



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Ivi Tavares Abrahão Castillero

Análise de Situação de Saúde do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ e os desafios ao modelo de atenção à saúde do campo

Rio de Janeiro

2016

Ivi Tavares Abrahão Castillero

Análise de Situação de Saúde do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ e os desafios ao modelo de atenção à saúde do campo

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

Orientador: Prof. Dr. Ary Carvalho de Miranda.
Coorientadores: Prof. Dr. Guilherme Franco Netto e Prof. Dr. Maurício Monken

Rio de Janeiro

2016

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

C352a Castillero, Ivi Tavares Abrahão.

Análise de Situação de Saúde do assentamento Zumbi dos
Palmares - RJ e os desafios ao modelo de atenção à saúde do
campo. / Ivi Tavares Abrahão Castillero. -- 2016.

164 f.: il; tab. ; mapas

Orientadores: Ary Carvalho de Miranda, Guilherme Franco
Netto e Maurício Monken.

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Saúde da População Rural. 2. Diagnóstico da Situação de
Saúde. 3. Meio Ambiente. 4. Saúde do Trabalhador.

5. Atenção à Saúde. 6. Processo Saúde-Doença. I. Título.

CDD – 22. ed. – 362.104257

Ivi Tavares Abrahão Castillero

Análise de Situação de Saúde do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ e os desafios ao modelo de atenção à saúde do campo

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

Aprovada em: 12 de julho de 2016.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ary Carvalho de Miranda,
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO
AROUCA/ CENTRO DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Prof. Dr. Guilherme Franco Netto,
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/ Vice-presidência de Ambiente, Atenção e Promoção

Prof. Dr. Maurício Monken,
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM
VENANCIO

Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos,
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/ ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO
AROUCA/ DIREITOS HUMANOS E SAÚDE

Rio de Janeiro

2016

Aos que transformam o cotidiano em extraordinário.
Aos que lutam pela Reforma Agrária Popular e Saúde Pública.
In memoriam de Regina Pinho e Cícero Guedes.

AGRADECIMENTOS

Ao MST, à sua história e a coragem de seguir em luta de seus participantes. Aos que pensam saúde nessa organização, nacionalmente e no Rio de Janeiro, ‘bruxinhas e bruxinhos’, mestres do cuidar com a alma. A todos que lutaram para concretizar esse mestrado.

Um grande agradecimento aos assentados do Zumbi dos Palmares que me receberam de modo carinhoso e deram vida à pesquisa. Aos que me acolheram em suas rotinas e em suas casas, como Viviane Ramiro da Silva, Alcimaro Honório Martins, Ângela Maria Honório Martins, Marilza Campos das Neves Cruz, Luceni da Costa Monção, Sávio Monção Figueiredo, Paulo Roberto dos Santos (Poeta) e todas as mulheres do coletivo ‘Regina Pinho’. Aos trabalhadores da unidade de saúde do assentamento, que aceitaram o desafio de pensar saúde com outros atores. Muito além de uma pesquisa, houve solidariedade.

Ao coorientador/orientador Dr. Guilherme Franco Netto, um agradecimento pela atenciosa orientação e serena praticidade. Ao coorientador Dr. Mauricio Monken, obrigada por orientar-me a seguir o coração na escolha da pesquisa e estímulo a escrita com poder de síntese. Ao orientador Dr. Ary Carvalho de Miranda, um agradecimento pelo apoio e dedicação ao mestrado realizado. Ao Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos pela poesia e estímulo aos desafios. À turma de mestrado “Primavera da Luta”, agradeço cada dia de convivência. Esse trabalho tem um pouco de todos e todas, exemplos de força e coragem.

Aos pilares desse caminho, meus pais José Antônio Moreno Castellero e Mayra Tavares Abrahão Castellero, que me impulsionaram a seguir meus sonhos. Aos que ajudaram no primeiro projeto, Alan Tygel e Natália Almeida. À tia Dra. Paraguassú Tavares Pereira Abrahão, que com leitura atenta foi excepcional na construção mais coesa da escrita. À Raiane Fontes que ajudou na elaboração dos mapas. Aos amigos André Campos Búrigo e Vera Mizrahi pelos textos e sugestões. À querida cunhada Aline Cardoso pela tradução do resumo ao inglês. A prima Carolina Abrahão Rodrigues Silva, que ajudou na formatação mesmo de longe. À amiga Karine Bastos pela correção da escrita. A avó Paraguassú Pereira Abrahão, irmão José Antônio Abrahão Castellero e primas Simone Abrahão Liegibel e Laura Abrahão Liegibel pelos sorrisos e compreensão da ausência. Aos amigos que de longe ou perto apoiaram a jornada.

Um caloroso agradecimento ao amor de Maurício de Moraes Cardoso, que acompanhou atento e de perto esse caminho, impulsionou a me desafiar a “Ser, Fazendo”, e que essa jornada desvelasse a entrega ao que impulsiona o coração em diversos âmbitos. O amor que transborda em nós fez essa caminhada ter mais Vida. Namastê a todos!

Tudo aconteceu num certo dia
Hora de Ave Maria o universo vi gerar
No princípio o verbo se fez fogo
Nem atlas tinha o globo
Mas tinha nome o lugar
Era terra, terra

E fez o criador, a natureza
Fez os campos e florestas
Fez os bichos, fez o mar
Fez por fim, então, a rebeldia
Que nos dá a garantia
Que nos leva a lutar
Pela terra, terra

Madre terra nossa esperança
Onde a vida dá seus frutos
O teu filho vem cantar
Ser e ter o sonho por inteiro
Ser sem-terra, ser guerreiro
Com a missão de semear
A terra, terra

Mas apesar de tudo isso
O latifúndio é feito um inço
Que precisa acabar
Romper as cercas da ignorância
Que produz a intolerância
Terra é de quem plantar
A terra, terra

(MUNHOZ, 1997)

RESUMO

O trabalho consiste na análise de situação de saúde do assentamento Zumbi dos Palmares, localizado na região norte do estado do Rio de Janeiro, e aponta os desafios ao modelo de atenção à saúde do campo. A análise tem como alicerce o trinômio estratégico ‘informação-decisão-ação’, que possibilita a informação dos problemas de saúde e potencialidades para prevenção, recuperação e promoção de saúde. Também impulsiona tomada de decisões e define estratégias de ação com metodologias participativas. Para isso, foram realizados grupos focais no assentamento com assentados, profissionais de saúde e movimentos sociais. Os resultados apontam que o assentamento é palco de conflitos socioambientais e a determinação do processo saúde-doença está fortemente relacionada ao modelo de desenvolvimento apontado para a região norte do estado do Rio de Janeiro. O assentamento apresenta dificuldades estruturais e ambientais, como transporte inadequado, estradas em péssimas condições e água salinizada, além de fragilidade organizativa, favorecendo a vulnerabilidade deste território. Os principais problemas de saúde são as doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes, problemas neuromusculares e neuropsiquiátricos), como também os acidentes de trabalho, intoxicações por agrotóxicos, casos de violência, medo pelas ameaças devido aos conflitos locais e acidentes de trânsito. As práticas de saúde realizadas, em geral, estão focadas nas doenças, porém também ocorrem práticas relacionadas à prevenção. Como exemplos, as experiências agroecológicas – que recuperam solos, biodiversidade e relações de trabalho – atividades com arte e música, oficinas de produtos fitoterápicos, diferentes formas de cooperação e atividades dos movimentos sociais. As ações concretizadas durante o período de pesquisa enfocaram as políticas públicas. Diante da situação de saúde do assentamento, a pesquisa mostra que os atores sociais utilizam estratégias de intervenção populacional, direcionadas para ações na coletividade, porém também individuais e mais focadas no risco. Todas têm um papel importante, porém limitado. Como soluções para adequada atenção à saúde dessa população propõem-se, principalmente, adequação aos problemas do território, ações intersetoriais, fortalecimento dos movimentos sociais, troca de saberes no cuidado em saúde e implantação da Estratégia Saúde da Família a partir da realidade dos problemas e potencialidades locais.

Palavras-chave: Saúde da População Rural. Diagnóstico da Situação de Saúde. Processo Saúde-Doença. Atenção à Saúde. Saúde do Trabalhador

ABSTRACT

The present work aims to do an analysis of the health situation of “Zumbi dos Palmares” rural settlement, located in the north region of Rio de Janeiro. It also points out the challenges related to the standard of attention paid to health in the field. This study was elaborated basing on the strategic trinomial "information-decision-action", which enables information of health problems and potentials for prevention, rehabilitation and health promotion. In this way, it encourages decision making and also defines courses of action in different dimensions of the health-disease process with participatory methodologies. In order to do so, people within the settlement were divided into three social groups, as follows: settlers, health professionals and social movements. Results show, therefore, this settlement area is where socio-environmental conflicts take place, and the determination of the health-disease process is related to the development model intended to the north region of Rio de Janeiro. Such settlement area is faced with structural and environmental difficulties, such as inappropriate means of transportation, roads in terrible conditions, saline water, as well as organization issues, promoting the vulnerability of this area. The main health problems are the chronic non-communicable diseases (like hypertension, diabetes, neuromuscular and neuropsychiatric problems), occupational accidents, pesticide poisoning, violence, fear (threatens due to local conflicts) and traffic accidents. The health practices carried out focus on meeting the health needs. However, health practices related to prevention also occur - agroecology activities (designed to recover the soil, biodiversity and working relationships), music and art activities, herbal product workshops, different ways of cooperation and social movement activities. The actions taken during the research period were grounded on public policy perspectives. Given the health situation of the settlement, the study shows that the social active members make use of population intervention strategies, focusing on risks, aimed to community and individual actions. Such actions play a very important role, though limited. The alignment of land problems previously mentioned, is proposed as a main solution to the health problems of this population. That consists of inter-sector actions, social movement improvement, exchange of health care expertise and implementation of the “Family Health” Strategy based on local problems and potentials.

Keywords: Rural Health. Diagnosis of Health Situation. Health-Disease Process. Health Care. Occupational Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1:	Mapa de localização do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ.....	42
Mapa 2:	Mapa do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ.....	46
Quadro 1:	Categorias de análise de situação de saúde do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ.....	90
Foto 1:	Parquinho e quadra de futebol do núcleo 4 do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ.....	96
Foto 2:	Frascos de agrotóxicos no assentamento Zumbi dos Palmares - RJ.....	98
Foto 3:	Produção de mandioca do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ.....	101
Foto 4:	Produção de hortaliças, frutas e legumes do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ.....	102
Foto 5:	Produção de cana do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ.....	104
Foto 6:	Produção de abacaxi do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ.....	105
Foto 7:	Unidade Básica Campelo do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ.....	108
Foto 8:	Ambulância da Unidade Básica Campelo do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ.....	109
Foto 9:	Produção de Fitoterápicos pelo Coletivo ‘Regina Pinho’ do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ.....	115
Quadro 2:	Quadro síntese da situação de saúde do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ.....	116

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGB	Associação dos Geógrafos Brasileiros
AVC	Acidente Vascular Cerebral
SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida
AMS	Assistência Médico Sanitária
ALAESP	Associação Latino Americana e do Caribe de Educação em Saúde Pública
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ASBAMTHO	Associação Sino Brasileira de Acupuntura, Moxabustão e Terapias Holísticas
ASIS	Análises de Situação de Saúde
BANERJ	Banco do Estado do Rio de Janeiro
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEDAE	Companhia Estadual de Águas e Esgotos
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e o Caribe
CERESTH	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIPA	Complexo Industrial-Portuário do Açu
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPT	Comissão Pastoral da Terra
DATA-SUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPI	Equipamentos de Proteção Individual

ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNRURAL	Fundo de assistência ao trabalhador Rural
GEF-BIRD	Fundo Global de Meio Ambiente do Banco Mundial
GFA	Grupo Focal dos Assentados
GFMS	Grupo Focal dos Movimentos Sociais
GFPS	Grupo Focal dos Profissionais de Saúde
GPS	Global Positioning System (Sistema de Posicionamento Global)
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INCQS	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ITERRA	Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LMR	Limites Máximos de Resíduos
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
MHD	Materialismo Histórico Dialético
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
NUDIBA	Núcleo de Desenvolvimento de Insumos de Base Biológica para a Agricultura
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PARA	Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas

PRONAF	Programa Nacional de Apoio aos Agricultores Familiares
PNRA	Plano Nacional de Reforma Agrária
PSF	Programa Saúde da Família
RG	Reconhecimento Geográfico
RAP	Reforma Agrária Popular
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SINAM	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
UENF	Universidade Estadual do Norte Fluminense
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	A QUESTÃO AGRÁRIA NO BRASIL E SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO.....	19
2.1	A QUESTÃO AGRÁRIA NA ATUALIDADE.....	26
2.2	SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO.....	31
2.2.1	Políticas de saúde para o campo, histórico e as perspectivas.....	36
2.3	A QUESTÃO AGRÁRIA DA REGIÃO NORTE FLUMINENSE - RJ E O ASSENTAMENTO ZUMBI DOS PALMARES.....	39
3	PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO.....	48
3.1	ABORDAGENS POSITIVAS DA CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....	53
3.1.1	Concepção do processo saúde-doença no MST, suas práticas de saúde e desafios.....	58
4	ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE: INSTRUMENTO PARA MUDANÇAS NO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO CAMPO...	64
4.1	MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL E DESAFIOS A SUA IMPLANTAÇÃO.....	64
4.1.1	Análises de Situação de Saúde, território e territorialização.....	72
4.1.1.1	<i>Instrumentos e ferramentas para construção da Análise de Situação de Saúde.....</i>	78
5	METODOLOGIA.....	82
5.1	REFERENCIAL TEÓRICO DA METODOLOGIA.....	82
5.2	INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS.....	83
5.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	83
5.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	84
5.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	84
5.6	COLETA DE DADOS.....	84
5.7	CONTEXTO DO CAMPO DE PESQUISA E DIFICULDADES ENFRENTADAS.....	85
5.8	ANÁLISE DE DADOS.....	87

6	RESULTADO	89
6.1	PRIMEIRO PASSO: INFORMAÇÃO	91
6.1.1	Categoria 1: Concepção do processo saúde – doença – cuidado / Problemas de saúde e potencialidades à saúde do território.....	91
6.1.2	Categoria 2: Ambiente e conflitos socioambientais.....	95
6.1.3	Categoria 3: Trabalho no campo.....	100
6.1.4	Categoria 4: Atenção e práticas de saúde do assentamento.....	107
6.2	SEGUNDO PASSO: DA INFORMAÇÃO PARA DECISÃO	118
6.3	TERCEIRO PASSO: DA DECISÃO PARA AÇÃO	122
7	DISCUSSÃO	124
7.1	SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ASSENTAMENTO ZUMBI DOS PALMARES	124
7.2	CONCEPÇÕES DOS ATORES SOCIAIS SOBRE O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA	128
7.3	ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ASSENTAMENTO ZUMBI DOS PALMARES	129
7.4	ATENÇÃO E PRÁTICAS DE SAÚDE DO ASSENTAMENTO	134
7.5	DESAFIOS AO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO CAMPO	137
8	CONCLUSÃO	140
	REFERÊNCIAS	145
	APÊNDICE A	152
	APÊNDICE B	154
	APÊNDICE C	156

1 INTRODUÇÃO

O tema da pesquisa assinala a análise da situação de saúde do território do assentamento Zumbi dos Palmares no estado do Rio de Janeiro, com o objetivo de encontrar suas fragilidades e potencialidades para, a partir destas, propor mudanças ao modelo de atenção à saúde do campo que responda aos problemas do território em estudo. Os objetivos específicos são: (1) conhecer os problemas de saúde do assentamento com metodologias participativas; (2) Identificar as ações e formas de organização dos assentados no que tange à prevenção, recuperação e promoção da saúde; (3) compreender como são os serviços de saúde que atendem o assentamento e como atendem os problemas de saúde apontados; (4) apontar desafios de construção de um modelo de atenção à saúde que atenda os problemas do território; (5) potencializar ações que estimulem prevenção, recuperação e promoção da saúde no assentamento.

Essa pesquisa se insere num contexto e debate em que o modelo de desenvolvimento deixa um legado ambiental e social preocupante, assim como consequências evidentes sobre a saúde humana e, diante disso, há a necessidade de o modelo de atenção à saúde se adequar para lidar com essa realidade. Nas últimas três décadas, houve o reconhecimento da crise socioambiental e dos riscos ecológicos globais, gerando noções como desenvolvimento sustentável. Por outro lado, forças políticas conservadoras e a ideologia neoliberal também se fortaleceram impedindo o avanço de propostas e acordos internacionais para redução dos riscos socioambientais. Ao contrário, os anos 1990 foram marcados por propostas de redução da intervenção estatal na economia e por crescente abandono de medidas de substituição de exportações e industrialização, o que revigorou o papel subordinado da América Latina no fornecimento de *commodities* (produtos de baixo valor agregado) agrícolas e minerais, que alimentam políticas tecnológicas, industriais e de concentração de renda em benefício de elites mundiais, que agravam os problemas socioambientais no mundo. (PORTO, et al, 2014)

No Brasil, por não ter sido realizada a reforma agrária, se mantém a concentração da propriedade da terra. Essa estrutura agrária, em pleno século XXI, sob uma hegemonia da chamada economia do agronegócio, gera custos sociais enormes à população, tanto nas condições de trabalho como na qualidade dos alimentos, ocasiona a contaminação de aquíferos e de águas superficiais, perda da biodiversidade nos diversos biomas e adoecimento em diversas dimensões (DELGADO, 2012). Os impactos à saúde pública são amplos e podem atingir vastos territórios e envolver diferentes grupos populacionais, trabalhadores de diversos

ramos de atividades, além de todos os consumidores de alimentos.

Entre as doenças relacionadas ao trabalho no campo, as mais frequentes são as lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT) e sofrimento mental, que convivem com as doenças profissionais clássicas como a silicose, as intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos (BRASIL, 2008). Uma das principais conclusões do Dossiê ‘Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde’ é que não há mais necessidade de evidências científicas sobre esses males. O documento aponta que é necessário garantir espaço na agenda política e financeira do Sistema Único de Saúde (SUS) para viabilizar a estruturação da Vigilância, Atenção e Promoção da Saúde relacionada à questão dos agrotóxicos. (CARNEIRO, et al, 2015)

Verificam-se também, nessas populações, episódios de violência relacionados aos conflitos pela posse e propriedade da terra. Merecem destaque os agravos decorrentes das violências domésticas e sexuais, principalmente contra as mulheres. Conforme apresentado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, de acordo com informações da central de atendimento à mulher (Ligue 180), dos atendimentos realizados de janeiro a junho de 2011 no Brasil, 2,4% dos casos atendidos eram de mulheres que se identificaram como do campo e da floresta. Deste universo, 19,4% relataram a violência doméstica e familiar, sendo os principais casos relatados a violência física, violência psicológica, violência moral, violência sexual, violência patrimonial e cárcere privado. (BRASIL, 2010)

Para a população do campo, esses efeitos deletérios à saúde são muitos e potencializados pela dispersão física dessa população, por problemas socioeconômicos, por ausência ou por insuficiência de políticas públicas de saúde e de saneamento, bem como pela escassez de recursos aplicados nessas comunidades. As condições de saneamento no Brasil são graves, de acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), ocorrem muitas desigualdades no acesso aos serviços de abastecimento de água entre os habitantes das áreas urbanas e rurais (BRASIL, 2010). Esse cenário contribui, direta e indiretamente, para o surgimento de doenças de veiculação hídrica, de parasitoses intestinais e de diarreias, o que tem contribuído para consolidar um grave quadro de carências, característico da área rural do país.

O SUS, ao apresentar um modelo de atenção à saúde universal, com um conceito ampliado de saúde, deve angariar estratégias para a promoção da saúde incluindo a todos, privilegiando os grupos populacionais mais vulneráveis, como, por exemplo, a população do campo. É diante disso que é importante que seja assumido um modelo de atenção à saúde condizente com as necessidades de saúde dessas populações (RIGOTTO, et al, 2011).

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA) reafirma o princípio de universalidade do SUS por meio de ações de saúde integral, como a garantia constitucional às tais populações, tendo como objetivo a busca de soluções para os problemas relacionados à vida e ao processo de trabalho no campo, na floresta e nas águas. Entretanto, os desafios para sua implantação são imensos. Destaca-se como desafio a importância de informações específicas sobre a saúde das populações do campo nos sistemas de informação do SUS, possibilitando a identificação dos agravos relativos a essas populações. Diante das lacunas dos sistemas de saúde na área rural, essas informações não podem ser baseadas somente nos dados oriundos do sistema de saúde, e sim em diálogo com diferentes atores sociais, pois não apontarão a realidade.

As questões que motivaram este estudo são oriundas de antigas inquietudes da pesquisadora, que há anos vem atuando profissionalmente como médica de família e fomentando o interesse de pesquisa nesta área, a qual apresenta problemas primários na saúde coletiva. A necessidade de entender o contexto histórico de um território, os seus problemas socioambientais e a dimensão do vínculo das relações de trabalho com a saúde são questões problemas que acompanham a pesquisadora desde o ano 2000, quando cursou a faculdade de geografia por dois anos consecutivos, carregando consigo o legado da dimensão do território como palco de conflito, que está em constante movimento e não como uma estrutura estagnada. Este primeiro aspecto é trazido para dentro da discussão de saúde, fazendo deste modo uma ponte interdisciplinar com a medicina, disciplina que passa a receber maior foco de interesse, levando a pesquisadora a optar pela Medicina de Família e Comunidade como profissão, impulsionando-a ao desafio de agir na área médica, atuando localmente nas comunidades, mas levando consigo uma visão mais abrangente do conceito de saúde.

