vocês realizam suas atividades e ações nos territórios?

Marque com um X em todas que realizar as atividades.

- () Trabalhadores Rurais Acampados
- () Trabalhadores Rurais Assentados
- () Trabalhadores Rurais Assalariados
- () Trabalhadores Rurais Temporários
- () Populações Atingidas por Barragens
- () Trabalhadores Rurais do Agronegócio
- () Agricultores Familiares
- () Quilombolas
- () Pescadores
- () Marisqueiras
- () Comunidades Tradicionais
- () Comunidades Ribeirinhas

7- Qual a população estimada nos territórios de atuação de sua organização?

8-Existe Equipe/Coletivo/ Setor de saúde no movimento que você atua?

9- A organização que você participa tem inserção nos conselhos locais/municipais/ estaduais de saúde? _____

APÊNDICE C - Roteiro da Entrevista

1. Me fale como você ver a vida, o modo de viver e a saúde das pessoas do campo, da floresta e das águas?
2. Me fale das práticas de saúde destas populações...
3. Descreva como é o acesso à saúde nos territórios em que vocês estão atuando?
4. Comente como você ver a atuação e as ações realizadas pela ESF no território onde estão os movimentos de vocês?
5. Como vocês percebem a promoção de saúde nesses territórios?
6. Que ações da ESF são realizadas no território que você destacaria?
7. Existem práticas de saúde realizadas no território além das feitas pela equipe de saúde da ESF?
8. Como as ações de saúde realizadas pela ESF consideram e ou valorizam as práticas populares de saúde do território?
9. Em relação a ESF vocês poderiam comentar os seguintes pontos:
 - ✓ Quem são os profissionais que compõem as equipes da ESF nos territórios de vocês?
 - ✓ Quais destes profissionais são residentes/moradores dos territórios?
 - ✓ Existem muitas mudanças de profissionais nas equipes de ESF no território? Isso tem alguma implicação no processo do cuidado das pessoas?
10. Como a comunidade participa na organização do cuidado à saúde no território, do ponto de vista institucional e não institucional?
11. O que você acredita que precisa ser feito para melhorar a saúde das populações do campo, da floresta e das águas?
12. Você gostaria de destacar algumas ações de saúde que o seu movimento