A escolha por esta pesquisa, que é realizada no assentamento Zumbi dos Palmares, localizado na região norte do estado do Rio de Janeiro, se deu a partir de reflexões orientadas por observações do coletivo de saúde do MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra), nacional e estadual (Rio de Janeiro), em diálogo com as reflexões feitas na ‘Campanha Permanente contra os Agrotóxicos e pela Vida’.

Dentre os movimentos que lutam pela reforma agrária, o MST é um importante movimento que enfrenta os desafios das precárias condições de vida no campo, proporcionando recuperação da biodiversidade, do solo e da preservação da natureza, denunciando o modelo do agronegócio e seus males à saúde. A participação da pesquisadora no setor de saúde do MST-RJ data desde 2008. Antes, a mesma contribuía no setor de formação dessa organização. Tal trajetória é marcada por acontecimentos que revelam alguns

aspectos importantes que explicam a escolha da pesquisa. Um desses acontecimentos foi a participação da pesquisadora na coordenação do “Curso de Saúde do MST RJ” em parceria com a Associação Sino Brasileira de Acupuntura, Moxabustão e Terapias Holísticas (ASBAMTHO), no qual contribuiu em duas turmas no período de 2008 a 2012, possibilitando adquirir experiências em saúde no campo, educação popular em saúde, práticas integrativas e complementares e fitoterapia.

Dois anos após o último curso, a FIOCRUZ viabilizou e impulsionou a sistematização das experiências das três turmas do Curso de Saúde, com previsão de término em 2016. Nesse processo, deu-se a avaliação dos cursos e o reencontro de participantes do coletivo de saúde de diferentes épocas de atuação, de 2001 até 2014. A partir de entrevistas e debates, organizou-se um histórico do setor de saúde no estado do Rio de Janeiro. A sistematização dos cursos desencadeou reflexões para o coletivo que se propôs a pensar a saúde nos acampamentos e assentamentos do MST no Rio de Janeiro, realizando a partir disso o planejamento de algumas pesquisas nesse âmbito. Uma das necessidades de pesquisas foi a de se compreender os territórios e de se fazer um diagnóstico de saúde das áreas dos assentamentos, compreendendo seus principais problemas e necessidades de saúde, apontando soluções dos problemas identificados.

O histórico profissional como médica de família em lixão, situação de catástrofe e favelas revelou que, para além da assistência, cuidar é potencializar as pessoas a reencontrar-se com o seu corpo, com o seu adoecimento, com o território do qual fazem parte, com suas histórias de vida e com os seus sonhos. Uma experiência fundamental para a contribuição a esta pesquisa foi o exercício profissional como médica de família no morro do Bumba, em Niterói, onde a pesquisadora trabalhou entre 2009 e 2012. Em 2010, ocorreu o desastre no Bumba (área de antigo lixão), provocado após intensa chuva que precipitou a explosão do local devido ao metano acumulado no solo, provocando deslizamento de terra e ocasionando cerca de setenta mortes. Este não foi só um acidente climático, mas sim um abandono público aos riscos ambientais e agravos à saúde daquele território. A avaliação crítica, afetiva e indignada desse processo despertou a inquietude e fez surgir suposições de que os modelos de atenção à saúde não estão qualificados para lidar com o território, pois não dialogam com os reais problemas enfrentados pela população, assim como não dialogam com outros saberes, promovendo, desse modo, a alienação em relação ao território.

Este percurso profissional vinculado às experiências com movimentos sociais, assim como o encontro com outras práticas de saúde a partir da experiência com a medicina tradicional chinesa, fitoterapia e outras práticas de cuidado, possibilitaram o aprofundamento

das reflexões e mostraram os limites do modelo hegemônico de atenção à saúde atual, que produz também ações iatrogênicas, pois não potencializam os sujeitos, mas sim o aprisionam em suas enfermidades. É dentro desse contexto que a pesquisa se insere, voltando-se para emancipação humana, com o desafio de aprofundar a relação entre trabalho, saúde, ambiente e movimentos sociais na análise da situação de saúde, de maneira, como diz Pereira (2014), que não se restrinja à aparência, mas chegue à essência das causas dos problemas de saúde da população em estudo. O presente trabalho é organizado em capítulos, em que o intuito é trazer o debate teórico em torno dos principais conceitos necessários para entender a situação de saúde do assentamento Zumbi dos Palmares, fazendo o diálogo com os desafios do modelo de atenção para saúde do campo.

O capítulo chamado “Questão agrária no Brasil e situação de saúde da população do campo” aborda o conceito da questão agrária na atualidade, o panorama da situação de saúde da população do campo, as políticas de saúde historicamente construídas para essa população e os desafios atuais. Além disso, o capítulo aponta aspectos do modelo de desenvolvimento do Rio de Janeiro, suas repercussões ao espaço agrário da cidade de Campos dos Goytacazes e ao assentamento em estudo.

O capítulo chamado “Processo Saúde-Doença-Cuidado” apresenta o histórico e as abordagens contemporâneas do processo saúde-doença, percorrendo diversas explicações e fazendo o debate em torno dessas. Neste capítulo, são esmiuçadas as abordagens contemporâneas relacionadas aos conceitos positivos de saúde, trazendo ao final a concepção do processo saúde-doença no MST, suas práticas de saúde e desafios.

O capítulo “Análise de situação de saúde: instrumento para mudanças no modelo de atenção à saúde do campo” apresenta a discussão em torno dos modelos de atenção à saúde no Brasil, bem como o debate sobre análise de situação da saúde como um importante instrumento para implantação de novos modelos de atenção à saúde. Também traz aspectos em torno do território e territorialização e por último, aponta as ferramentas para construção da análise de situação da saúde.

No capítulo 5 sobre metodologia, se apresenta a base filosófica da escolha metodológica e o caminho percorrido. O resultado da análise dos dados primários é apresentado no capítulo 6, trazendo as vozes dos atores sociais nos grupos focais realizados. No capítulo 7 é realizada a discussão sobre a análise de situação de saúde do assentamento, dialogando com conceitos discutidos nos três capítulos de aprofundamento teórico, em qual se aponta os desafios ao modelo de atenção à saúde do campo. Na conclusão, são apontadas as possíveis conclusões do trabalho, suas limitações e desafios.

2 A QUESTÃO AGRÁRIA NO BRASIL E SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO

Que brotem poemas das mãos calejadas em luta e que sejam
nossa arma, junto às pedras, foices e facões, junto aos cravos e
as bandeiras para pavimentar no presente o caminho ao futuro.

(CRUZ, 2014)

No percurso deste capítulo será apresentado primeiramente o conceito da questão agrária e como este se encontra na atualidade brasileira. Bem como, é apresentada a situação de saúde das populações do campo, o histórico das políticas públicas para essas populações e os desafios atuais. Também são apontados os elementos do modelo de desenvolvimento do Rio de Janeiro e suas repercussões ao espaço agrário da cidade de Campos dos Goytacazes, trazendo os impactos socioambientais ao assentamento Zumbi dos Palmares.

A origem da expressão ‘questão agrária’ vem dos primeiros estudiosos conhecidos como pensadores clássicos, que, do século VIII até o século XX, analisaram o desenvolvimento do modo de produção capitalista. Esses apontavam que, à medida que o modo de produção se desenvolvia, a propriedade da terra se concentrava nas mãos de um número menor de proprietários. Ou seja, o advento do modo de produção capitalista como modelo predominante, combinado ao regime político republicano, introduziu o direito à propriedade privada de bens e de mercadorias, mudando a relação com a terra, que antes era vista como um bem da natureza, o qual estava sob o controle das oligarquias ou clãs (feudalismo), tornando-se deste modo uma mercadoria especial. Para esses pensadores clássicos, a concentração da propriedade da terra se transformou numa contradição, pois ao excluir camponeses do acesso à terra também freava o desenvolvimento do mercado interno e das forças produtivas. (CALDART, et al, 2012, p. 639)

Hoje, há um entendimento de que o conceito da questão agrária está inserido numa área do conhecimento que procura estudar de que maneira cada sociedade se organiza ao longo de sua história, em relação ao uso, a posse e a propriedade da terra. O uso da terra vai determinar quais produtos são cultivados e qual o destino dado a eles. A posse se refere à permanência das pessoas que se estabelecem naquele território. E a propriedade é uma condição jurídica, deliberada a partir do capitalismo, que garante o direito de uma empresa, pessoa ou instituição de ter controle sobre uma área e cercá-la, impedindo que outros a ela

tenham acesso. Entende-se a partir disso que a questão agrária hoje não está reduzida à existência ou não da propriedade da terra como fator inibidor do desenvolvimento do capitalismo. (CALDART, et al, 2012, p. 639)

Os problemas agrários e conflitos sociais que envolvem as populações rurais, os grandes proprietários de terras e os poderes de Estado existem no Brasil desde a colonização portuguesa, a qual impôs às populações indígenas a escravização e a perda de suas terras. Pode-se constatar que, a partir das Sesmarias, foi realizada a conquista territorial pela invasão e exploração das terras. Essas medidas significaram para o Brasil a origem das grandes propriedades, que foram conquistadas colocando em submissão as populações originárias. Pode-se observar que a conquista territorial e o conflito agrário andaram juntos na história do Brasil sob as armas do Estado e das milícias privadas. (DELGADO, 2012)

Até a década de 1970, os trabalhadores que viviam como posseiros, foreiros, arrendatários, com acesso precário à terra eram os principais atores que impulsionavam a luta pela terra (MEDEIROS, 2013). Foram muitos os conflitos de repercussão nacional, como o de Canudos (1893-1898), o de Contestado (1912-1916) e o de Juazeiro-CE (1889-1934), todos eles ocorridos em condições de forte exclusão social. Esses conflitos locais pela posse e uso da terra foram também enfrentados pelas armas das milícias privadas (coronéis), das polícias estaduais e do Exército Nacional (Canudos e Contestado), e sem qualquer debate em torno da estrutura agrária. (DELGADO, 2012)

Foi a partir dessa situação de resistência diante das expulsões do campo que se desenvolveu a demanda por reforma agrária na década de 1950, criando as principais organizações de trabalhadores do campo, tais como associações, uniões, ligas camponesas e primeiros sindicatos (MEDEIROS, 2013). Foi nesse contexto que a ‘questão agrária’ passou a ser um problema político nacional no Estado brasileiro. Nesse processo, contribuíram fortemente – e por diferentes caminhos – a Igreja Católica e os partidos de esquerda, principalmente aqueles que estavam influenciados teórica e politicamente pelo Partido Comunista. O debate da questão agrária também recebeu influências das lutas e ações políticas dos camponeses do movimento das ligas camponesas em meados do século passado. A transição do ‘estado de conflito agrário’ para uma ‘agenda política de reforma social’ é, no Brasil, um problema ainda não resolvido, mantendo-se até hoje um conservadorismo agrário na ideologia da elite do poder. (DELGADO, 2012)

A questão agrária no Brasil, a partir do diálogo com a análise do uso, posse e propriedade da terra, já foi objeto de muitos estudos em diferentes períodos da história. Há dois enfoques básicos em debate nas últimas duas décadas: 1) o da ‘agricultura e

desenvolvimento’ e 2) o da ‘questão agrária’. Para o primeiro grupo de pesquisadores, existe um intenso desenvolvimento do capitalismo na agricultura brasileira, aumentando deste modo a produtividade da terra, porém sem a existência de um problema agrário que leve em consideração a relação da concentração da propriedade e o uso da terra. O outro enfoque de pesquisa analisa a organização da posse, do uso e da propriedade dos bens da natureza, e de que modo a forma dessa organização pode ser ainda a razão da ocorrência de vários problemas agrários de natureza econômica, social, política e ambiental (CALDART, et al, 2012, p. 639). Essas duas vertentes adquirem contornos históricos e analíticos diferentes em pelo menos três subperíodos: o primeiro, no pós-guerra até o golpe de 1964; o segundo, durante a fase da modernização-conservadora (1965-85); e o terceiro após a desmontagem da política agrícola convencional e da adesão ao paradigma liberal nos anos 1990. (DELGADO, 2001)

No período pós-guerra (1945) até o golpe de 1964, os desenvolvimentistas e interlocutores da questão agrária debateram o lugar do setor rural na economia e na sociedade, influenciados pela forte industrialização da época. Nesse período, em vários países do mundo, inclusive no Brasil, houve a introdução em larga escala de variedades modernas de alta produtividade, denominada “Revolução Verde”. Esta foi considerada um novo paradigma, pois o cultivo da terra feito anteriormente pelos agricultores por milhões de anos, com base na fertilização do solo pela matéria orgânica, foi substituído por substâncias químicas, agora orientadas por técnicos e vendedores, com seleção de variedades vegetais, assim como, mudança na matriz energética de produção. Foram modificações radicais e que transformaram a base da agricultura. (CALDART, et al, 2012, p. 686)

Já as construções teóricas e políticas desta questão ocorreram de forma mais sistemática nos anos 1960, com a emergência da reforma agrária no debate político. O debate ocorria principalmente entre o PCB (Partido Comunista Brasileiro), CEPAL (Comissão Econômica para a América latina) e os setores progressistas da Igreja Católica. (DELGADO, 2001, p. 158).

Até a década de 1970, a principal força que impulsionava a luta pela terra no Brasil advinha dos trabalhadores que viviam como posseiros, foreiros, arrendatários, ou seja, aqueles que tinham acesso à terra, mesmo que precário, e resistiam às tentativas de expulsão feitas pelos fazendeiros, reflexo da “Revolução Verde”, que contribuiu para marginalizar grande parte da população rural. A partir principalmente desse público é que se desenvolveu a luta por reforma agrária na década de 1950, realizada por associações, uniões, ligas camponesas e pelos primeiros sindicatos. O principal adversário era o latifúndio, não só pela extensão das

terras, mas pelo complexo conjunto de relações que conjugava um paternalismo em relação aos trabalhadores com uso da violência para impor obediência e inibir protestos. Devido aos conflitos agrários da época, logo após o golpe civil-militar de 1964, foi aprovado o Estatuto da Terra, que trouxe para a lei as categorias centrais do debate político da época, como o latifúndio, parceiro, arrendatário e minifúndio. Essa lei previa desapropriação dos latifúndios em caso de tensão social e regulava as relações de arrendamento e parceria, tradicional foco de tensão no meio rural. (MEDEIROS, 2013)

O pensamento econômico hegemônico na ditadura estava calcado no pensamento funcionalista norte-americano, que apontava cinco funções da agricultura: liberar mão-de-obra para indústria, gerar oferta adequada de alimentos, suprir matérias-primas para indústrias, elevar as exportações agrícolas e transferir renda real para o setor urbano. Dessa forma, só se reconhecia problemas ou crise agrícola onde algumas dessas funções não estivessem sendo atendidas, e as expressões ‘crise agrária’ ou ‘questão agrária’ existiam somente nos diagnósticos dos interlocutores da esquerda. O debate político foi cortado e o pensamento conservador foi impondo o debate. (DELGADO, 2001, p. 163)

No período de 1965 a 1980, houve um aprofundamento e intensificação das relações técnicas da agricultura com a indústria. Esse processo chamado de ‘modernização conservadora’ gerou o desenvolvimento de uma agricultura capitalista em integração com a economia industrial e urbana, bem como com o setor externo, submetido à forte mediação financeira do setor público. Esse período se caracterizou pela mudança na base técnica de meios de produção utilizados pela agricultura, como o uso crescente de insumos industriais (fertilizantes, defensivos, corretivos do solo, sementes melhoradas e combustíveis líquidos) e o uso intenso de máquinas industriais (tratores, colhedoras, implementos, equipamentos de injeção, entre outros). Ao mesmo tempo, ocorreu uma integração entre a produção primária de alimentos e de matérias-primas com os vários ramos industriais (oleaginosos, moinhos, indústrias de cana e álcool, papel e papelão, fumo, têxtil, bebidas). (DELGADO, 2001, p. 165)

A dinâmica que a agricultura assumiu ao longo da ditadura foi um fator central para expropriação dos trabalhadores do campo, gerando migrações para outras áreas, crescimentos das periferias das cidades, entrada de empresas capitalistas estrangeiras por incentivo do Estado com estímulos fiscais e concessão de terras públicas. Todas essas ações atraíram capitais para Amazônia e cerrado, persistindo e causando mais conflitos pela terra. (MEDEIROS, 2013)

Antes, esses conflitos se davam de forma localizada, mas, no final dos anos 1970, emergiu um novo ator na luta pela terra, os 'Sem Terra', que recuperou uma força de ação – a qual foi massacrada antes do período militar – e deu um novo sentido à luta pela terra. Tratava-se de trabalhadores rurais fortemente afetados pela modernização em curso. Não por acaso, esse movimento surgiu no sul do Brasil, onde houve uma intensa modernização no campo. As ações de ocupação se multiplicaram em diversos pontos do país, visando recuperação de terras das quais os trabalhadores haviam sido expropriados. Também ocorreram resistências em outras regiões, como nos seringais na Amazônia acreana, visando que os seringais não fossem derrubados; assim como também ocorreram ocupações de canteiros de obra em áreas de pastagem e se deflagraram as greves de assalariados rurais. Um ator importante nesse período foi o trabalho organizativo da Igreja católica ligada à Teoria da Libertação, que afirmava que essas lutas eram legítimas. Paralelamente, a ação sindical apresentou-se ineficaz, pois priorizou a via administrativa de resolução das situações de conflito. (MEDEIROS, 2013)

Em 1984, a aliança política que substituiu o regime militar, com a eleição de Tancredo Neves e José Sarney, se comprometeu com a realização da reforma agrária através do I Plano Nacional de Reforma Agrária (PNRA) da Nova República. No entanto, os resultados dessas propostas foram precários. A promessa de assentar 1,4 milhões de famílias não ocorreu, somente um pouco mais de 100 mil famílias. (DELGADO, 2012)

Foi na Constituinte de 1987 e 1988 que se deu o embate político mais forte entre defensores e oponentes da reforma agrária, onde se evidenciava leituras completamente opostas sobre a 'questão agrária' nacional. Nesse período, recolocou-se a questão agrária, mas o desenvolvimento econômico da agricultura não se realizou como um projeto político prioritário na agenda do Estado. Como fruto de conquistas parciais da democracia inaugurada pela constituição de 1988, houve alguns avanços de direitos sociais conquistados pelos trabalhadores rurais: universalizaram-se os direitos previdenciários estendidos ao regime de economia familiar e se reconfigurou o espaço rural diante do influxo dos aposentados rurais, dos assentados agrários e dos agricultores familiares (DELGADO, 2001, p. 167). Entretanto, a concentração da propriedade da terra estava no domínio das estratégias de diversificação das aplicações do capital financeiro. (DELGADO, 1985, p. 234)

O setor rural, nesse período, passa a ser um campo propício à valorização dos capitais em busca de novos mercados e novos produtos. Tem-se, por um lado, a estratégia de diversificação das grandes sociedades anônimas e grupos econômicos, organizados sob a forma de *holdings* – empresas de participação e administração, bancos de investimentos ou

simples sociedades anônimas rurais – que passam a operar na produção rural e/ou no mercado de terras, com o destaque dos ramos de produção de açúcar-álcool, reflorestamento e pecuária de corte. Por outro lado, ocorreu uma transformação no sistema cooperativista, com a emergência das ‘multi-cooperativas’ e grandes atacadistas, realizando uma diversificação agroindustrial. Os ramos em que mais se desenvolveu essa integração foram a sojicultura (cultura de soja), triticultura (cultura de cereais de inverno como trigo, entre outras) e produtos lácteos. Outra linha de integração foi a disseminação dos chamados contratos formais e os informais da grande agroindústria e a clientela de pequenos e médios fornecedores rurais modernizados, como a avicultura (criação de aves), citricultura (cultivo de frutas cítricas), fumicultura (cultivo de tabaco) e suinicultura (criação de suínos). Todos conectados ao intuito de manter a subordinação dos pequenos produtores à estratégia de acumulação do grande capital. (DELGADO, 1985, p. 231)

Concomitante a esse processo de subordinação ao capital financeiro na agricultura, os movimentos de luta pela terra redirecionaram as prioridades de ação de suas organizações. Particularmente, o MST passou a concentrar suas energias sobre as grandes empresas transnacionais e o agronegócio. Paralelo a isso, observa-se a difícil tarefa de mobilização cotidiana de trabalhadores para organizar os acampamentos e assentamentos. Outra mudança foi um deslocamento de foco para a contestação do modelo produtivista, apontando efeitos sobre a saúde e defendendo a soberania alimentar. Passou-se a valorizar mais a agroecologia, resgatando experiências camponesas de um novo modo de produção menos danosa aos trabalhadores e ao ambiente, com independência às empresas produtoras de insumos e sementes, buscando valorizar articulações mercantis locais e regionais. Há uma progressiva incorporação da valorização das dimensões ambientais, chamando a atenção para a construção de uma estratégia camponesa, baseada na produção de alimentos saudáveis e na autonomia de meios de produção agrícola e produção energética. (MEDEIROS, 2013)

Como exemplo dessas mudanças, a proposta de Reforma Agrária Popular (RAP) que o MST apresentou no documento “Programa Agrário do MST” em 2013, está calcada em alguns pilares que se relacionam com o modelo de agricultura que defendem, reúnem medidas amplas, estratégias de resistência ao modelo de agricultura capitalista do agronegócio, propõe um processo de acúmulo de forças, assim como mudanças democráticas na forma de funcionamento do Estado. Um primeiro pilar é democratizar o acesso à terra, aos bens da natureza e aos meios de produção na agricultura. Um segundo pilar é a valorização da água como um bem da natureza que deve estar em benefício da humanidade. Esta concepção dialoga com a concepção de que a terra e a água são patrimônio dos povos, portanto devem

estar subordinadas a interesses sociais, não podendo haver qualquer tipo de privatização das águas e deve ser garantido acesso à terra a toda família que queira nela viver e trabalhar. Outro pilar é a produção agrícola, apontando que esta deve ser com base em todas as formas de cooperação, com mutirões, formas tradicionais de organização comunitária, associações, cooperativas, empresas públicas e empresas sociais. Devendo-se impulsionar agroindústrias próximas ao local de camponeses e programas de soberania energética.

Outro pilar importante é uma nova matriz tecnológica que mude o modo de produzir e distribuir a riqueza na agricultura. Essa matriz, denominada agroecologia, relaciona-se ao incentivo a adoção de técnicas que aumentem a produtividade do trabalho e das áreas, em equilíbrio com a natureza. Defende-se uma produção agrícola diversificada e livre de agrotóxicos e transgênicos garantindo alimentos saudáveis para todo o povo brasileiro (soberania alimentar). Trazendo o debate de que é obrigação do Estado garantir uma política agrícola e desenvolvimento tecnológico que viabilize a transição e consolidação da produção agroecológica. Também é apontada a importância de levar a industrialização ao interior do Brasil, promovendo um desenvolvimento mais equilibrado entre as regiões, gerando empregos no interior do país e diminuindo as diferenças entre o campo e a cidade. (MST, 2013)

Outro pilar apontado para construção do projeto de Reforma Agrária Popular é o acesso a educação pública e de qualidade, considerado um direito fundamental de todas as pessoas, que devem ser atendidas no próprio lugar que moram, respeitando as necessidades humanas e sociais. Assim como o desenvolvimento da infraestrutura social das comunidades rurais e camponesas é considerado um direito, onde se estimula formas de sociabilidade, moradias dignas, acesso a luz elétrica de fontes alternativas, acesso a água potável, saneamento básico, transporte e acesso as estradas de qualidade. Bem como, espaços culturais, bibliotecas, acesso aos serviços de saúde, espaços de cuidados populares em saúde e cultivo de plantas medicinais. (MST, 2013)

Na reação ao modelo vigente, também cresceram os movimentos em prol da agroecologia. Portanto, parafraseando Alentejano, 2014, a luta pela agroecologia é sucessão direta da luta pela reforma agrária. No movimento sindical, priorizou-se a luta por políticas públicas para os agricultores familiares. Uma das questões consideradas como conquistas, foi a criação do PRONAF (Programa Nacional de Apoio aos Agricultores Familiares).

Nas últimas décadas novos atores se somaram à luta pela terra – como os quilombolas, os faxinalenses, as comunidades de fundo e o fecho de pasto – trazendo o debate do direito a terra com base no uso memorial, ou seja, num sentimento de pertencimento, que envolve

valores culturais e tradições. Mais do que luta pela terra trata-se de defesa do direito a um território. (MEDEIROS, 2013)

2.1 A QUESTÃO AGRÁRIA NA ATUALIDADE

A questão agrária brasileira na atualidade tem características de persistência da concentração fundiária, reprodução da injustiça e desigualdade, crescente internacionalização da agricultura, crescente insegurança alimentar, persistência da violência no campo, exploração do trabalho e a devastação ambiental (ALENTEJANO, 2001). O uso prioritário da terra é para o cultivo de bens agrícolas para exportação, como reserva de valor e para a especulação. A produção de alimentos básicos para a população é feita por pequenas propriedades familiares que, em sua maioria, estão subordinadas às grandes propriedades por posse, arrendamento ou parceria. A propriedade privada da terra é garantida pelo Estado aos que puderem pagar por ela. E a posse da terra está concentrada nas mãos de poucos latifundiários, empresas e instituições. (CALDART, et al, 2012)

A internacionalização da agricultura não é uma novidade na história brasileira, pois é fato que a colonização representa um marco inicial da invasão estrangeira sobre o território dos povos indígenas (tupis, guaranis, xavantes, ianomâmis e tantos outros). Mas, hoje, ela se reorienta, pois há um novo sistema de internacionalização, expressa no domínio da agricultura brasileira por grandes empresas transnacionais e na compra de terras por empresas, fazendeiros e fundos financeiros estrangeiros. O Brasil apresenta requisitos fundamentais para a expansão da agricultura, como terra, água e energia solar em abundância, associado ao clima tropical dominante. Esse controle internacional se dá em diferentes aspectos, seja pela determinação do padrão tecnológico (sementes, máquinas e agroquímicos), seja pela compra/transformação da produção agropecuária por grandes investidores financeiros e agroindústrias, como também, pela compra de terras por fazendeiros, empresas e grupos estrangeiros. (ALENTEJANO, 2011)

No Brasil, há diversidade de relações de trabalho no campo, desde assalariamento permanente ou temporário, semi-assalariamento, trabalho familiar, coletivo e semicoletivo, além da diversidade de formas de apropriação da terra e de relações com a natureza, assim como tradições culturais que resultam em amplo leque de trabalhadores do campo. O que confere unidade a essa diversidade é o fato de estarem submetidos ao controle e exploração do capital, são parte da classe trabalhadora, em confronto aberto ou latente com classes dominantes do campo. (CALDART, et al, 2012, p. 755)

Chega-se ao século XXI sem que a reforma agrária tenha sido realizada no Brasil, não por falta de terras, pois ainda existem no Brasil 120 milhões de hectares improdutivos auto declarados pelos proprietários e 172 milhões de hectares de terras devolutas (Bens da União). Ao contrário, ao invés de realizar a reforma agrária nas áreas onde se concentram as lutas pela terra, os sucessivos governos brasileiros empurram as famílias assentadas para fronteira agrícola, no que se denomina de deslocamento geográfico entre as lutas pela terra e a política de reforma agrária. (ALENTEJANO, 2014)

No último Censo Agropecuário foi evidenciado que a concentração fundiária no Brasil permaneceu. Em alguns estados da federação, entretanto, houve significativos aumentos, como em Tocantins, Mato Grosso do Sul e São Paulo. Isso é devido às grandes culturas de exportação, à expansão do agronegócio e ao avanço da fronteira agropecuária em direção à Amazônia com a criação de bovinos e produção da soja; no caso de São Paulo, pelo crescimento da cultura de cana-de-açúcar para geração de álcool. Os pequenos estabelecimentos, com menos de 10 hectares, perfazem 47% do total, mas a área ocupada pelos mesmos é de apenas 2,7% do total. No entanto, os estabelecimentos com mais de 1000 hectares são apenas 0,9% do total, mas ocupam 43% da área. Os estabelecimentos com menos de 100 hectares são cerca de 90% do total, ocupando uma área de cerca de 20%, ao passo que os com mais de 100 hectares são menos de 10% do total e ocupam cerca de 80% da área. Se levar em consideração os dados do INCRA, em vez dos dados do IBGE, isto é, se considerar os imóveis rurais, em vez dos estabelecimentos agropecuários, verifica-se que o panorama não é muito diferente, ou seja, a concentração fundiária se mantém praticamente inalterada nos últimos 50 anos. Um dos resultados dessa manutenção da concentração fundiária é a expulsão de trabalhadores do campo impulsionada pela modernização da agricultura que reduz a necessidade de mão-de-obra. (ALENTEJANO, 2011)

Mas nem todas as atividades agropecuárias são objetos de modernização agrícola nos mesmos ritmos e intensidades. Em algumas, há a total mecanização dos processos de preparo da terra e plantio (com uso de tratores e plantadeiras), dos tratos culturais (uso de pulverização das lavouras) e da colheita (com colheitadeiras), o que implica em supressão de quase todos os empregos no campo, restando pequena quantidade de trabalhadores permanentes. Já em outras culturas, o processo de modernização é parcial e feito manualmente, o que aumenta os trabalhadores temporários, já que são contratados mais na época de colheita ou plantio.

Por outro lado, expandiu-se também o campesinato autônomo, composto por posseiros e pequenos proprietários, sobretudo como resultado da expansão da fronteira agrícola, mas

também pela criação de assentamentos rurais. Também surgiu uma nova forma de trabalho no campo: o trabalho familiar integrado e subordinado às agroindústrias, que ditam o padrão produtivo e impõe preços e outras condições de produção que tornam esses trabalhadores subordinados economicamente e socialmente a elas. Essas formas de trabalho predominam nas atividades que oferecem maior risco ou que exigem trabalho intensivo, como criação de pequenos animais, plantio de frutas, verduras, legumes, fumo, representando uma forma das empresas transferirem riscos da produção para os produtores integrados ou evitarem gastos trabalhistas, e também por razões políticas. No caso das usinas de cana, em regiões que se multiplicaram assentamentos rurais com a falência dessas usinas, diante da retomada sucroalcooleira, cada vez mais recorrem à integração com assentados. (CALDART, et al, 2012, p. 756)

Em relação à devastação ambiental, dois aspectos podem ser considerados centrais: o desmatamento promovido pela expansão da fronteira agrícola e o uso cada vez mais intenso de agrotóxicos na agricultura brasileira. A utilização dos agrotóxicos no Brasil tem trazido sérias consequências, tanto para o meio ambiente como para a saúde da população, especialmente do camponês e de suas famílias. Essas consequências são, na maioria das vezes, condicionadas pelo contexto e pelo modo de produção químico dependente, pelas relações de trabalho, pela toxicidade dos produtos utilizados como agrotóxicos e de micronutrientes contaminados, precariedade dos mecanismos de vigilância da saúde, pelo uso inadequado ou falta de equipamentos de proteção coletiva e individual. (ANVISA, 2011)

Em relação ao desmatamento resultante da expansão da fronteira agrícola, os dados do Laboratório de Processamento de Imagens e Geoprocessamento da Universidade Federal de Goiás, indicam que o ritmo atual de desmatamento do Cerrado poderá elevar de 39% para 47% a área devastada do bioma até 2050. Esse desmatamento intensifica a pressão sobre áreas de florestas, intensifica a luta por afrouxamento nas regras de desmatamento, intensifica a crítica à delimitação das terras indígenas e intensifica a oposição à atualização dos índices de produtividade. (MEDEIROS, 2013)

Há uma fragilidade dos mecanismos de controle do Estado sobre o território brasileiro. O governo não tem dados sobre investidores e pessoas físicas que já detenham terras no país e há ainda brechas legais que facilitam o acesso de estrangeiros a obterem a propriedade de terra no Brasil. O controle das transnacionais sobre a agricultura brasileira se dá também na difusão das sementes transgênicas pelas grandes empresas do setor, como, por exemplo, a Monsanto, a Bayer, a Syngenta, a Basf, as quais também são as grandes produtoras de agroquímicos. Também pode se constatar a presença de grandes empresas internacionais na

comercialização e processamento industrial da produção agropecuária, sobretudo pelas empresas ADM, Bunge, Cargill e Dreyfus, que inicialmente concentravam a atuação no ramo de cereais, mas expandiu nos últimos anos suas atuações para outros ramos, sobretudo o sucroalcooleiro. (ALENTEJANO, 2011)

Há um estado de insegurança alimentar visível, comprovada pela redução de 2,5 milhões de hectares entre 1990 e 2006 de área destinada à produção dos três alimentos básicos na dieta da população brasileira – arroz, feijão e mandioca. Esta diminuição de área plantada de arroz, de feijão e de mandioca no Brasil se dá em prol do aumento da área plantada de cana, milho e soja. Da mesma forma, aumentou a exportação de madeira e a criação de bovinos para exportação de carne. Por outro lado, verificou-se aumento das áreas destinadas a lavouras, pastagens plantadas e matas. Ao se verificar mais detalhadamente esses dados, verifica-se que não se trata de um crescimento generalizado. (ALENTEJANO, 2011)

No caso do arroz, a redução foi de quase 1/3, sendo que, na região sudeste, essa cultura praticamente desapareceu. Apenas na região sul, verificou-se aumento ao longo das duas últimas décadas, tendo inclusive esta região ultrapassado o nordeste na condição de região com maior área plantada. No caso da soja, cuja destinação fundamental é a exportação, o crescimento da área plantada foi de 82%, sendo que este ocorreu em todas as regiões do país, embora com destaque para a região do centro-oeste, que ultrapassou o sul em relação à região de maior área plantada. Quanto ao milho, cuja destinação principal é a produção de ração, seja para o mercado interno, seja para exportação, o crescimento da área plantada mostrou-se mais modesto, verificando-se – com exceção do sudeste – uma redução da área plantada. (ALENTEJANO, 2011)

A análise comparativa da evolução da área plantada de alguns dos principais produtos agrícolas, como a produção de bovinos e de madeira, indica que a área plantada com alimentos básicos decresceu, ao passo que a área de cultivos, destinados majoritariamente à exportação e a fins industriais (produção de ração, energia e papel e celulose) aumentou. Vale dizer que esta expansão é estimulada por recursos públicos. Esses recursos públicos distribuídos desigualmente são resultado da discrepância da representação política entre camponeses e a bancada ruralista, que está cada vez maior no congresso nacional. Como consequência direta dessa desigualdade, os grandes proprietários conseguiram obter 1.587 vezes mais recursos públicos para o financiamento da produção agropecuária. (ALENTEJANO, 2011)

Sobre a violência, exploração do trabalho e degradação ambiental, o modelo agrário dominante no Brasil sempre foi marcado pela violência. Ao longo dos últimos 25 anos, dados

levantados pela Comissão Pastoral da Terra (CPT) apontaram que por volta de 2.709 famílias foram anualmente expulsas de suas terras; 63 pessoas foram anualmente assassinadas no campo; 13.815 famílias anualmente foram despejadas através de ações pelo poder judiciário de alguma unidade da federação e cumpridas pelo poder executivo por meio de suas polícias; 422 pessoas foram anualmente presas no Brasil por lutar pela terra; 765 conflitos ocorreram anualmente diretamente relacionados à luta pela terra; 92.290 famílias foram anualmente envolvidas diretamente em conflitos por terra. (PORTO-GONÇALVES & ALENTEJANO, 2010)

Complementando esse quadro, tem-se mantido um estado de empobrecimento e subnutrição a uma enorme massa da população rural, assim como os conflitos agrários com repercussões à saúde dessa população. Mesmo diante de tanta inequidade, esse modelo cresceu e cresce ainda mais. Esse modelo consegue sobrepor-se com estratégias, que são discursos, ações e mecanismos construídos por agências multilaterais, conglomerados financeiros e agroindustriais para incorporar novas terras para a expansão da produção de *commodities* agropecuárias. O foco principal são as áreas de preservação ambiental, as terras indígenas, quilombolas, de assentamentos rurais e de uso comum, vistos como obstáculos a serem removidos, visando ampliar a oferta de terras no mercado que vive um momento de intenso aquecimento, derivado inclusive do crescente interesse de grupos estrangeiros na aquisição de terras no Brasil. (BRUNO, 2012)

As principais estratégias do agronegócio em curso são: (1) redefinição da Amazônia legal, com a exclusão de Mato Grosso, Tocantins e Maranhão, possibilitando a incorporação imediata de 145 milhões de hectares, em função da redução da área destinada à preservação ambiental; (2) redução de 80% para 50% na área de reserva legal da Amazônia; (3) liberação de crédito para quem praticou crime ambiental, evitando que os negociantes fiquem sem acesso a estes recursos; (4) privatização de terras públicas com até 1500 hectares sem licitação na Amazônia – medida provisória 422/2008; (5) redução da faixa de fronteira onde é proibida a compra de terras por estrangeiros de 150 para 50 km; (6) revogação do dispositivo constitucional que prevê a titulação das terras de remanescentes de quilombos.

Um exemplo dessas estratégias do agronegócio é o Movimento Sou Agro, que tem como objetivo primeiro afastar a identificação negativa que associa o agronegócio à depredação do meio ambiente e à destruição das florestas, além de uma representação do setor como expressão da modernidade (BRUNO, 2012, p. 8-9). Outro exemplo é a criminalização dos movimentos sociais, levada a cabo pela mídia e pelo governo brasileiro, vide Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do MST, que faz parte dos processos de afirmação do

agronegócio contra os que defendem a democratização da terra no Brasil. Outra estratégia é a resistência oposta pelo agronegócio à atualização dos índices de produtividade, que balizam a possibilidade de desapropriação de terras para fins da reforma agrária. (ALENTEJANO, 2011)

Na contramão das estratégias agropecuárias, a defesa da reforma agrária e da justiça no campo tem se associado a outras bandeiras, como a causa ambiental, a soberania alimentar e a luta pela democracia, não sendo deste modo uma luta somente brasileira. A luta dos movimentos sociais rurais permitiu que a pauta da reforma agrária se mantivesse como espectro na pauta da política nacional. Os movimentos sociais e demais entidades defendem o estabelecimento de 35 módulos fiscais para o tamanho da propriedade da terra no Brasil. Com base nessa medida, poderiam ser destinados mais de 200 milhões de hectares para reforma agrária. (ALENTEJANO, 2014, p. 26)

2.2 SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO

Para compreender a situação de saúde da população do campo, primeiro é necessário dizer que, segundo IBGE (2011), as populações do campo de hoje são pessoas que têm seus modos de vida e reprodução social relacionados com o campo, floresta e águas; são camponeses, agricultores, indígenas, quilombolas, ribeirinhos, atingidos por barragens, caiçaras, extrativistas, artesãos, caboclos, comunidades de terreiros, fundo de pasto, extrativistas, outras comunidades tradicionais e outros. (CALDART, et al, 2012, p. 694).

Outra informação importante é que a evolução demográfica do Brasil mostrou que a maioria da população que era rural virou urbana em dados nas últimas décadas. Houve uma redução absoluta do número de trabalhadores no campo a partir de 1985, e a média de trabalhadores por estabelecimento vem decaindo desde 1950, com uma leve oscilação para cima entre 1970 e 1975. Em decorrência disso, nas últimas décadas, a população rural sofreu redução absoluta e não apenas relativa como vinha acontecendo até 1970. A persistência da concentração fundiária impulsionou o êxodo rural por meio da modernização conservadora da agricultura conduzida pela ditadura após 1964, resultando na adaptação da agropecuária brasileira à lógica desse modelo de desenvolvimento. (ALENTEJANO, 2011)

Porém, mesmo com diminuição da população no campo, de acordo com os dados do IBGE, 15,6% dos 206 milhões de habitantes do Brasil, são referentes à população residente em domicílios rurais. Isso indica que cerca de 30 milhões de pessoas vivem no campo, ou

seja, trata-se de um número expressivo de pessoas. Também é necessário considerar que o urbano, o qual é referido nas estatísticas, nem sempre equivale à realidade, o que pode aumentar o número da população rural. Outra questão a ser considerada é que 29% dos municípios brasileiros têm a população rural maior que a urbana, ou seja, a população rural ainda é muito grande e por isso, é preciso se pensar em um sistema de saúde voltado para o rural. (SOARES, 2014)

Sobre as características dessa população rural, o número de mulheres residentes em domicílio rural tem diminuído, contrariando o perfil urbano brasileiro. Os índices vêm apresentando o contínuo êxodo de mulheres pela busca de oportunidades de emprego no meio urbano. Isso ocorre provavelmente pela pecuária extensiva e pela agricultura empresarial mecanizada, o que não favorece a permanência da mulher no campo. Outra característica é que a população idosa permanece no campo devido à aposentadoria rural. (SOARES, 2014)

Com relação ao analfabetismo, os dados são superiores na área rural (11,1%) em relação à área urbana (7,9%). A taxa de analfabetismo entre as mulheres rurais é levemente inferior (21,11%) à taxa dos homens (24,48%), no entanto estas apresentam renda individual média inferior à deles. Outro aspecto da população rural é que ela vive em condições de desigualdade socioeconômica, com insuficiência de sistemas de esgoto e abastecimento de água. Apesar de 47,3% dos domicílios rurais apresentarem água canalizada, somente 18% da água utilizada provêm da rede geral de distribuição, a maioria capta a água de poços, nascentes ou outras fontes. No entanto, 68,8% dos domicílios não possuem filtro d'água, ou seja, ter água canalizada não implica dizer ter água de qualidade. Em 10,4% das residências, não há banheiro ou sanitário e 47,3% do lixo domiciliar é queimado ou enterrado. Quanto ao escoadouro do banheiro ou sanitário, 37,4% dos dejetos são despejados nas fossas rudimentares, em valas, direto para o rio, lago ou mar. (BRASIL, 2013)

Este cenário de sistema de saneamento deficitário é o maior responsável pelo surgimento de doenças de veiculação hídrica, que favorece o surgimento de doenças como: parasitoses, diarreias, enterites, cólera, giardíase, infecção por salmonelas, febre tifoide, hepatite A, leptospirose, doenças infecciosas da pele, doenças infecciosas dos olhos, esquistossomose, e outras infecções por helmintos, doença do sono, filariose, malária, arboviroses, febre amarela, dengue e leishmaniose. (SOARES, 2014)

O gás de botijão é o combustível mais usado na área rural. A iluminação elétrica é a que apresentou o maior percentual. Em relação aos meios de comunicação, a televisão em cores é mais frequente nos domicílios que o rádio, o computador só aparece em 6,7% dos domicílios e apenas 4,0% tem acesso à internet. Quanto ao serviço de telefonia celular, este

apresentou percentual muito maior que a de telefone fixo convencional. Este dado é importante para pensar a assistência em saúde, pois alguns serviços de saúde podem ser acionados via telefone, como a Central de Atendimento à Mulher – número 180, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – número 192, ou 08007226001 para casos de intoxicação. (SOARES, 2014)

No Brasil, o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) registrou no ano de 2009, 5.253 casos de intoxicação por agrotóxicos de uso agrícola (41,8% do total), sendo 2.868 por agrotóxicos de uso doméstico, 1.014 por produtos veterinários e 2.506 por raticidas. Com um total de 188 óbitos por estes quatro tipos de intoxicações registradas nesse ano de 2009. Na maioria das situações a notificação dos casos de intoxicação está abaixo do real, segundo a OMS, estima-se que, para cada caso notificado, existem 50 casos que não são registrados. Essas notificações em número abaixo do real são decorrentes de diversos fatores: se dão pela falta de acesso aos serviços de saúde, pelas dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde em identificar esse tipo de intoxicação, pela falta de preenchimento adequado das fichas e até mesmo pelo medo dos profissionais de saúde de realizar tal notificação, haja vista o poder do agronegócio nesses territórios.

O Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA) da ANVISA, criado no ano de 2001 em parceria com o INCQS/FIOCRUZ, analisa anualmente cerca de 20 gêneros de alimentos *in natura*, coletados nos supermercados de todas as capitais brasileiras (ANVISA, 2011). Os resultados publicados sobre a coleta realizada no ano de 2010 mostraram que 28% dos alimentos estavam insatisfatórios, ou seja, continham agrotóxicos não autorizados para a cultura ou continham taxas acima dos limites máximos de resíduos (LMR) de agrotóxicos permitidos.

Os efeitos crônicos decorrentes de exposição repetida aos agrotóxicos estão em geral, relacionada a doses baixas e que podem se manifestar por meses, anos ou décadas após a exposição. Várias doenças estão relacionadas a esses efeitos crônicos, como cânceres, malformações congênitas, distúrbios endócrinos, neurológicos e mentais (CARNEIRO, 2015). A esse grupo de efeitos estão sujeitos tanto os grupos populacionais citados anteriormente, como também os consumidores de água e alimentos contaminados com resíduos desses produtos, pois estão expostos a níveis baixos de contaminações, porém com frequência ao longo da vida.

Outro aspecto importante a ser avaliado sobre a situação de saúde da população do campo são os serviços de saúde. Sobre isso, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) apontam que é mais difícil o acesso a serviços de saúde na área rural. A

cobertura de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com a pressão de movimentos sociais, teve muitos avanços nos últimos anos, porém ainda muito aquém do ideal. Em 2008, segundo a PNAD – suplemento saúde – a cobertura de planos de saúde foi de 25,89% em todo o território nacional e 6,4% na área rural, demonstrando, com isso, a dependência da população rural ao SUS.

Os aspectos gerais da assistência à saúde da mulher do campo também precisam de atenção. Nessa pesquisa, 68,7% das mulheres entrevistadas receberam atendimento, 31,2% destas mulheres declararam ser portadoras de alguma doença crônica. Mesmo havendo uma melhoria de acesso aos serviços de saúde, muitas afirmaram nunca terem realizado exames de prevenção do câncer, em especial na detecção precoce do câncer de mama. (SOARES, 2014). Quanto às gestantes na área rural, 23,9% apresentaram idade inferior a 20 anos. A maioria (78,01%) teve acesso ao acompanhamento pré-natal durante o 1º trimestre de gestação. No período de 2009 a 2011 a pesquisa indica que 2.952 (9,9%) das gestantes tiveram casos confirmados de sífilis na zona rural. Com relação à vacina Toxóide Tetânico, a maioria (93,7%) estava devidamente vacinada. Quanto aos partos, os dados da PNAD de suplemento de saúde de 2008 apontaram que os partos normais são mais frequentes na área rural, e todos foram financiados pelo SUS, tanto os normais, quanto os cesáreos. Isso difere das estatísticas urbanas, onde 50,1% dos partos são cesáreos. Os partos domiciliares ocorrem na área rural, porém aparecem pouco nos dados. Acredita-se que ocorra notificação abaixo do real sobre aqueles realizados por parteiras tradicionais, pela falta de reconhecimento do trabalho destas mulheres pelo sistema de saúde local. (SOARES, 2014)

Sobre casos de violência, no período de 2010 a 2012, houve 12.710 casos de violência à mulher, sendo que 56,6% dessas vítimas tinham entre 18 e 59 anos de idade. Em segundo lugar nas estatísticas estão os casos de violência às meninas, que totalizaram 20,6%. Os principais agressores das crianças do sexo feminino são amigos/conhecidos, mãe e pai. Entre as adolescentes, os principais agressores são os amigos, desconhecidos e o namorado. Entre as mulheres adultas, o principal agressor é o cônjuge e, entre as idosas, os principais agressores são seus próprios filhos e o cônjuge. A residência mostrou ser o principal local de ocorrência da violência contra a mulher do campo; em segundo lugar, a via pública. Os meios de agressão mais utilizados são a força corporal/spancamento e a ameaça. A arma de fogo só apareceu em 2,8% dos casos registrados. Embora o autor da agressão seja, na maioria, do sexo masculino, a mulher também aparece como agressora. Em relação ao uso de álcool nos casos de violência contra a mulher, apenas 29% dos agressores apresentaram o uso da droga. (SOARES, 2014)

Todos esses resultados apresentaram importante percentual de informações imprecisas, o que indica uma omissão no preenchimento desse agravo. Isso é um alerta para as autoridades e gestores de saúde, pois, além de configurar um problema de saúde pública, também é uma questão de direitos humanos e de segurança pública, que agrava ainda mais a invisibilidade desse problema. (SOARES, 2014)

Sobre a saúde da criança, dados do SIAB apontam que, em 2011, nasceram 303.330 crianças vivas de mães residentes em área rural. Dentre estas, 2,3% de crianças com idade inferior a dois anos foram a óbito. Sobre os casos de sífilis congênita, foram confirmados 1.440 (6,58%) casos na zona rural. Dados do SIAB apontam que, em 2011, nasceram 27.398 crianças com baixo peso em área rural. O aleitamento materno exclusivo foi registrado em 75,5% das crianças menores de quatro meses na região rural. (SOARES, 2014)

Dentre as intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho, no período de 2006 a 2012, a intoxicação por Agrotóxico/uso agrícola apresenta maior percentual (40,1%), seguida de produto químico de uso industrial (19,3%). Analisando apenas os casos relacionados aos agrotóxicos, tem-se 7.702 intoxicações. As pessoas intoxicadas apresentaram o seguinte perfil: a maioria é do sexo masculino (85,9%) e, entre as mulheres, acusa-se que 2,2% são gestantes. Em relação à idade, a frequência concentra-se entre 19 e 27 anos. Entretanto, ocorrem também intoxicações nos extremos de idade: 35 intoxicações em crianças com menos de 1 ano e 11 entre idosos com 80 anos ou mais. (SOARES, 2014)

A previdência social concedeu 64.633 auxílios-doença rurais acidentários no período de 2010 a 2012. As duas morbidades mais frequentes que ensejam esses auxílios-doença são as lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, entre estão as intoxicações por agrotóxicos, as doenças do sistema osteomuscular e a do tecido conjuntivo. Essas enfermidades totalizam mais de 80% dos casos nos três anos consecutivos. (SOARES, 2014)

Aspectos gerais da saúde bucal podem ser observados na PNAD no Suplemento de Saúde de 2008, no qual informa que 20% do total de entrevistados declararam nunca ter ido ao dentista, sendo que as mulheres apresentam menores percentuais (SOARES, 2014). Sobre os acidentes por animais peçonhentos, os dados específicos da área rural não são disponibilizados, pois o serviço do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) não dispõe da variável zona de ocorrência (SOARES, 2014). No período de 2009 a 2011, a doença de Chagas aguda teve 568 casos confirmados, com registro de 169 ocorrências (29,7%) na zona rural. Sobre os casos de esquistossomose, foram confirmados 57.758 casos, sendo 23.339 (40,4%) da zona rural. Sobre a febre amarela, foram confirmados 53 casos, 23

(43,4%) destes em zona rural. Foram confirmados 124.832 casos de hanseníase, sendo 20.500 (16,4%) em zona rural. Sobre hantavirose, foram notificados 406 casos confirmados e 174 (42,9%) desses foram na zona rural. Sobre Leishmaniose Tegumentar, 69.865 casos confirmados, sendo 38.997 (55,8%) casos confirmados na zona rural. Sobre Leishmaniose Visceral, foram 11.698 casos confirmados, sendo 2.703 (23,1%) na zona rural. Sobre leptospirose foram confirmados 12.355 casos, 2.000 (16,2%) desses em zona rural. Sobre a malária, foram confirmados 3.099 casos, 503 (16,2%) desses confirmados na zona rural e a maior parte desses casos confirmados se concentrou nos estados do Acre, Roraima, Rondônia, Amazonas, Amapá e Pará. Sobre tuberculose, foram notificados 258.480 casos confirmados, sendo 20.133 (7,8%) casos confirmados na zona rural. (SOARES, 2014)

2.2.1 Políticas de Saúde para o campo, histórico e as perspectivas

As políticas de saúde no campo sempre estiveram atreladas aos interesses econômicos ligados à garantia de mão de obra para exploração de recursos naturais, mas os maiores avanços das políticas oficiais de saúde para o campo ocorreram nos períodos históricos em que os trabalhadores rurais estavam mais organizados. Como exemplo, na década de 1960, o Fundo de assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL); na década de 1980, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde (PIASS); e, no ano de 2004, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA). Entretanto, todas as políticas esbarraram em entraves. (CARNEIRO, 2007).

O direito à previdência social existe desde a constituição de 1934, como direito a todos os trabalhadores brasileiros, porém a população rural só teve acesso à previdência em plena ditadura militar, devido à pressão dos movimentos sociais. O regime militar brasileiro temia conturbações sociais na área rural, pois, nos anos 60 e 70, implantou-se uma política de modernização do setor rural (DELGADO, 2012). O FUNRURAL permitiu formalmente o acesso dos trabalhadores rurais, com carteira de trabalho assinada, a um modelo de assistência de saúde, porém com um enfoque curativo. A responsabilidade privada pela execução do serviço, com convênio com sindicatos rurais, impulsionou a construção de hospitais de pequeno porte e distribuição de unidades móveis de assistência. O outro programa na fase de abertura do regime militar foi o PIASS, que foi um instrumento de legitimação do regime, com ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, com preconização de participação comunitária, porém restrito a um conjunto de técnicos sem discussão com a sociedade. Este programa foi realizado em comunidades de até 20 mil habitantes nas regiões norte, nordeste e

centro-oeste do país, estado de Minas Gerais e Espírito Santo, para implantar uma estrutura básica de melhoria do nível de saúde da população e proporcionar novos empregos. Os principais problemas foram: a priorização dos serviços de saúde em detrimento aos de saneamento, baixa cobertura dos postos de saúde, limitação de recursos humanos e dificuldade para atendimentos de alta complexidade. Outro entrave era em relação ao financiamento, pois o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) dominado pela hegemonia do modelo assistencial privado, não incentivou o programa. (CARNEIRO, 2007)

As conferências nacionais de saúde constituíram em fóruns privilegiados sobre proposições de políticas públicas de saúde para o campo. Durante a VII Conferência Nacional de Saúde (1980), as discussões focavam a interiorização do PIASS: saneamento ambiental, políticas educacionais, formação de recursos humanos, integração com INAMPS, articulação com os projetos agropecuários, habitação e postos de saúde na zona rural.

Mas foi no período da democratização do país que o debate ganhou mais força na Conferência de saúde. Em uma conjuntura de mobilização política, principalmente na segunda metade da década de 80, a área da saúde já vivia uma efervescência desde a década de 70, e com a organização do Movimento de Reforma Sanitária, congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura e o modelo de saúde ‘médico-assistencial-privatista’ dominante na época. O movimento de Reforma ‘Sanitária’ lutou pela construção de um modelo de atenção à saúde que fosse universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representou um marco político de construção da reforma sanitária que culminou na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). (PEREIRA, 2009, p. 106)

Na VIII Conferência, apontou-se para necessidades de implantar uma reforma agrária que respondesse as reais necessidades e aspirações dos trabalhadores rurais. O conceito ampliado de saúde incluía a posse da terra, como importante conquista e discussão da saúde como produção social, porém o acesso e a posse da terra não ficaram incluídos no conceito de saúde reconhecido pelo Estado Brasileiro, na lei 8.080 (BRASIL, 2003). Em todas as Conferências posteriores, a reforma agrária foi assunto de pauta, mas não como prioridade.

A pressão mais direta dos movimentos sociais sobre o Ministério da Saúde repercutiu nos últimos anos na criação do Grupo da Terra. O Grupo da terra é composto por representantes de órgãos governamentais, movimentos sociais e convidados, passou a constituir um espaço de diálogo entre os movimentos sociais e o governo federal, buscando

dar respostas às demandas e necessidades de saúde da população do campo brasileiro (BRASIL, 2015).

O Grupo da terra cumpre um papel fundamental de formulação de políticas para estas populações a partir da construção do conceito de saúde dos movimentos sociais do campo, das águas e das florestas. Esta Política foi aprovada durante a 14^a Conferência Nacional de Saúde e representa um marco histórico na Saúde e um reconhecimento das condições e dos determinantes sociais do campo e das florestas no processo saúde-doença. Fruto do debate com os movimentos sociais, a política é consagrada na Portaria nº 2.866/2011, sendo instituída no SUS, passando a ser um instrumento norteador e legítimo do reconhecimento das necessidades das populações do campo, da floresta e das águas (BRASIL, 2011). Pela primeira vez que o próprio público alvo da política participou de sua elaboração. Mesmo com a maioria dos municípios brasileiros desinformados sobre os incentivos financeiros, a exemplo do piso diferenciado de atenção básica e do aumento de repasse de recurso da ESF para atuarem junto à população do campo, essa Política é considerada um marco nas políticas de saúde para as populações do campo, floresta e águas. (CARNEIRO, 2007)

É importante destacar algumas diretrizes que orientam essa política, sendo: I-Saúde como direito universal e social; II- Inclusão e participação social; III- Formação e educação permanente; IV- Valorização das práticas e conhecimentos tradicionais; V- Promoção de ambientes saudáveis e VI- Apoio à produção sustentável. (BRASIL, 2013). Essa política tem entre seus objetivos reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, respeitando suas especificidades, e nesse sentido há enormes desafios para repensar o modelo de atenção à saúde. No relatório do II Encontro Nacional de Saúde das populações do Campo e da Floresta, realizado em 2014, um dos eixos apontados foi ampliar a rede pública de saúde nos municípios, ampliar o incentivo as práticas integrativas disponibilizando-as como alternativas de cuidado integral à saúde, abandonando a fragmentação do cuidado e retirando do centro do modelo o papel do hospital e as especialidades. (BRASIL, 2014)

Outras políticas, diretamente relacionadas a essas populações, como a de Plantas Medicinais e Fitoterapia ou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, (BRASIL, 2006) foram construídas também com o estímulo do Grupo da Terra e a pressão dos movimentos sociais do campo. Em relação ao saneamento, foi publicada uma portaria da FUNASA, Art. 23 do Decreto nº 7.217/2010, definindo critérios de elegibilidade para obras de saneamento em assentamentos (MATIELO, 2009). Mas, como toda política pública, por si só não significa mudanças. A proposta dessa pesquisa se insere na necessidade de

instrumentos para fortalecer os movimentos sociais e a população do campo em sua luta por políticas públicas adequadas a situação de saúde dos territórios.

2.3 A QUESTÃO AGRÁRIA DA REGIÃO NORTE FLUMINENSE - RJ E O ASSENTAMENTO ZUMBI DOS PALMARES

Assim como na maioria do território brasileiro, a estrutura agrária do Rio de Janeiro é marcada por uma grande concentração da propriedade de terra. As regiões do Grande Rio, serrana, da baía da Ilha Grande, da região dos Lagos e de Campos são as que têm a maior concentração fundiária, com forte especulação imobiliária. O estado do Rio de Janeiro, nos últimos anos, sofreu a continuidade do processo de esvaziamento do meio rural, a ampliação da concentração fundiária e redução da importância da agricultura em diversos aspectos. As principais consequências são as desigualdades sociais, altos índices de desemprego e a intensificação do movimento migratório campo-cidade para outras áreas do estado, principalmente para região metropolitana. (ASSOCIAÇÃO DOS GÉOGRAFOS BRASILEIROS, 2012)

Com a crise da produção canvieira, essas áreas foram destinadas à pecuária, mas sem aumento efetivo de animais, o que indica o caráter especulativo para mascarar a produtividade da terra, com cerca de um bovino por hectare. A redução de matas e florestas indica o aumento do desmatamento. A cidade de Campos dos Goytacazes, na região Norte Fluminense, continua com intensa produção de cana de açúcar, mas apresentando uma redução da produção. Entretanto, outras produções indicaram recuperação entre 1995 e 2006, como foi o caso do tomate em Paty do Alferes, Cambuci e São José do Ubá, assim como, da mandioca na capital do Rio de Janeiro e em São Francisco de Itabapoana. Outras culturas de uso diário na alimentação como arroz e feijão diminuíram sua área plantada, ou seja, a crise da agricultura Fluminense é generalizada. (ASSOCIAÇÃO DOS GÉOGRAFOS BRASILEIROS, 2012)

Em relação à luta pela terra, desde meados dos anos 40, em alguns pontos houve sinais de resistência por parte dos que viviam e trabalhavam na terra. Na baixada, a sucessão de despejos gerou o aparecimento de associações de lavradores, gerando as primeiras ocupações, que foram, no entanto, interrompidas pelo golpe militar. A primeira ocupação de terra que alcançou grande repercussão no período, no final dos anos 70, deu-se em Cachoeira de Macacú, antigo palco de conflitos. No início dos anos 80, a questão agrária Fluminense assumiu novos contornos e começaram a ocorrer ocupações organizadas. Uma delas é a de

Campo Alegre em Nova Iguaçu organizada pela Comissão Pastoral da Terra. (MEDEIROS, 1989)

Algumas iniciativas de políticas públicas agrárias começaram a ocorrer a partir dos anos 80, mas de forma tímida, como o Programa de Aquisição de Leite, o Programa Moeda Verde do BANERJ, o Programa de Abastecimento Popular e o Programa de Micro Bacias Hidrográficas, que contribuíram num período para uma ligeira recuperação da agropecuária estadual e a dinamização do interior do estado, mas que não levaram a um processo de autossuficiência ou da reversão da urbanização. (MEDEIROS, 1989)

No que se refere às políticas públicas fundiárias, o estado do Rio de Janeiro participou do Plano Nacional de Reforma Agrária (PNRA) em 1985, no qual foi definido o estado do Rio de Janeiro como área prioritária para a realização da reforma agrária, com a intenção de assentar 16 mil famílias, levando em consideração o elevado número de trabalhadores rurais sem terra no estado (cerca de 90 mil famílias). No entanto, a reforma agrária não foi realizada. Durante o período de vigência do II PNRA, foram criados 13 assentamentos. A região Norte Fluminense foi o principal palco das lutas pela terra no estado nos últimos anos, em especial o município de Campos dos Goytacazes. Das cinco ocupações feitas até dezembro de 1997, quatro envolveram antigos trabalhadores de usinas canavieiras falidas e duas se deram nas próprias terras destas usinas. (MEDEIROS, 1989)

Em Campos, a maior parte das terras é destinada à pecuária, com 92.960 hectares de pastagens plantadas e 40.590 hectares de pastagens naturais. As lavouras temporárias somam 79.101 hectares, com destaque para a cana-de-açúcar, enquanto que as lavouras permanentes somam 4.245 hectares. Há 766 hectares classificados como sistemas agroflorestais e 6.734 considerados inaproveitáveis para a agricultura. Segundo a Pesquisa Agrícola Municipal do IBGE de 2009, a cidade de Campos é a maior produtora estadual de cana-de-açúcar, com 43,9% da área plantada em todo o estado e com 56,3% da produção. É a terceira maior produtora de mandioca, a quarta de abacaxi e sexta produtora de milho no estado. A cidade possui também os maiores rebanhos de bovinos e ovinos, a segunda maior de suínos e a sétima de caprinos, bem como, é de onde mais se extrai lenha e madeira no estado do Rio de Janeiro. (BERNARDES, et al, 2014)

Contrariando os megaprojetos, a agricultura agroecológica/orgânica em Campos dos Goytacazes surge como uma alternativa de exploração econômica para agricultura familiar, em especial nos 11 assentamentos de reforma agrária. Alguns produtores da região se destacam pela prática da agricultura agroecológica/orgânica. Eles diversificam a produção e utilizam práticas não convencionais de cultivo, ou seja, estão adotando o manejo

agroecológico/orgânico em suas propriedades. Esses produtores apostam no cultivo de diferentes culturas sem a utilização de agrotóxicos, para que, além de garantir a renda da família com a cana e outras culturas, também possam abastecer o mercado local com produtos saudáveis (BARBÉ, et al, 2009).

A cidade de Campos dos Goytacazes apresenta diversas iniciativas em prol da consolidação da Agroecologia na cidade, como exemplos: (1) feira de ‘Saberes, sabores e sementes’ na Praça do Travessão; (2) feira da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF); (3) escolinha de agroecologia que é uma experiência de educação alternativa construída pelos agentes da Comissão Pastoral da Terra (CPT) da região Norte do estado do Rio de Janeiro junto às comunidades de assentados e assentadas da reforma agrária; (4) Núcleo de Desenvolvimento de Insumos de Base Biológica para a Agricultura (NUDIBA) na UENF; (5) projeto feira de ciência da medicina popular – um desdobramento do inventário dos usos populares das plantas medicinais e remédios caseiros – que visa dar continuidade as ações de valorização da medicina popular que dependem de seu conhecimento; e (6) rede de produtores/as de produtos alternativos de Campos, que possibilita a comercialização da produção dos agricultores. (AGROECOLOGIA EM REDE, 2009)

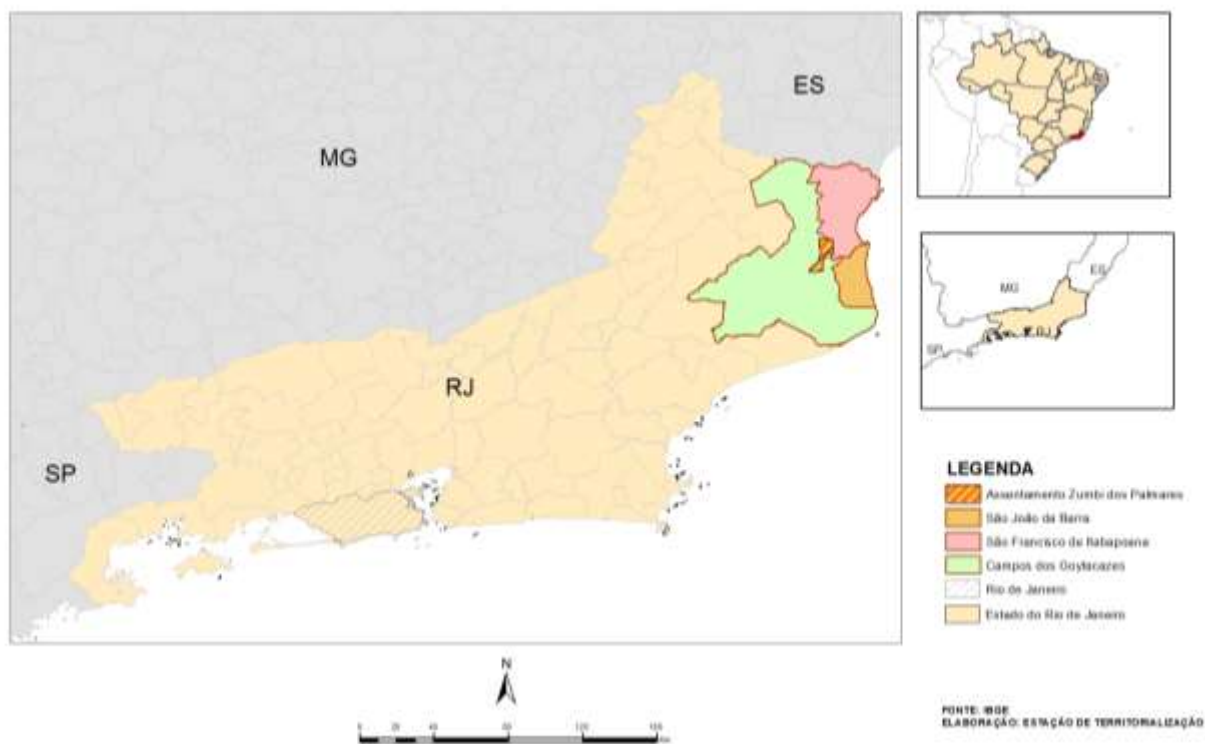
Além das possibilidades econômicas, uma pesquisa realizada em Campos dos Goytacazes apontou que, a análise da dinâmica do uso e da cobertura da terra, no interior de dois assentamentos na região Norte Fluminense, contribuiu para a conservação dos solos e para a regeneração da cobertura vegetal (LEITE, et al, 2014). Essa pesquisa apontou que a agroecologia é uma importante ferramenta para o benefício ao ambiente dessa região tão degradada historicamente pelo monocultivo de cana principalmente.

No mapa de conflitos ambientais, são apresentados os assassinatos e conflitos na cidade de Campos dos Goytacazes, sendo que, dentre tantas vítimas, duas, que foram assassinados em 2013, são grandes referências de agroecologia e de resistência do assentamento Zumbi dos Palmares. Um deles, o assentado Cícero Guedes dos Santos, da direção estadual do MST, com 54 anos, coordenador do acampamento Luiz Maranhão, foi assassinado a tiros por pistoleiros após participar de reunião no acampamento no qual contribuía. A outra pessoa assassinada foi a assentada Regina Pinho, referência de agroecologia, que foi vítima de violência sexual. (MAPA DE CONFLITOS ENVOLVENDO INJUSTIÇAS AMBIENTAIS E SAÚDE NO BRASIL, 2014)

O local onde foi feita a pesquisa, o assentamento Zumbi dos Palmares, é o maior assentamento do estado do Rio de Janeiro, com 507 famílias e 8.005,29 hectares, que corresponde a uma área de 80 Km. Foi a primeira grande conquista do MST no estado. Sua

criação é datada de 22 de dezembro de 1997, apenas oito meses após sua ocupação. Na época em que o MST ocupou a fazenda São João, a situação da fazenda era precária e com forte tendência a entrar em estado de falência. Com a criação do assentamento, a área adquiriu uma nova organização. A maioria dos assentados é proveniente da zona rural e da periferia dos municípios de Campos dos Goytacazes e de São Francisco do Itabapoana, com atividades ocupacionais diversas antes de serem assentadas. (OLIVEIRA, 2009)

Mapa 1: Mapa de localização do assentamento Zumbi dos Palmares – RJ



Fonte: Elaborado pela Estação de Territorialização ESPJV- FIOCRUZ, em 2016, com base em IBGE, 2016.

O assentamento localiza-se em dois municípios da região Norte Fluminense: Campos dos Goytacazes e São Francisco do Itabapoana. A maior parte do assentamento está no município de Campos dos Goytacazes, o maior do Norte Fluminense. A população rural de Campos caiu de 142.724 habitantes em 1970 para 45.006 habitantes em 2010, entretanto, entre 2000 e 2010, houve um leve crescimento que muito provavelmente está associado à

conquista dos assentamentos pela luta travada pelos movimentos sociais pela terra na região. (BERNARDES, et al, 2014)

Um desafio para a região Norte Fluminense, onde se localiza o assentamento, é o que se insere no plano baseado em vocações regionais do estado do Rio de Janeiro, que já possui uma divisão territorial do trabalho, uma divisão simultânea de recursos, interesses, projetos e intencionalidades. As principais tendências desse plano são: (1) a reconfiguração econômica espacial do Estado; (2) a interiorização do desenvolvimento; (3) a ampliação do agronegócio; (4) a desconcentração industrial e a constituição de novos centros de dinamismo econômico. (ASSOCIAÇÃO DOS GÉOGRAFOS BRASILEIROS, 2012)

O foco desta proposta de desenvolvimento é a articulação do poder público com grandes investidores nacionais e internacionais, com o apoio de bancos públicos federais, forjando um projeto estratégico apresentado no plano e pautado em interesses externos à realidade Fluminense. Entende-se que se deixa uma lacuna quando se apresenta apenas um projeto vinculado diretamente à agricultura familiar e restringido somente a uma região específica do estado: como o projeto Rio Rural, que é chamado também de Projeto Micro Bacias financiado pelo Fundo Global de Meio Ambiente do Banco Mundial (GEF-Bird). A população alvo de tal projeto estratégico será a dos agricultores familiares do Norte e Noroeste Fluminense.

O objetivo do projeto é promover a autogestão sustentável de bacias hidrográficas por comunidades rurais, provendo incentivos à adoção de práticas de manejo sustentável de recursos naturais e contribuindo para a redução das ameaças à biodiversidade, a reversão do processo de degradação de terras e para o aumento dos estoques de carbono na Mata Atlântica. O projeto, da maneira como foi concebido, se alinhou aos objetivos de promover o reflorestamento de áreas degradadas com o plantio de eucalipto, tanto para obtenção de créditos no mercado de carbono como para a produção de celulose. A área reservada para tal projeto já apresenta empresas dessa natureza, que vêm expandindo suas plantações de eucalipto para além das divisas dos estados vizinhos do Espírito Santo e Minas Gerais. (ASSOCIAÇÃO DOS GÉOGRAFOS BRASILEIROS, 2012)

Nesse processo, a agricultura familiar e a própria produção diversificada de alimentos se encontram diante de uma enorme bifurcação, sobretudo pelas intenções de estimular a produção de agro combustível e celulose de eucalipto, que são projetos que excluem a categoria alimento de seus objetivos, uma vez que são direcionadas aos ‘mega empreendimentos’.

Essa política que favorece os grandes projetos, a qual beneficia uma minoria vinculada ao grande capital nacional e transnacional, impacta fortemente o espaço agrário Fluminense, sobretudo no que diz respeito à segurança alimentar e a política de reforma agrária. Mesmo com muita resistência e luta, o que se observa é a intensificação dos processos de expropriação do campesinato e a paralisia da política de reforma agrária, o que implica o aprofundamento da dependência do estado da importação de alimentos, uma vez que as terras são cada vez mais destinadas à expansão urbano-industrial ou à produção de monoculturas, como o eucalipto para a celulose e a cana-de-açúcar para etanol. Assim, o desafio para os movimentos que atuam no campo Fluminense aparece como redobrado, pois não se trata mais de enfrentar antigos coronéis ou usineiros falidos, mas grandes grupos econômicos com fortes articulações políticas.

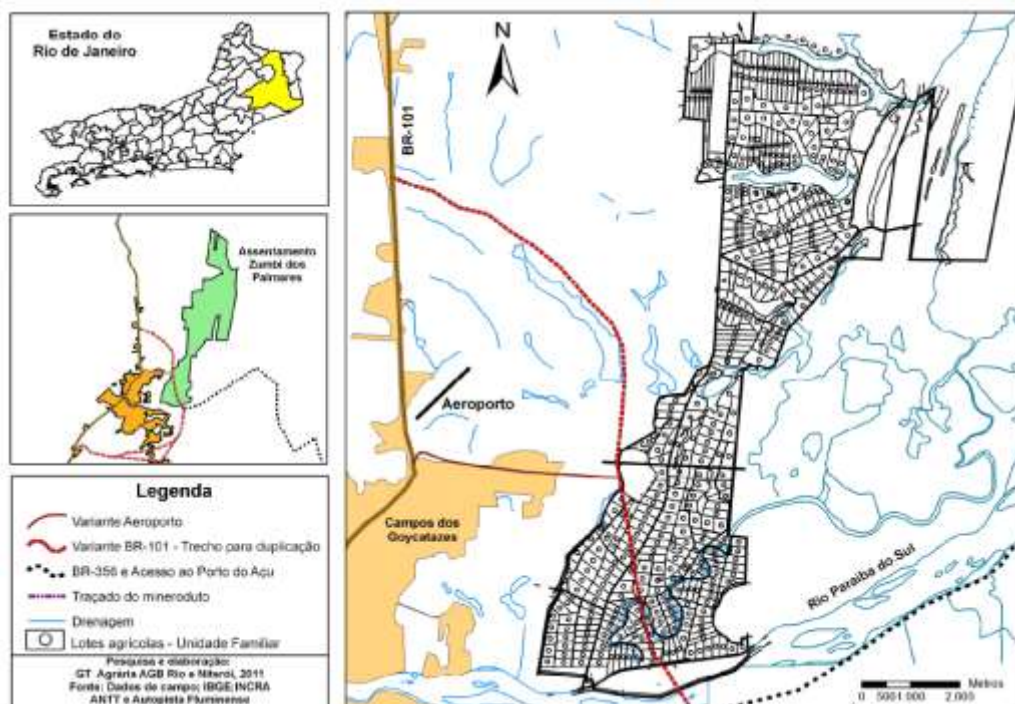
A lógica de desenvolvimento que se espalhou por todo o estado do Rio de Janeiro atinge Campos de Goytacazes principalmente com o Complexo Industrial-Portuário do Açúcar (CIPA). O CIPA é um projeto do Grupo EBX (conglomerado empresarial) e é a maior obra industrial portuária das Américas. Prevê a construção de um terminal portuário privativo de uso misto com capacidade para receber navios de grande porte (220 mil toneladas), com estrutura *offshore* para atracação de produtos como minério de ferro, granéis sólidos e líquidos, cargas em geral e produtos siderúrgicos. Inclui também a construção de um mineroduto de mais de 500 km de extensão que quer levar o minério de ferro produzido pela empresa MMX/*Anglo Ferrous* Mineração em Conceição de Mato Dentro em Minas Gerais ao porto, permitindo seu processamento e exportação. O porto irá se integrar a projetos que se viabilizam mutuamente, como a construção de uma usina termoeétrica no condomínio industrial a ser construído na área de retaguarda do porto, que deve atrair desde usinas siderúrgicas chinesas a montadoras estrangeiras, atraídas pela facilidade da saída direta para a exportação, e pela facilidade em termos de geração de energia elétrica. (ASSOCIAÇÃO DOS GÉOGRAFOS BRASILEIROS, 2011)

Em 2013, o Ministério Público Federal em Campos dos Goytacazes pediu o fim das obras do complexo industrial e portuário do Açúcar, no município de São João da Barra, por estarem causando degradação Ambiental na região. A denúncia, baseada em pesquisas feitas pela Universidade Estadual do Norte Fluminense - Darcy Ribeiro (UENF), apontou para um índice de salinidade sete vezes maior do que o permitido para consumo humano na água fornecida à população do distrito pela Companhia Estadual de Águas e Esgotos (CEDAE). Esse dano ao ambiente foi uma consequência do uso da areia do mar para aterrar uma área de restinga (a maior faixa de restinga remanescente do país) que sempre foi preservada pelos

agricultores locais e pelos pescadores artesanais. Os resultados dos estudos concluíram que o lençol freático está sendo salinizado. Conforme Pesquisa da UENF, divulgada pela Folha de São Paulo em agosto de 2014, as obras do estaleiro em São João da Barra estão salinizando pontos de água doce na região. Tal processo estaria associado à abertura de um canal para a construção do complexo portuário. Os pesquisadores suspeitaram que a areia dragada do mar e depositada próxima à lagoa contribuiu no processo de salinização da água. De acordo com os pesquisadores, se não forem tomadas providências para reverter o processo, a região poderá sofrer desertificação. (ASSOCIAÇÃO DOS GÉOGRAFOS BRASILEIROS, 2012)

A criação do CIPA produz insegurança em Campos de Goytacazes e São João da Barra, ameaçando a qualidade de vida da população, causando com isso indignação em consequência da desatenção dada pelas autoridades do estado do Rio de Janeiro aos direitos sociais, ambientais e fundiários destas famílias. A constatação é de que o Estado dirige suas prioridades aos interesses do grande capital em detrimento das condições de vida da população Fluminense. Diante desse cenário, os movimentos sociais articularam uma reação a expansão deste mega projeto e seus impactos. Foram realizadas muitas reuniões onde reuniram denúncias, como a falta de informações e de transparência nas ações. Foi exigido que fossem encontradas alternativas à desapropriação dos agricultores do 5º Distrito de São João da Barra e ao trajeto da BR-101, de forma a preservar a integridade do assentamento Zumbi dos Palmares. Outro aspecto em relação ao assentamento é que esse possui um mineroduto que passa dentro do assentamento e uma rota da BR 101, como aponta o mapa a seguir:

Mapa 2: Mapa do assentamento Zumbi dos Palmares – RJ



Fonte: ASSOCIAÇÃO DOS GEÓGRAFOS BRASILEIROS, 2012.

Em relação à produção agrícola, a cultura do abacaxi é a principal do assentamento Zumbi dos Palmares, assim como a cana-de-açúcar e mandioca. Mas a cultura do abacaxi apresenta representativa importância para a renda das famílias – cerca de R\$1.200,00 por mês – as quais vêm se tornando reféns dessa cultura. O sistema de plantio que é aplicado no abacaxi é uma atividade exercida majoritariamente pelo homem. O sistema de plantio que as famílias adotam no assentamento da cultura do abacaxi é altamente dependente da contratação de mão-de-obra. (OLIVEIRA, 2009)

O uso de agrotóxicos nesse assentamento é muito comum, sendo um ponto significativo na comercialização desses produtos (TERRA 2008, p. 30). A cultura do abacaxi é a que mais recebe o uso de agrotóxico no assentamento, sendo responsável por 55% de todo o agrotóxico (AQUINO, 2006). Os principais produtos utilizados no manejo da cultura e suas qualificações de periculosidades são: (1) Ethrel, regulador de crescimento, classificação de toxicidade III - Mediamente Tóxico e classificação III – Perigoso ao meio ambiente; (2) Orthocid 500, fungicida, classificação de toxicidade I - Extremamente Tóxico e classificação II - Muito Perigoso ao meio ambiente; (3) Decis 25, inseticida, classificação de toxicidade III - Mediamente Tóxico e classificação I - Altamente Perigoso ao meio ambiente; (4) Folisuper

600 BR, inseticida e acaricida, classificação de toxicidade I - Extremamente Tóxico e classificação II - Muito Perigoso ao meio ambiente; (5) Karmex, herbicida, classificação de toxicidade III - Medianamente Tóxico e classificação II - Muito Perigoso ao meio ambiente; (6) Advance, herbicida, classificação de toxicidade III - Medianamente Tóxico e II - Muito Perigoso ao meio ambiente; (7) Krovar, herbicida, classificação de toxicidade III - Medianamente Tóxico e II - Muito Perigoso ao meio ambiente.

O Ethrel, regulador de crescimento do grupo etileno, é usado para induzir o florescimento do abacaxi e para acelerar a maturação e inibir o florescimento da cana. O Orthocid 500 é extremamente tóxico, fungicida indicado para aplicação foliar no controle de doenças fúngicas nas culturas do abacaxi e outras. O Decis 25, inseticida de contato e ingestão do grupo piretróide, com composição Deltametrina, é considerado medianamente tóxico. Diversas pesquisas indicaram que os agrotóxicos do grupo piretróide estão associados a diversos efeitos graves à saúde. As intoxicações agudas por piretróides podem gerar irritações das conjuntivas, espirros, excitação, convulsões. E as intoxicações crônicas podem gerar alergias respiratórias, dermatites, irritações nas mucosas e hipersensibilidades. (CARNEIRO, et al, 2015)

O modelo de desenvolvimento adotado pelo Rio de Janeiro aponta repercussões para a saúde da população do assentamento, sendo um território que fica em área de disputa entre projetos políticos territoriais e de desenvolvimento antagônicos. De um lado, estão os projetos que se relacionam a agricultura agroecológica, direitos sociais, ambientais, fundiários e de saúde destas famílias; do outro, os projetos desenvolvimentistas, em que as próprias autoridades do estado do Rio de Janeiro servem aos interesses do grande capital em detrimento das condições de vida da população.

3 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO

Somente os sábios entendem como a doença pode ser lucrativa e o lucro pode ser doentio. (TZU, 2002)

A compreensão dos debates sobre o processo saúde-doença-cuidado é fundamental para a presente pesquisa, visto que estes se tornaram um marco teórico importante na história da saúde pública, apresentando subsídios para realizar uma análise da situação de saúde do assentamento Zumbi dos Palmares no estado do Rio de Janeiro. Entende-se que esta compreensão possa promover o interesse dos sujeitos partícipes e que possa os levar a atuar na construção de uma realidade social a partir da reflexão das práticas de cuidados vigentes no assentamento. Optou-se por trazer a abordagem unificada do processo saúde-doença com o cuidado, pois, desse modo, aponta-se a reflexão de que não é possível isolar a conceituação teórica sobre saúde e doença sem avaliar suas práticas de cuidado. (BATISTELLA, 2007)

Parafrazeando Scliar (2007), os conceitos de saúde e doença não têm o mesmo significado para todas as pessoas, vão depender da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas. Mas não se supõe que ocorra uma superação linear dessas visões, pelo contrário, os diferentes olhares complementam-se e disputam espaços de compreensão e intervenção. (BATISTELLA, 2007, p. 25)

Entre os povos da Antiguidade, dominava o pensamento mágico-religioso, as epidemias era castigo divino e as práticas de cura eram muito ligadas aos indivíduos iniciados. Além da herança de uma sofisticada farmacopeia, deixaram a herança da forma integral de tratamento do indivíduo. Essa visão mágico-religiosa ainda causa influência nos dias de hoje, como, por exemplo, o uso de rezas, benzeduras, simpatias, oferendas e os ritos de purificação presentes em diversas crenças e religiões. É essencial que se reconheça e respeite a expressão dessas crenças e práticas na sociedade, viabilizando um encontro de saberes que possa conferir mais efetividade às ações de promoção, prevenção e cuidado. (BATISTELLA, 2007)

À margem das concepções mágico-religiosas, foi se desenvolvendo outra explicação para saúde e a doença. O apogeu da civilização grega representou o rompimento com a superstição e com as práticas mágicas e apresentou explicações racionais para os fenômenos

de saúde e doença. Mais do que lidar com problemas de saúde, procuravam entender as relações entre homem e a natureza. Hipócrates (460 - 337 a.C), como referência dessa concepção, via o homem como uma unidade organizada, ou seja, a saúde como equilíbrio de quatro fluidos de humores (bile amarela, bile negra, fleuma e sangue) e a doença como desorganização desses. As ações de higiene e de educação em saúde estavam baseadas na recomendação de um modo de vida ideal, em que a nutrição, excreção, exercício e descanso eram fundamentais. Para Scliar (2002), a característica fundamental dos médicos gregos era a observação atenta, mas sem experimentação, registro lógico e metodologia científica; tratava-se de uma medicina centrada no cuidado do corpo, e o papel do médico era colaborar para restauração da harmonia.

As contribuições da medicina grega foram bastante assimiladas pelo Império Romano, porém, muito embora os romanos tenham realizado um notável desenvolvimento na engenharia sanitária e na administração das cidades, alcançaram pouco avanço na clínica. Eles tão pouco conseguiram assimilar a compreensão grega do ser humano como um todo harmônico e, portanto, foram pouco capazes de transpor essa concepção para as suas relações sociais. A água de boa qualidade, por exemplo, que os gregos entendiam como essencial à saúde, também foi assim entendida pelos romanos, que construíram aquedutos para transportar a água de locais distantes, no entanto esta era reservada apenas a uma minoria, isto é, a aristocracia romana (BATISTELLA, 2007). Com a queda do Império Romano e a ascensão do regime feudal, por volta de 476 d.C., evidenciaram-se o declínio da cultura urbana e a decadência tanto da organização como das práticas de saúde pública. A medicina hipocrática encontrou refúgio na civilização árabe e com os judeus. (SCLIAR 2002; BATISTELLA, 2007; SCLIAR, 2007)

No Oriente, a concepção de saúde e de doença seguia e segue um rumo diferente, de certa forma análoga ao da concepção hipocrática. Fala-se de forças vitais que existem no corpo, que quando funcionam de forma harmoniosa, há vida saudável. Para estes, as práticas terapêuticas têm por objetivo restaurar o normal fluxo de energia no corpo, que é o *Chi* na China e o *Prana* na Índia por exemplo. (SCLIAR, 2007)

Na Idade Média Europeia (500-1500 d.C.), a influência da religião cristã manteve a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão da fé. Como consequência desta visão, as práticas de cura deixaram de ser realizadas por médicos para serem atribuições de religiosos. Faziam-se rezas, penitências, invocações de santos, exorcismos, unções e outros para purificação da alma. O corpo físico, apesar de albergar a alma, não tinha a menor importância. Muitos judeus e mulheres foram acusados de feitiçaria e

condenado pela Inquisição. A difusão da Igreja católica e de sua visão tornou marginal qualquer explicação racional que pretendesse aprofundar o conhecimento a partir da observação da natureza. O fim da Idade Média foi marcado por intenso aumento populacional, crescimento das cidades e grandes surtos epidêmicos. Somente no final da Idade Média é que foram criados pouco a pouco os códigos sanitários, quando surgem os primeiros hospitais como espaço para salvação e últimos cuidados, assim como também surgem as práticas de quarentena, ou seja, o isolamento por 40 dias para deter a propagação das doenças. (SCLIAR, 2007)

O Renascimento cultural e científico possibilitou maior compreensão da constituição do corpo humano, estudado detalhadamente por médicos e retratados por artistas. As doenças, neste desdobramento racionalista, passaram a ser atribuídas a causas naturais. No rastro da alquimia, a química começava a se desenvolver e influenciar a medicina. Para eles, se os processos que ocorrem no corpo humano são químicos, os melhores remédios para expulsar a doença seriam também químicos; a partir destas premissas que passaram a administrar pequenas doses de minerais aos doentes (SCLIAR, 2002; 2007). Os grandes avanços ocorridos no campo da física mecânica e da composição química da matéria resultaram na representação do corpo como uma máquina, passível de defeitos, que quando compreendidos poderiam ser corrigidos. (SABROZA, 2001)

Com o fim do modelo feudal de sociedade e a expansão comercial, as cidades tornam-se cada vez mais importantes econômica e politicamente. O mercantilismo impulsionava a indústria nascente e a produção torna-se elemento central na atividade econômica dos países. As péssimas condições de trabalho começam a chamar a atenção dos administradores, e o corpo, tomado como meio de produção pelo capitalismo emergente, será objeto de políticas, práticas e normas (BATISTELLA, 2007). Além da prática clínica foi desenvolvida neste período a função pública de ordenamento do espaço urbano, fundamentada ainda na concepção clássica entre doença e sujeira, porém, agora no viés de organizar e vigiar o espaço de produção e de reprodução social através de diferentes modalidades de polícia médica (SABROZA, 2001). Da necessidade de manutenção do poder dos Estados nacionais, surgem os registros de Estado e, entre eles, a estatística médica. Segundo Foucault (1979), o capitalismo socializou primeiro o corpo como objeto enquanto força de produção, isto é, força de trabalho. O controle da sociedade sobre o indivíduo não se opera simplesmente pela consciência ou ideologia, mas começa no corpo, com a *bios*. A Medicina Social surge como estratégia biopolítica, mas aponta que, a princípio, não foi como força de produção que o corpo foi atingido pelo poder médico, mas somente na segunda metade do século XIX,

quando foi posto em questão o problema do corpo, da saúde e do nível de força produtiva dos indivíduos.

Foucault (1979) aponta que houve uma ordem hierárquica nas políticas de saúde. Primeiro, foi o Estado que se tornou objeto de medicalização; em seguida, a cidade; e, por último, os pobres e trabalhadores. Para Foucault, os pobres só são vistos como um perigo a partir da Revolução Francesa e as medidas de prevenção tomadas pela Inglaterra foram principalmente para garantir a ordem social, como, por exemplo, a retirada de atividades que potencialmente poderiam conceder poder aos pobres sobre o local de ocupação. Essas medidas foram as que ocasionaram revoltas populares e a cólera de 1832. A partir dessa época, se decidiu dividir o espaço urbano em espaços de pobres e de ricos, pois se entendia que a coabitação de pobres e ricos trazia um perigo eminente de ordem sanitária e política. A medicina inglesa se torna social essencialmente pela Lei dos Pobres, ou seja, quando ocorre a idéia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica, a qual é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, como um controle pelo qual a classe rica ou seus representantes de governo asseguram a proteção da classe rica. O modelo de medicina social inglesa é que predominou. Sob o paradigma da teoria dos miasmas, foram realizadas as reformas urbanas nos centros industriais que reduzira, de modo significativo, a transmissão de doenças e a mortalidade infantil. Ao mesmo tempo, o modelo da higiene vinculada à concepção de mundo burguesa procurava difundir nos grupos populares os comportamentos adequados para saúde. (SABROZA, 2001)

No final do século XIX, registrou-se aquilo que depois seria conhecido como a Revolução Pasteuriana, que revelou a existência de micro-organismos invasivos, possibilitando produção de soros e vacinas para um número expressivo de doenças. A crença na possibilidade de erradicação das doenças infecciosas repercutiu na criação de laboratórios de microbiologia e imunologia pelo mundo todo. Como consequência dessa disseminação, os indicadores de mortalidade decresceram (BATISTELLA, 2007). O impacto da era bacteriológica mudaria definitivamente o modo de perceber a saúde e a doença. Esses conhecimentos impulsionaram também a Medicina Tropical e o nascimento da epidemiologia. (SCLIAR, 2007)

Parafraseando Batistella (2007), não se pode falar desse salto vendo apenas suas consequências benéficas. A principal crítica é sobre o reducionismo do fenômeno, a subjetividade substituída pela objetividade, e subordinação das abordagens qualitativas em relação às quantitativas. Nessa conjuntura, a anatomia, fisiologia, patologia, imunologia e a farmacologia estruturam um novo pensamento médico científico, porém se desqualificaram

outras formas de entender o adoecer. As práticas médicas decorrentes dessa forma de compreender o adoecimento são predominantemente curativas e focadas no aspecto biológico. Essa concepção (saúde como ausência de doença) é largamente difundida pelo senso comum, mas não está limitada a esta dimensão do conhecimento, pois orienta também a grande maioria das pesquisas e da produção tecnológica em saúde, especialmente as que são referentes a diagnóstico.

A abertura de novos horizontes terapêuticos com a descoberta do genoma humano ascendeu o otimismo e a confiança na ciência, experimentados tanto na era bacteriológica do final do século XIX – quando se comprova a relação entre micro-organismos e doenças – quanto no período após a segunda guerra – quando o advento dos antibióticos indica inaugurar a crença na cura de todas as doenças. Ao mesmo tempo, a descoberta do genoma humano coloca a possibilidade de intervenção no código genético, a fim de evitar o surgimento de determinadas anomalias, trazendo à tona a profusão de estudos bioestatísticos de fatores de risco e apontando para um controle cada vez maior das circunstâncias que predis põem o indivíduo ao adoecimento, indicando os comportamentos e os modos de vida considerados saudáveis. (BATISTELLA, 2007)

Após a segunda guerra, é criada em 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS), agência subordinada à Organização das Nações Unidas. Em seu documento de constituição, a saúde foi enunciada como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Essa concepção evidencia a tentativa de superar a visão negativa da saúde propagada pelas instituições médicas, porém com a obtenção de várias críticas. As principais críticas são em relação ao caráter utópico e inalcançável da definição que impossibilita medir níveis de saúde e de pensar metas para os serviços de saúde. Outra crítica decorre do termo ‘estado pleno’, pois considera que as pessoas possam permanecer constantemente com bem-estar. Outra preocupação com o termo é que essa definição possa orientar práticas arbitrárias de controle e exclusão de tudo aquilo que for considerado indesejável e perigoso. (BATISTELLA, 2007)

As explicações relacionadas a uma única causa do processo saúde-doença, chamadas ‘unicasais’, começam a enfraquecer após a segunda guerra mundial, quando países industrializados começam a vivenciar uma transição epidemiológica, caracterizada pela diminuição das doenças infecto-parasitárias e aumento das doenças crônico-degenerativas. A maioria amplia a noção de saúde sob a perspectiva da possibilidade de adoecimento. Pela psicanálise, é criticado o antagonismo do normal e patológico; pela antropologia, aponta-se que ausência de enfermidade não indica necessariamente saúde. Outra crítica é sobre a

dimensão normativa da saúde, pois, ao descontextualizar os fenômenos de saúde e doença do desenvolvimento histórico e cultural da sociedade, isenta-se o poder público e culpa-se a vítima. As críticas em torno da concepção de saúde como ausência de doença foram diversas, impulsionando diversas abordagens como os modelos da balança, da rede de causalidades e, por fim, o modelo ecológico, também conhecido como o da história natural das doenças.

O modelo ecológico, proposto por Leavell e Clark em 1976, considera a interação, o relacionamento e o condicionamento dos três elementos fundamentais (tríade ecológica): o ambiente, o agente e o hospedeiro. Os períodos da história natural das doenças são: pré-patogênico, patogênico e período de incapacidade temporária ou permanente. O foco de perspectiva desse modelo é a clínica médica. A doença seria uma resultante de um desequilíbrio. Esta visão serviu tanto para a orientação de projetos de saúde pública como para a prática médica, e continua sendo usada amplamente. As oportunidades de intervenção passaram a ser analisadas de acordo com sua eficácia e, com a sua relação custo-benefício, priorizam-se as ações nos níveis de prevenção específica, diagnóstico e tratamento precoce. Esse modelo possibilitou a proposição de barreiras à evolução da doença mesmo antes de sua manifestação clínica, apesar de já serem identificadas falhas. (BATISTELLA, 2007)

3.1 ABORDAGENS POSITIVAS DA CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Diversos trabalhos têm sido desenvolvidos para formulação de conceitos positivos da saúde. Em comum, essas abordagens buscam integrar os aspectos sociais e econômicos na explicação do processo saúde e doença. A década de 1960 foi muito rica em análises que criticavam o modelo da 'história natural da doença', propondo uma abordagem mais ampla, que considerasse as relações da saúde com a produção social e econômica da sociedade.

Como aponta Batistella, (2007), é daí que surge o modelo da determinação social da saúde-doença, que procura articular as diferentes dimensões da vida. Nesse modelo, o papel da estrutura social irrompe como modeladora dos processos de produção da saúde ou da doença. A noção de causalidade é substituída pela noção de determinação, com base na valorização da tese de que a saúde e a doença são vistas como dois extremos ligados a uma hierarquia de condições e estruturas sociais. Essa concepção está vinculada à compreensão dos modos e estilos de vida, derivados não só das escolhas pessoais, como de fatores culturais, práticas sociais e constituição do espaço. A partir dessas dimensões, procura-se estabelecer relações de forma sistêmica, integradas em uma totalidade na qual são identificados os níveis de determinação e os condicionantes do fenômeno observado.

Diferentemente do modelo unicausal que não apontara para nova prática médica, o modelo da produção social da saúde implica em uma profunda revisão do objeto, dos sujeitos, dos meios de trabalho e das formas de organização das práticas, visando não apenas deter o avanço das doenças, mas sim, a promoção da saúde.

Esta visão abrangente foi adotada e colocada normativamente no Brasil na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, dado a uma intensa mobilização, que se estabeleceu como contestação aos regimes militares e à crise dos sistemas públicos de saúde. Daí que surge o conceito ampliado de saúde, que aponta ser a saúde o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. O amadurecimento desse debate ocorreu em plena redemocratização do país e representou uma conquista social. A saúde, no texto da Constituição de 1988, reflete o ambiente político de redemocratização do Brasil e, principalmente, a força do movimento sanitário na luta pela ampliação dos direitos sociais, como foi firmado na constituição brasileira:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 37).

O grande mérito desta definição reside na explicitação dos determinantes sociais da saúde e da doença que, muitas vezes, são negligenciados nas concepções que privilegiam a abordagem fragmentada e individual. Algumas críticas também são apontadas sobre essa concepção da constituição, a crítica gira em torno de que o conceito de saúde ampliado oculta a referência que comumente é dada às especificidades biológica e psíquica da enfermidade.

Nesta mesma orientação, também são deferidas críticas ao conceito de ‘promoção à saúde’, reconhecida até hoje como uma das mais instigantes propostas para operacionalizar um conceito positivo da saúde desde sua reconfiguração a partir do Informe Lalonde de 1974 – a primeira declaração teórica governamental de assistência médica promovida no Canadá. (BATISTELLA, 2007)

O modelo conceitual dos ‘determinantes sociais da saúde’ inclui as condições mais gerais – socioeconômicas, culturais e ambientais – de uma sociedade, e como se relacionam com suas condições de vida e trabalho de seus membros. O modelo/esquema que mais se destacou para sua compreensão foi o de Dahlgren e Whitehead, que mostra as relações

hierárquicas entre os determinantes da saúde. A partir dos anos 1990, o crescente consenso em relação ao papel dos determinantes sociais no fenômeno do adoecimento humano tem motivado diversos países a reformular os seus objetivos estratégicos na área de saúde. No Brasil, em 2006, foi criada no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, tendo como principais objetivos: (1) produzir conhecimentos e informações sobre as relações entre determinantes sociais e a situação de saúde; (2) promover e avaliar políticas, programas e intervenções governamentais e não governamentais em nível local, regional e nacional; (3) atuar junto a diversos setores da sociedade civil para promover uma tomada de consciência sobre a importância das relações entre saúde e condições de vida e sobre as possibilidades de atuação para diminuição das inequidades de saúde. (MINAYO, 2006)

As principais críticas dessa abordagem é que a doença continua a ser entendida como um evento clínico e biológico, enquanto as causas são consideradas fatores sociais isolados, sem estarem fundamentadas em qualquer teoria da sociedade. Avalia-se o acesso a serviços de saúde, mas nada diz sobre como a prática da medicina pode ser iatrogênica, não questiona a alta tecnificação e a lucrativa indústria que a sustenta. Ao contrário dos esforços de investigação empreendidos pela epidemiologia social das décadas de 1970 e 1980, os estudos atuais de determinantes sociais se limitam a identificar correlações entre variáveis sociais e eventos de mortalidade entre os diferentes grupos da população. (NOGUEIRA, et al, 2010)

Já a perspectiva da “Determinação social do processo saúde-doença” aponta que a saúde é um fenômeno eminentemente humano e não um fato biológico e natural. O esforço de entender a determinação da saúde vai além do emprego de esquemas de causalidade e não deve ser confundido com associação empirista entre condições de saúde e fatores sociais. O processo de determinar um fenômeno social é sempre o resultado de um movimento do pensamento que apreende o real de modo concreto, como síntese de “múltiplas determinações”. (NOGUEIRA, et al, 2010)

Outro modelo é o enfoque ecossistêmico, surgido na década de 1970, que busca rever a perspectiva antropocêntrica de dominação dos espaços ambientais, cujo caráter predador tem sido responsável pela destruição dos projetos humanos de vida saudável (MINAYO, 2006). A abordagem ecossistêmica coloca em dúvida o uso instrumental do conceito de ‘desenvolvimento como crescimento econômico’ e adota outro conceito fundamental, que é a ‘qualidade de vida’, entendida para além dos indicadores quantitativos, pois sua definição é eminentemente qualitativa. Há um estreitamento das relações entre saúde e ambiente neste enfoque, o que é considerado um avanço no questionamento do uso desmedido dos recursos

naturais e de seus impactos ambientais e sociais. Sob esse ponto de vista, a saúde e a doença decorrem das situações de risco tradicionais – como a contaminação das águas e alimentos, ausência de saneamento, maior exposição a vetores, condições precárias de moradia – e dos riscos ‘modernos’ como, o cultivo intensivo de alimentos e monoculturas, a poluição do ar, mudanças climáticas globais, o manejo inadequado de fontes energéticas. Tal enfoque apresenta a necessidade de trazer o lugar como espaço organizado para análise e intervenção, buscando identificar em cada situação específica, as relações entre as condições de vida e seus determinantes culturais, sociais e ambientais, dentro de ecossistemas modificados pelo trabalho e pela intervenção humana. (MINAYO, 2006)

Outra abordagem é a denominada ‘complexidade do processo saúde e doença’, que faz a análise com cuidado da conexão entre os determinantes sociais e as explicações do processo saúde e doença, sem cair no determinismo. A reivindicação é o estabelecimento de uma abordagem totalizadora que respeite a complexidade dos fenômenos da vida, saúde, doença, sofrimento e morte, indicando a necessidade de um tratamento teórico metodológico transdisciplinar tendo como base a perspectiva da complexidade.

Na mesma perspectiva, Sabroza (2001) considera a saúde como um sistema complexo, em que se articulam diferentes dimensões. Essas dimensões (biológica, psicológica, econômica, social, cultural, individual, coletiva e outros) precisam ser analisadas em diferentes níveis de organização da vida: o molecular, o celular, o individual, o grupo social, a sociedade, o mundo. Internamente, as categorias e as variáveis de cada nível são mediadas por relações de determinação e especificação. O processo saúde-doença, reconhecido a partir da posição do observador, aparece como alteração celular, sofrimento ou problema de saúde. No nível individual, a expressão do processo, simultaneamente, pode ser alteração fisiopatológica, sofrimento e representação mediada por valores culturais. No nível coletivo, o processo saúde-doença possui uma expressão populacional (demográfica, ecológica), cultural (conjunto de regras) e espacial (organização e disposição). Nas sociedades, esse mesmo processo aparece como problemas de saúde pública; na interface com o Estado, entre particular e público, e entre o individual e o coletivo. Estará, assim, sempre na interseção de duas lógicas: a da reprodução da vida e a da lógica da produção econômica. (SABROZA, 2001)

De acordo com Sabroza (2001), o conceito de saúde deve ser incluído entre aqueles tidos como imprecisos, embora fazendo parte de uma realidade objetiva. A construção do conceito só se dá a partir da sua elaboração por atores sociais concretos. Devem ser

considerados os determinantes sociais e espaciais relacionados com as transformações no processo de produção capitalista.

Referenciado nas formulações do geógrafo Milton Santos, Sabroza (2001) refere-se à estratificação social surgida nas diferentes formações sociais capitalistas: os incluídos (porém vulneráveis) e os excluídos. Representando não mais uma disfunção do sistema, o que antes era visto como ‘patologia social’ passa a ser compreendido como característica inerente do capitalismo, ou seja, um recurso estratégico de reprodução de seu dinamismo econômico e, conseqüentemente, de reprodução das desigualdades sociais e espaciais. Do ponto de vista da análise social, indica o surgimento de uma nova pobreza, caracterizada não somente pela diferença de renda, mas também pelo baixo grau de incorporação de inovações técnico-científicas e pela ausência da seguridade social.

Outro aspecto dessa complexidade é que o Estado, ao mesmo tempo em que cria políticas públicas voltadas aos direitos fundamentais, também se alia a grupos sociais conservadores e transnacionais, o que resulta em flexibilidade dos marcos jurídicos conquistados para a proteção do trabalhador, do meio ambiente e a garantia dos direitos fundamentais, em especial dos indígenas, dos quilombolas e dos camponeses. O resultado é a intensificação dos conflitos territoriais pela inserção capitalista destrutiva e concentradora nos diversos espaços da vida social, sejam nos campos e nas florestas ou nas cidades subordinadas às cadeias produtivas ou, ainda, aos megaeventos globais. (SABROZA, 2001)

Diferente do que ocorria no modelo ‘multicausal’, os fatores nas abordagens positivas não são mais alinhados como variáveis de peso igual. Há uma nítida valorização dos aspectos socioeconômicos na produção da saúde e da doença, no entanto não são deixados de lado os aspectos relativos ao nível individual. Esse movimento, ao passo que permite integrar no mesmo modelo aspectos tão aparentemente diversos, como desemprego, stress, hipertensão e reações bioquímicas, fornece elementos importantes para a mudança das práticas de saúde.

Diante desse quadro, reconhece-se a necessidade da superação da abordagem uni disciplinar pela multidisciplinar, sem a qual haverá enorme dificuldade da compreensão articulada e abrangente que esse campo exige. Desse modo, é fundamental a articulação entre todos os saberes para enfrentar diferentes problemas relacionados e compreendidos de forma interativa para uma melhor percepção de sua complexidade.

Não se pode supor que a esfera econômica pode ser tomada como referência dominante da sociedade, pois, por exemplo, a renda não parece representar medida válida ao bem-estar social e aos recursos de vida em países pobres. Mediante estruturas e dinâmicas próprias, além da concentração da riqueza, outras desigualdades encontram-se ativas em

sociedades flageladas pela pobreza, desemprego e exclusão social. Outro aspecto é que os fenômenos de saúde-doença-cuidado têm atributos e propriedades de realização e distribuição diferentes da renda. (NOGUEIRA, 2010)

Os gradientes socialmente perversos que permanecem em nossa sociedade refletem interações biológicas, distinções sociais e inequidades no plano jurídico-político, tendo como expressão concreta e empiricamente constatável as desigualdades em saúde. É preciso conhecer mais profundamente para superar com efetividade, isso implica um trabalho de construção conceitual e de mobilização para ação política. (NOGUEIRA, et al, 2010)

Uma lacuna importante para a compreensão sobre a determinação social da saúde é o fosso existente entre o plano macroestrutural e coletivo com as condições e potencialidades dos sujeitos em planos mais pessoais e comunitários vinculados ao cotidiano e lugar (TAMBELINNI, et al, 2012). Os estudos de determinação social da saúde devem envolver a caracterização da saúde e da doença mediante os fenômenos que são próprios dos modos de convivência do homem, que trabalha e desfruta da vida compartilhada com os outros, um ser político, e deve ser qualitativa, pois procura caracterizar a saúde e a doença em sua complexidade histórica concreta. O sucesso desse tipo de investigação não depende necessariamente do uso de métodos estatísticos, e sim da capacidade analítica de articular adequadamente uma multiplicidade de determinações que tem por base alguma teoria especificamente social da saúde (NOGUEIRA, et al, 2010). O desafio epistêmico exige a crítica e superação dos aspectos que descontextualiza, despolitiza e é reducionista do conhecimento construído a partir do paradigma hegemônico no campo da saúde (TAMBELINNI, et al, 2012).

3.1.1 Concepções do processo saúde-doença do MST, suas práticas de saúde e desafios

A concepção de saúde do MST dialogou com o período político que se consolidava. Desde as primeiras ocupações do MST, foram desenvolvidas ações de saúde – principalmente ligadas às demandas de doença nos acampamentos e assentamentos – que contavam com práticas populares, como preocupações com o acesso aos serviços de saúde e cuidados, como exemplo, com a água, lixo e nascentes. No acampamento, primeiro espaço de luta e manifestação permanente para pressionar os governos na realização da Reforma Agrária, é onde se encontra maior vulnerabilidade, onde normalmente as pessoas estão nos barracos de lona preta, nas beiras de estradas, com falta de saneamento, com convivência com a fumaça, carência de alimentos, cansaço mental, principalmente pelas pressões e ameaça de despejo, o

que favorece o aparecimento de diversas doenças. Por outro lado, há maior noção de coletivo e de solidariedade, o que ajuda no enfrentamento de problemas. (CALDART, et al, 2012, p. 23). Já no assentamento, o saneamento é melhor, encontra-se um aumento da produção, conseguem-se alguns créditos, mas modificam-se as relações interpessoais, observando-se maior afastamento entre as pessoas. (CARNEIRO, 2007)

A saúde é vista como uma conquista coletiva e não apenas individual, reforçando a necessidade da coletivização das informações e a participação de todos. É a partir da posse da terra, da construção dos assentamentos, que se estabelecem as condições de moradia, alimentação, educação e sociabilidade. São nestes espaços que os princípios do MST são colocados em prática, constituindo a ação política do movimento. Esses princípios são: 1) a terra é entendida como um bem comum, que tem como papel atender as necessidades de todos, não mais podendo ser tratada como uma mercadoria; 2) há a defesa de que se possa garantir trabalho e terras a todos os que nela desejam trabalhar para que seja mais democrático o acesso aos alimentos tanto nas cidades como no campo; 3) em vista disso, o latifúndio deve ser extinto para que a terra cumpra sua função social, pois este ao gerar desigualdades sociais gera também doenças à população do campo e da cidade. (MONKEN, 2006)

A concepção de saúde do MST é indissociável da idéia de igualdade e justiça social, exigindo com isso a necessidade de se conhecer os direitos dos cidadãos. Com uma maior compreensão sobre as relações entre saúde e a organização da sociedade, o coletivo incorporou em sua concepção o conceito ampliado de saúde elaborado pelo movimento sanitário que foi apresentado na VII Conferência Nacional de Saúde, resgatando nele a luta pelo acesso à terra e posse da terra que foram excluídos da legislação do SUS.

No começo, a atuação do setor de saúde era um reflexo da concepção hegemônica de saúde que priorizava respostas às demandas de doença nos acampamentos e assentamentos, porém, de certa forma, já apresentava elementos fundamentais para o enfrentamento dessa concepção, como os valores de solidariedade, respeito à vida e às diferenças culturais. As marchas e os congressos traziam e trazem um enorme desafio ao setor de saúde pela quantidade de problemas que surgem durante esses eventos, evidenciando os problemas crônicos e agudos de saúde dos assentados e acampados. Como exemplos, hipertensão, diabetes, dependência ao álcool, transtornos mentais, doenças agudas como diarreia, desidratação, entre outras. Nesses eventos muitas práticas de saúde foram efetuadas, apontando a importância de potencializar essas práticas em todos os Estados. (CARNEIRO, 2007)

A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 representou um marco na concepção ampla de Saúde por colocar que a saúde depende de condições de vida, as quais abrange o acesso à terra, ao emprego, garantia de moradia, e de renda. Na Constituição de 1988, a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado. Na década de 1990, são ainda criadas as leis orgânicas de saúde – a lei 8142 e a lei 8080 – porém apresentando uma perda política: a questão da terra não mais aparece na definição de saúde, e, diferente da luta original do movimento de reforma sanitária, o sistema privado de saúde ganha ainda mais espaço para complementar o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta década foi pautada por grandes perdas de flexibilidade dos direitos do cidadão com o avanço do projeto neoliberal, repercutindo desse modo nas lutas e princípios do setor de saúde do MST. Em 1996, foi um período intenso de ocupações do MST, culminando em 1997 com o ato atroz do massacre em Eldorado dos Carajás, aumentando a visibilidade da luta pela reforma agrária, consagrando, em consequência, o dia 17 de abril como o dia Internacional de Luta pela Reforma Agrária. (CARNEIRO, 2007)

Em 1988, foi criado o coletivo nacional de saúde do MST, considerado novo, se comparado aos coletivos nacionais da organização como produção, frente de massa e educação. Esse coletivo desenvolveu um amplo leque de ações e parcerias, tanto no âmbito federal como estadual, como exemplo os projetos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), com produção de fitoterápicos, assim como discussão sobre políticas de saúde, participação social e a organização dos coletivos locais. Além dos encontros periódicos, muitos cursos foram colocados em prática, e muito desses já estão consolidando suas sistematizações nos últimos anos. A partir desse momento, lutar por serviços de saúde começa a fazer parte da pauta da saúde no MST, ou seja, torna-se uma das linhas iniciais de discussão do coletivo de saúde que problematiza o direito à saúde como conquista da constituição de 1988, dialogando com os pressupostos da reforma sanitária, mas apontando os limites e desafios do SUS no campo.

A primeira cartilha de saúde do MST, chamada Caderno de Saúde número 1, em 2000, apresentou os seguintes princípios: (1) lutar pela valorização da vida, (2) acesso ao conhecimento e à informação, (3) saúde como dever do Estado, (4) atenção integral à saúde, (5) prioridade à promoção e prevenção, (6) respeito às diferenças culturais, (7) fortalecimento das práticas não convencionais e (8) saúde como uma conquista de luta popular (MST, 2000). A saúde é concebida de forma ampla compreendendo aspectos sociais, ambientais, políticos e culturais, em que se critica a visão de saúde como ausência de doença. (MONKEN, 2006)

Nessa cartilha, se reforça a visão ampliada do conceito de saúde, observando-se uma valorização do meio ambiente como elemento fundamental para a promoção da saúde, bem como a adoção de hábitos saudáveis que vão desde higiene a comportamentos éticos dentro da comunidade, e, principalmente, no seio familiar. Dentro da ética proposta, destacam-se os conceitos de solidariedade, responsabilização e divisão de tarefas. A cartilha inclui práticas de higiene corporal e da casa, assim como aspectos do comportamento e da moral, indicando hábitos e costumes que se devem evitar, por exemplo, o consumo de bebidas alcoólicas, machismo e violência doméstica. A preservação do meio ambiente implica na utilização de tecnologias de produção limpas, que evita o uso de produtos químicos (adubos e agrotóxicos), o desmatamento desnecessário e a preservação dos mananciais. A cartilha propõe a utilização de espaços comunitários para o cultivo da saúde como, por exemplo, a implantação de hortas comunitárias que funcionem como laboratórios de agricultura orgânica para serem utilizadas inclusive em processos formativos. O cultivo de plantas medicinais é, por sua vez, considerado uma forma de resistência ao modelo capitalista da saúde na medida em que resgata a sabedoria popular e se constitui numa alternativa de cuidado. (MONKEN, 2006)

Um marco de mudança na relação de entendimento do SUS pelo coletivo de saúde do MST foi a criação em 2004 do Grupo da Terra, composto por várias áreas técnicas do Ministério da Saúde (Secretaria Executiva, a Atenção a Saúde, a Vigilância em Saúde, a Ciência, Tecnologia, Insumos Estratégicos, a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, a Gestão Participativa, órgãos vinculados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária, FUNASA e FIOCRUZ), da sociedade civil (CONASS, CONASEMS) e dos movimentos do campo (MST, CONTAG, Movimento de Mulheres Camponesas, Comissão Pastoral da Terra), com posterior entrada dos representantes dos quilombolas, seringueiros e pescadores. Um dos principais resultados do debate do Grupo da Terra foi a elaboração da Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA). A luta pelo SUS ganha uma pauta de discussão na qual se questiona sobre qual sistema de saúde se quer para o campo. Também foi um período de questionamento sobre os conselhos de saúde, entendendo que esses não são a única forma de lutar por saúde e seus direitos. (MONKEN, 2006)

O Coletivo de Saúde do MST aponta as insuficiências das políticas públicas de saúde para o campo, os problemas em relação às políticas públicas de saúde, bem como o alcance restrito para as populações do campo, particularmente para os acampados e assentados. As recomendações do MST para que o SUS funcione como programado são: a melhoria do conhecimento da população sobre seus próprios problemas; o conhecimento dos direitos dos

cidadãos garantidos legalmente; a identificação dos representantes do povo; e a abertura de canais de comunicação e discussão com estes. (MONKEN, 2006)

Ao longo do processo, foram incorporados outros temas nas discussões do setor de saúde do MST, como saúde ambiental. Esse tema foi introduzido principalmente, pela falta de saneamento, uso de agrotóxicos e condições de moradia nos assentamentos. Outro aspecto relevante é que nos materiais mais atuais do setor de saúde, a saúde está relacionada à ‘capacidade de lutar’ frente à opressão e a tudo que fere a autonomia de ser como ser humano, pois a busca de saúde está refletida no fim do latifúndio, da violência, de forma a se libertar do sistema atual. (CARNEIRO, 2007)

Em 2008 inaugurou-se a primeira turma de técnicos em saúde ambiental. Em 2009 começam a retornar os médicos do MST que se formaram em Cuba, colocando novos desafios para se pensar a saúde e os cuidados para população do campo, bem como aprofundar a luta pelo SUS. No VI Congresso do MST, em 2014, pode-se ver, mesmo sob confrontos, com muitos desafios, a interlocução das práticas dos médicos e dos setores de saúde do MST. Nesse congresso evidenciou-se a dimensão ampla e complexa do setor de saúde, pois reuniu diversas equipes que, em síntese, levaram em consideração a saúde ambiental do local atuando em diferentes setores, como na ciranda de prevenção e cuidados de saúde, nas atividades educacionais da rádio, na tenda de atendimento com atuação conjunta de representantes do setor e com práticas de cuidado tradicional e popular junto aos médicos, enfermeiros e técnicos de saúde do MST. (MONKEN, 2006)

Se as práticas de saúde nos assentamentos/acampamentos do MST têm como princípio uma visão ampliada do processo saúde-doença, a eficácia das mesmas fica comprometida diante da ausência de políticas públicas fundamentais para a construção de espaços saudáveis para o campo, como por exemplo, saneamento básico, políticas de estímulo à produção agroecológica, estradas e transporte adequado. (MONKEN, 2006)

Em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA), há uma necessidade de desenvolvimento de programas de formação em saúde voltados para a saúde dessas populações. Estes programas deverão estar permeados pela emancipação dos sujeitos trabalhadores do campo e pela ênfase na promoção da saúde e da construção de espaços saudáveis nos territórios da reforma agrária. Para que o coletivo de saúde do MST possa atuar efetivamente na promoção da saúde, é necessário conhecer a realidade dos assentamentos/acampamentos, o que remete à idéia de território e de modo de vida das pessoas (alimentação, trabalho, moradia, lazer, esportes, cultura, arte, problemas e necessidades). (MONKEN, 2006)

Os desafios do setor de saúde se relacionam com os desafios e linhas estratégicas do conjunto da organização. A dimensão da luta vincula-se com a saúde no enfrentamento ao modelo de saúde capitalista expresso no modelo ‘médico-industrial-farmacêutico’ e ao modelo do agronegócio, garantindo o direito à saúde como dever do Estado. O trabalho em saúde tem como objetivo fortalecer as práticas populares, afirmando a cultura e os saberes do povo e incorporando a ética como fundamento das ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. A conquista da saúde passa por processos de formação de sujeitos totais, considerando os aspectos sociais, culturais e históricos comprometidos com a transformação da realidade opressora, por isso, a educação se dá no cotidiano da luta, nas mobilizações. A formação em saúde relaciona conhecimentos e técnicas com a própria prática e o projeto político de sociedade, perpassando todas as ações e objetivos estratégicos da saúde. (MONKEN, 2006)

4 ANÁLISES DE SITUAÇÃO DE SAÚDE: INSTRUMENTO PARA MUDANÇAS NO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO CAMPO

A primeira premissa de toda a existência humana, e, portanto, também, de toda a história, [é que] os homens têm de estar em condições de viver para poderem fazer história.

(MARX, 2002)

Falar sobre ‘atenção à saúde’ significa trazer para debate a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde que dê respostas às necessidades da população, sendo expressa em políticas, programas e serviços de saúde. Esse conceito surge na perspectiva de superar a clássica oposição entre assistência e prevenção, entre indivíduo e coletividade. São modelos distintos de conceber e de organizar as ações e os serviços de saúde, configurando ainda um desafio para constituição da saúde em um sistema integrado. (PEREIRA, 2009, p. 39)

4.1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL E DESAFIOS À SUA IMPLANTAÇÃO

No Brasil, o modelo chamado ‘Campanhista’ foi influenciado por interesses agroexportadores no início do século XX, baseou-se em campanhas sanitárias para combater epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, com vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares, e outras ações de medicalização, predominando como modelo até década de 1960. Hoje, ainda é uma modalidade de intervenção, mas não predominante. Paralelamente, o modelo previdenciário ganhou força a partir da década de 1920. Paralelo ao aumento da industrialização e crescimento do número de trabalhadores urbanos vieram a tona diversas reivindicações por políticas previdenciárias e por assistência à saúde, os trabalhadores organizaram junto às empresas a Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP) em 1923, que depois se transformou nos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), desta vez reunindo por categoria profissional e não só por empresas. A partir de 1930, a política de saúde estava mais estruturada em grandes centros e posto de saúde, sendo criados

alguns programas como pré-natal, vacinação, puericultura, tuberculose, hanseníase, entre outros. Esses eram denominados programas verticais, pois não consideravam aspectos sociais ou a diversidade de manifestações do estado de saúde de acordo com a região ou população. Nessa época se estruturaram as redes estaduais de saúde, e a assistência era voltada para os mais pobres da população, os mais abastados eram atendidos nos consultórios privados. (SILVA JUNIOR, 2007)

Esse modelo que recebeu enorme volume de investimentos é considerado um modelo biomédico denominado de medicina científica, biomedicina ou modelo flexneriano – homenagem a Abraham Flexner – que em 1911 a partir de um relatório fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos Estados Unidos (EUA) e Canadá. Trata-se de um modelo com base para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia. (SILVA JUNIOR, 2007, p. 28)

Nos anos 50, outras categorias profissionais aderem ao modelo dos IAP (s), formando institutos e novos serviços, intensificando a política de saúde pública e os investimentos em centros e postos de saúde com seus programas verticalizados (SILVA JUNIOR, 2007, p. 28). Enquanto o modelo centrado no hospitalar ganha força, o modelo ‘campanhista’ da saúde pública, pautado pelas intervenções na coletividade e nos espaços sociais, perde terreno e prestígio no cenário político, assim como perde em orçamento público, vindo até a prejudicar a prevenção e as endemias no território nacional. (PEREIRA, 2009, p. 40)

A instauração de um governo militar em 1964 determinou muitas mudanças, como a unificação dos IAP no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), mantendo o foco na assistência individual, expandiu o modelo biomédico de atendimento por meio de financiamento e compra de serviços aos hospitais privados. Isso expandiu enormemente o setor privado de clínicas e hospitais assim como também o consumo de equipamentos e medicamentos, sem garantir a excelência na assistência à saúde. Em 1975, institui-se um Sistema Nacional de Saúde em que as atividades de saúde pública continuavam desarticuladas da assistência médica individual.

A década de 1980 foi marcada pelas críticas ao modelo da biomedicina, não só no Brasil, mas mundialmente, principalmente nos países desenvolvidos, pois os problemas de saúde gerados pelo processo acelerado de urbanização, como doenças psicossomáticas, neoplasias, violência, doenças crônico-degenerativas e novas doenças infecciosas, não respondiam à abordagem centrada em características individuais e biológicas do adoecer. Mesmo com gastos cada vez maiores e uso de instrumentos e exames cada vez mais

complexos, não se obtinham respostas adequadas à saúde das pessoas, evidenciando os limites da biomedicina. Do ponto de vista tecnológico, ocorreu um predomínio das chamadas tecnologias duras, que dependem do uso de equipamentos em detrimento das tecnologias leves, relacionadas à relação médico-paciente, ou seja, a que priorizava os exames de diagnósticos e imagens, mas não necessariamente cuidava dos sofrimentos dos pacientes. (SILVA JUNIOR, 2007, p. 29)

Surgiram debates sobre modelos de assistência, principalmente em relação à racionalização do uso de medicamentos e tecnologias na atenção médica e o gerenciamento eficiente, sendo que a mais difundida era a de atenção primária à saúde ou saúde comunitária. Essa proposta foi alvo de muitas críticas, uma delas a de ser ‘medicina de pobre para os pobres’, outra crítica se referia a ser esta prática relacionada a uma medicina com limites ao acesso de tecnologia para todos. Porém, mesmo com críticas, essa proposta foi encarada por grupos de oposição ao governo militar como estratégia para redemocratizar a política e levar assistência de saúde à população em geral. (SILVA JUNIOR, 2007, p. 31)

A partir da década de 1980, vários municípios organizaram redes de unidades de saúde para atenção primária com a ajuda das universidades, como Niterói, Londrina, Campinas e outros, que serviram de base para o movimento de reforma sanitária, que lutou pela atenção à saúde como um direito de todos e um dever do Estado, que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. As diretrizes dessa conferência ganharam forma de lei na Constituição do SUS por meio da Constituição de 1988 e foi posteriormente regulamentado pelas leis 8080 / 90 e 8142/90 – leis orgânicas da saúde.

A noção de atenção à saúde afirma-se paralelamente ao movimento de consolidação do SUS, na tentativa de produzir uma síntese que expresse a complexidade e a extensão da concepção ampliada de saúde que marcou o movimento pela reforma sanitária, tentando conceber e organizar as políticas e as ações de saúde numa perspectiva interdisciplinar, partindo da crítica em relação aos modelos excludentes, seja o curativo ou o preventivo. Há uma perspectiva de que a ‘atenção à saúde’ se construa a partir de uma perspectiva múltipla, interdisciplinar e participativa, intervindo sobre o processo saúde-doença a partir de um protagonismo dos sujeitos envolvidos, tais como trabalhadores e usuários que produzem e conduzem as ações de saúde. (PEREIRA, et al, 2009, p. 41)

Com base no Sistema Único de Saúde do Brasil, há três princípios fundamentais a serem considerados em relação à organização da atenção à saúde: universalidade, integralidade e equidade. Em relação à universalidade, pelo qual o SUS deve garantir o atendimento de toda a população brasileira sem critério de exclusão, o desafio posto à

organização de atenção à saúde é o de constituir um conjunto de ações e práticas que permitam incorporar ou reincorporar parcelas da população historicamente excluídas do serviço de saúde. Quanto à integralidade, em que a assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, o desafio ao modelo de atenção é que haja produção de serviços, ações e práticas de saúde que possam garantir a toda população o atendimento mais abrangente de suas necessidades. Em relação ao princípio da equidade, deve ser garantido de forma igualitária o atendimento, porém, contemplando a multiplicidade e a desigualdade das condições sócio sanitárias da população. Como desafio ao modelo de atenção à saúde, esse precisa orientar os serviços e as ações de saúde levando em consideração suas necessidades que são diferenciadas. (PEREIRA, et al, 2009, p. 42)

O SUS organizou-se, de certo modo, pelas tendências de seguir essa pauta de princípios, e também seguindo o modelo assistencialista, porém predominantemente de forma hierarquizada, em níveis crescentes de complexidade. Os serviços foram classificados nos níveis primários, secundário e terciário de atenção, conforme o grau de complexidade tecnológica. Essa racionalização proporcionou um fluxo para este sistema de saúde, mas também reforçou a sua fragmentação e não valorizou adequadamente a atenção primária, como um lugar de tecnologias simples. (PEREIRA, et al, 2009, p.42)

Uma transformação do modelo de atenção para ser concretizada exige a conjunção de propostas e estratégias sinérgicas nas três dimensões: a gerencial, a organizativa e a técnico assistencial. Mas, mesmo que não possam ocorrer concomitantemente, mudanças parciais podem ocorrer. Por exemplo, a introdução de tecnologias, identificação de problemas e necessidades de saúde em uma perspectiva social e epidemiológica, pode favorecer mudanças nas práticas de saúde por induzir ações sobre os determinantes dos problemas de saúde e não apenas nos seus efeitos. Mas no geral, do ponto de vista do propósito da atenção à saúde, trata-se de superar o modelo centrado na atenção de demanda espontânea, de atendimentos a doentes, para incluir ações de prevenção de riscos e agravos, e, de promoção da saúde. A ênfase do processo de prestação de serviços se desloca do eixo de recuperar a saúde de indivíduos doentes para prevenir riscos e agravos, bem como promover a saúde das pessoas e dos grupos populacionais, ou seja, implica em tomar como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, organizando-se a atenção dada. (TEIXEIRA, 2006)

Nos anos 90, várias alternativas foram sendo construídas ao longo da implantação do SUS como propostas de mudança no modelo de atenção à saúde. Alguns exemplos são: ‘ação programática’ ou ‘programação em saúde’, a versão brasileira de Sistemas Locais de Saúde

(SILOS), as ‘cidades saudáveis’ e o ‘movimento em defesa da vida’. Todas em comum tinham alguns aspectos como: (1) a noção de território como processo, onde a sociedade se estrutura e reproduz a vida, organiza a cultura e vive a história; (2) a definição de problema de saúde numa visão mais ampla que as doenças; (3) a percepção das desigualdades regionais e microrregionais visando à equidade; (4) a reorganização das práticas de saúde privilegiando uma abordagem mais interdisciplinar na qual a epidemiologia, as ciências sociais, a clínica, a educação em saúde e a política setorial possam articular-se na compreensão da saúde e da doença em seus aspectos individuais e coletivos; (5) a ampliação da percepção dos trabalhadores do SUS sobre os usuários, compreendendo-os nos seus aspectos biológicos, psíquicos e sociais, o que resulta no desenvolvimento de ações que articulam a promoção de saúde, a prevenção dos agravos, a cura e recuperação de indivíduos e coletividades doentes e a vigilância à saúde; (6) intersetorialidade – articulação do setor saúde com os demais setores de governo na formulação de políticas saudáveis; (7) gestão democratizada, tendo em vista a horizontalidade, com construção de espaços coletivos de gestão. (SILVA JUNIOR, 2007, p. 33)

As diferenças sobre as alternativas de modelo também existem, dependendo dos focos organizativos e da escolha de prioridades de atenção. O modelo técnico-assistencial em defesa da vida tem sua origem nos estudos de pesquisadores e docentes da UNICAMP, a partir da apropriação crítica de contribuições teóricas provindas do marxismo, existencialismo, psicanálise e da análise institucional, sendo centrais nessa corrente de pensamento as idéias de autores como Feliz Guatarri e Cornelius Castoriadis. O processo de trabalho é central nessa abordagem, a prática dessas experiências trouxe à tona a problemática da chamada (des) humanização do atendimento, em função da tecnicidade do cuidado, e a medicalização da sociedade. (TEIXEIRA, 2006)

Outra proposta foi a do grupo de docentes ligados ao Departamento de Medicina Preventiva da USP, sob o rótulo de ‘Ações Programáticas em saúde’, em que faziam uma reflexão sobre a programação enquanto tecnologia que pode ser utilizada para reorganização do processo de trabalho, com forte viés marxista estruturalista, avançando para incorporação do enfoque epidemiológico em perspectiva crítica, e direcionando para que se problematize a dimensão ética do cuidado à saúde a partir de filósofos como Heidegger, Habermas e Ricoeur. Do ponto de vista prático, esta corrente de pensamento delimita os objetos de intervenção no âmbito dos serviços como necessidades sociais em saúde, definidas em função de critérios demográficos, socioeconômicos e culturais, a partir de recortes populacionais. (TEIXEIRA, 2006, p. 34)

Em ambas as propostas, a lacuna é a ausência de proposições em relação ao desenho macro organizacional do sistema. A primeira trabalha no plano dos micros poderes e descarta a necessidade de se definir um objetivo do sistema de saúde, de políticas, de diretrizes e de normas gerais, pois essas devem ser subvertidas no cotidiano dos serviços transformando as pessoas. A segunda não trabalha com a idéia de ações territoriais de prevenção de riscos e agravos. A epidemiologia subsidia a clínica, ainda que seu conteúdo problematize os determinantes sociais do processo saúde-doença de determinada população, a partir dos quais se organiza o cuidado. (TEIXEIRA, 2006, p. 32)

Outra abordagem é a ‘promoção da saúde’, que surgiu no Canadá, EUA e países da Europa ocidental, tendo como marco, a Conferência de Otawa em 1986. Essa abordagem está associada a um conjunto de valores (vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria) que envolvem uma combinação de estratégias, em que participam o Estado, a comunidade, os indivíduos, o sistema de saúde e as parcerias interinstitucionais. Esta abriu espaço para a reflexão do conceito de saúde e a problematização das diferenças e semelhanças entre as estratégias de prevenção e promoção, estimulando estudos epidemiológicos e da saúde pública a aprofundarem a discussão em torno do conceito de risco, vulnerabilidade e implicações para as práticas de saúde. Como desdobramento das reflexões surge a proposta da ‘vigilância da saúde’. No Brasil essa proposta foi adotada em algumas cidades, como Campinas, Curitiba e Fortaleza. (TEIXEIRA, 2006)

A proposta, conhecida como ‘vigilância da saúde’, tem suas origens nas experiências desenvolvidas nos distritos sanitários, implantados no período de final dos anos 80 e início dos anos 90 por iniciativa de secretarias Estaduais e Municipais de saúde, com apoio da Organização Pan-americana de saúde e da Cooperação Italiana de Saúde. A base vem dos SILOS, que foi uma atualização da proposta de regionalização dos serviços de saúde elaborada por Dawson, nos anos 20 na Inglaterra, a que foi a matriz da organização do sistema de saúde italiano. Além do enfoque sistêmico, a implantação dos distritos sanitários absorveu rapidamente as propostas do planejamento estratégico situacional que também se alimentou da reflexão que estava sendo feita por epidemiologistas como Castellanos (1991; 1997), que se refere às análises de situação de saúde. Além disso, assimilaram-se, no mesmo movimento, as contribuições da geografia do Milton Santos como referencial para a delimitação dos territórios.

Em síntese, a vigilância da saúde apresenta sete características básicas: 1) intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e /ou determinantes); 2) ênfase em problemas que

requerem atenção e acompanhamento contínuos; 3) operacionalização de conceitos de riscos; 4) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; 5) atuação intersetorial; 6) ações sobre o território; 7) intervenções sob a forma de operações. (TEIXEIRA, 1998)

Porém, por ser uma proposta abrangente, a Vigilância da Saúde não avançou com especificidades de mudança na organização do processo de trabalho. Foi, no entanto, estabelecido um diálogo entre a corrente das ações programáticas e a promoção da saúde, e passou a ser usada como referência do âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF). (TEIXEIRA, 2006)

A Estratégia Saúde da Família foi implantada e financiada pelo Ministério da Saúde, introduzida por consultores do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa da Saúde da Família (PSF). Essa proposta vem da difusão do movimento de medicina familiar, estruturado nos anos 60 nos EUA e difundido em vários países da América Latina nos anos seguintes; deslocando-se das instituições de ensino para os serviços. No Brasil, a medicina geral e comunitária emergiu como proposta de formação em pós-graduação e posteriormente foi absorvida como fundamentação da política de organização da 'atenção primária em saúde'. Nesta concepção brasileira de saúde da família, evidenciou-se a articulação de noções e conceitos provindos de diferentes disciplinas do campo da saúde pública e coletiva, com princípios e diretrizes operacionais para concretizar um modelo de atenção pautado pela organização sistêmica dos serviços, caráter multiprofissional, utilização da informação epidemiológica para o planejamento, programação das ações de saúde e busca de integralidade das práticas. (TEIXEIRA, 2006, p. 40)

A partir de 1994 e principalmente no período 1998 a 2002, a Saúde da Família parou de ser um programa para virar uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS. Desde sua implantação, muitas questões foram suscitadas, como, por exemplo, a forma de organização e hierarquização das redes assistenciais. Sobre a discussão de desafios tecnológicos, a rede básica apresenta desafios muito mais complexos para assegurar acolhimento e resolutividade aos problemas de vida, inerentes ao contato com famílias, grupos sociais e diversidade cultural. Essa complexidade requer articulação de conhecimentos biológicos, com outros advindos da psicologia, sociologia, antropologia, entre outros. Diante disso, é necessária uma formação mais ampla e contextualizada. (TEIXEIRA, 2006, p. 40)

Hoje, a Estratégia Saúde da Família vive uma expansão enorme desde sua criação, mas ainda tem muitos desafios em relação a adequar-se às necessidades e problemas de saúde da população em suas práticas de saúde, conjugando ações voltadas ao controle dos determinantes, riscos e danos. Esta estratégia precisa enfrentar o desafio de incorporar o

diálogo com outras propostas que contemplam a redefinição do conteúdo das ações, como a ‘vigilância da saúde’, e incorporação de idéias do movimento em torno da ‘promoção da saúde’. (TEIXEIRA, 2006, p. 43)

Existem também propostas de atenção dirigidas a grupos específicos, tanto por ciclo de vida (idoso, criança, adolescente), como para portadores de doenças específicas (Hipertensão, Diabetes, Hanseníase) e, mais recentemente, relativas a gênero (Mulher e Homem). A Integralidade é um eixo central para a formulação de políticas e implantação de estratégias de mudança do modelo de atenção à saúde, dimensionada em dois aspectos: a primeira quanto à integralidade dos serviços de saúde (sistemas integrados) e a segunda sobre a integralidade das práticas de saúde em todos os níveis organizacionais. Essas propostas antagonizam com a lógica de integralidade, uma vez que fragmentam ações de saúde e buscam uniformizar a intervenção, por protocolos técnicos e científicos pouco permeáveis a especificidades políticas, sociais e culturais. (PEREIRA, 2009, p. 42)

Alguns desafios podem ser aqui apontados nesse percurso de mudança dos modelos assistenciais. Um deles é que a maioria das propostas centra-se na reorganização da atenção básica, mas é preciso que haja também modificações no âmbito hospitalar e em outras partes do sistema de saúde (SILVA JUNIOR, 2007, p. 38). Outro aspecto é que são poucas as experiências compartilhadas de decisão entre gestores, trabalhadores e população, assim como há uma carência de processos de avaliação que transcendem os aspectos normativos do cumprimento de metas, mas que podem avaliar o desenvolvimento de políticas ou qualitativo das práticas e dos resultados (SILVA JUNIOR, 2007, p. 38).

Outro desafio é que a cobertura da atenção básica foi ampliada, porém existem limitações para realizações de exames laboratoriais e radiológicos, ou para apoio nas áreas de reabilitação, saúde mental e outras, sendo dificultada a continuidade da atenção que correm o risco de serem desmoralizadas. A atenção básica não deve ser entendida apenas como porta de entrada do sistema de saúde, nem ser o único lugar de acolhimento, pois todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações sobre a saúde das pessoas. (SILVA JUNIOR, 2007, p. 37)

Os desafios para implantação de novos modelos de atenção à saúde vão além da vontade política dos sujeitos envolvidos, ou de ter a melhor concepção e proposta; é preciso entender conjunturalmente o histórico e cenário atual para compreender os elementos favoráveis e desfavoráveis. Antes de tudo, é preciso perceber a realidade de que continua um cenário de disputa de modelo, pois as práticas de saúde do modelo ‘hospitalocêntrico’ (hospital como centro da assistência) são impulsionadas pelas multinacionais de

medicamentos e equipamentos médicos, empresariado nacional e multinacional, com suas alianças com o Estado. (SILVA JUNIOR, 2007, p. 37)

Analisando a repercussão das diferentes concepções e experiências de mudança do modelo de atenção, Teixeira (2006) traz a reflexão de que nenhuma das propostas sozinha dará conta do processo de mudança ao modelo de atenção à saúde em todas suas dimensões, e esta defende que é necessário buscar reconstruir a organização dos serviços e se redefinir o conteúdo das práticas, a partir da situação concreta de cada local, seja um distrito, um município ou uma microrregião de saúde, levando em conta a heterogeneidade estrutural da situação de saúde e do sistema de serviços de saúde, tendo cuidado em modelos-padrão a serem reproduzidos em todos os locais, para princípios e diretrizes que possam ser adaptados às diversas realidades.

4.1.1 Análise de Situação de Saúde, Território e Territorialização

O debate sobre Análise de Situação de Saúde se insere no contexto de mudança do modelo de atenção à saúde, que está relacionado à busca por modelos que conjuguem as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com outras formas de cuidado voltadas para qualidade de vida das coletividades. A proposta de Análise de Situação de Saúde incorpora alguns atores sociais antes excluídos do processo de produção da saúde, uma estratégia para superar o modelo “biologicista, antropocêntrico, medicalizante e iatrogênico” em que se encontra o sistema de saúde. (PEREIRA, 2009, p. 474)

Dialogando com esse movimento de mudança de modelos de atenção, começou a ser dada importância aos novos conceitos das ciências humanas e métodos advindos da epidemiologia e da geografia humana, que possibilitaram avançar na descrição, sistematização e reflexão das situações de saúde, orientando o planejamento de práticas de saúde e ações de promoção à saúde. Nesse contexto, a utilização do conceito apontado de território na saúde é no diferencial de criação de ambientes saudáveis, e junto deve estar atrelado a um novo entendimento de saúde e de organização do trabalho. (MONKEN, 2007)

A abordagem ecológica das doenças foi a que permitiu maior aproximação entre a geografia e a epidemiologia, mas teve pouco alcance, principalmente diante da teoria da multicausalidade e o conceito de risco. No final da década de 1970, sanitaristas engajados no processo de transformação social fizeram duras críticas ao enfoque epidemiológico nos fatores de risco e às concepções ecológicas das doenças – principalmente a teoria da história

natural das doenças – criando o movimento ou a corrente da epidemiologia social ou crítica, que teve como principais autores Breilh, Granda, Laurell e Castellanos. (MONKEN, et al, 2008)

Na conferência da Associação Latino-Americana e do Caribe de Educação em Saúde Pública (ALAESp), em 1987, apareceram críticas sobre as limitações no exercício da capacidade analítica da situação de saúde prevalente nos países da região, como apontado a seguir:

[...] a investigação e análise sistemática da situação de saúde deve reforçar nos países a capacidade para um maior e melhor uso dos dados de mortalidade e morbidade na identificação de prioridades e na avaliação dos resultados das ações dos programas e serviços. (TEIXEIRA, 1998, p. 13)

Essa nova concepção foi muito utilizada nos estudos analíticos da situação de saúde, os quais buscaram alargar os conceitos de ‘espaço’. Esse novo conceito também é oriundo da geografia nova ou geografia crítica, desenvolvida na França inicialmente por Pierre George, Yves Lacoste, Paul Claval e David Harvey, e com contribuições de pensadores de outras áreas como Henry Lefebvre, Manuel Castells e Michel Foucault. No Brasil, o geógrafo Milton Santos foi um grande impulsionador desse debate sobre espaço. Esse tema teve grande influência entre os sanitaristas, que consideram o espaço como processo, ou seja, uma construção social, idéia essa desenvolvida principalmente por Barreto (1982), Silva (1985) e Sabroza (1991), que trazem um forte desejo de transformação social e debate sobre efeitos deletérios das desigualdades sociais na saúde das populações. (MONKEN, et al, 2008)

Análises de situação de saúde trazem uma intenção de intervir na transformação da saúde das populações e também das inequidades sociais em saúde. Consiste na descrição e explicação do perfil dos problemas prioritários de saúde de uma população e um aporte básico para definição de políticas, de estratégicas e de planos nos diferentes níveis de decisão local, nacional e internacional, reconhecendo a complexidade e se concentra na construção da viabilidade das mudanças para os resultados desejáveis. Quando se formula um ASIS, organiza-se e apresenta-se a situação de uma das perspectivas possíveis.

No Brasil, o debate sobre a articulação entre a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços foi contemplado durante o II Congresso Brasileiro de Epidemiologia em 1992, quando se chamou a atenção para a importância do modelo proposto por Castellanos (1992) para a ASIS. Essa possibilidade de que a análise mais abrangente da situação de saúde conduzisse a propostas de reorganização dos serviços é discutida por Paim (2014). Esse autor

aponta que a oferta organizada de serviços pode suplantar as ações dirigidas ao atendimento da ‘demanda espontânea’, bem como, de ações realizadas a partir da implantação dos chamados ‘programas especiais’ dirigidos a grupos populacionais específicos. A preocupação com a construção de um modelo assistencial que articulasse os conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde se expressou na utilização do termo ‘vigilância à saúde’. Já no III Congresso de Epidemiologia, coloca-se em crítica a concepção de vigilância à saúde restrita, que se entende por um debate conceitual e metodológico, o qual, apesar de ampliar a vigilância epidemiológica com incorporação da vigilância sanitária, não prevê a reorganização do conjunto das ações e serviços de atenção à saúde. (TEIXEIRA, 1998, p. 14)

Paralelo ao debate conceitual e metodológico desenvolve-se uma reflexão sobre a organização das ações de vigilância no âmbito do SUS. A proposta de descentralização das ações de vigilância, partindo da análise crítica do sistema vigente, ganha força na década de 1990. Em 1995, a proposta de organização do Sistema de Vigilância da Saúde no SUS ganha contornos mais bem definidos (TEIXEIRA, 1988, p. 13). A ASIS corresponde a uma vertente da vigilância da saúde que prioriza a análise de situação da saúde de grupos populacionais definidos em função de suas condições de vida. Sobre saúde e condições de vida, Castellanos (2004) diz que as condições de vida são a expressão da vida cotidiana, dos processos de reprodução social dos indivíduos e de populações.

Na análise de situação de saúde, se insere uma gama de conceitos-questões como: ‘população’, ‘necessidades em saúde’, ‘problemas de saúde’, ‘equidade’ e ‘atores sociais’. Sobre população, esta é um agrupamento de ‘subpopulações’, que interagem com sistemas complexos, hierárquicos e abertos, é uma totalidade e uma parte, dependendo do nível de abordagem. Coloca-se em questão a complexidade que é uma população, e apresenta-se que, em qualquer nível de complexidade que se aborde o estudo sobre a análise de situação de saúde, encontra-se ao menos três níveis de observação e análise. Sobre os atores sociais, Castellanos aponta que um ator social é qualquer pessoa, instituição ou organização que tem capacidade para mobilizar recursos que possam possibilitar a intervenção sobre problemas de saúde, que podem ser econômicos, técnicos e políticos (CASTELLANOS, 2004, p. 195). No caso das necessidades de saúde, estas poderiam ser definidas como: “*carências relacionadas com a manutenção das condições de sobrevivência e desenvolvimento pleno das capacidades dos indivíduos e grupos de uma determinada população*”. (TEIXEIRA, 2010, p. 140)

Os problemas podem ser definidos em termos de danos à saúde, carências ou deficiências das respostas sociais diante das necessidades vinculadas às condições de vida. As

respostas sociais podem ser: a criação de uma unidade de saúde, transporte e parque recreativo (CASTELLANOS, 2004). Considera-se que a análise da situação de saúde não é constituída apenas por uma listagem de problemas que compõem o perfil epidemiológico, faz parte também a explicação desses problemas, a partir de seus determinantes e a identificação de oportunidades e facilidades para intervenção. (PAIM, 2014, p. 29)

Um dos mais elementares conhecimentos que sustentam a saúde pública é que os problemas de saúde não se dão ao acaso, tem uma frequência e uma gravidade; e a essência da saúde pública é enfrentar e eliminar estes comportamentos diferenciais na escala local, nacional e internacional. Considera-se uma inequidade social as diferenças na situação de saúde que são reduzíveis, e, portanto, eticamente inaceitáveis, diante dos recursos econômicos e científicos atuais. A busca é pela equidade. (CASTELLANOS, 2014, p. 196)

Os fatores que aumentam os riscos à saúde para grupos sociais são chamados de ‘vulnerabilidade’, que são classificadas de duas formas. A Vulnerabilidade populacional é derivada de diferentes formas de exclusão social. A vulnerabilidade institucional se dá em termos de funcionamento da sociedade, por fragilidades de políticas públicas, processos decisórios e instituições que atuam na produção de condicionantes estruturais, que no contexto de políticas neoliberais, fortalece essa vulnerabilidade. Normalmente os grupos sociais que são mais expostos e correm mais perigos são os mais pobres, com menos recursos e oportunidades, e são desprotegidos do ponto de vista jurídico. Mas nem sempre é assim, pois a vulnerabilidade depende da forma de inserção dos grupos na sociedade.

Nos últimos anos, se incorporou o conceito de capital social para se referir ao conjunto de acumulações sociais, em termos de rede e pontes sociais, que fortaleçam a aderência e autoestima coletiva dos integrantes da comunidade ou população. Cada vez se encontram mais evidências da importância da discussão do capital social na determinação da situação de saúde. As intervenções preventivas em enfermidades específicas podem até modificar a frequência e severidade das enfermidades, mas não mudam as diferenças sociais na situação de saúde. Modificará o perfil no diagnóstico, mas não a situação de saúde, que seguirá sem ser equitativa, e os setores subordinados continuarão representando a saúde como negativa e deteriorada, gerando demandas cada vez maiores sobre os serviços de saúde. Por conta disso, cada vez mais tem importância os indicadores menos dependentes de diagnósticos específicos. Reforça-se a necessidade de técnicas que permitam recuperar a subjetividade dos diferentes atores envolvidos no processo e identificar problemas prioritários na população. (CASTELLANOS, 2004)

Outros conceitos essenciais para esse debate são o de ‘espaço’, ‘lugar’ e ‘território’. A dimensão do espaço é muito importante para compreensão da análise de situação de saúde. Esse é compreendido como um conjunto de lugares, resultado da interação singular de grupos sociais com seu entorno, ou a coexistência de grupos socioespaciais particulares, que, apesar de compartilharem o mesmo espaço, possuem diferentes modos de vida. Os lugares, na concepção de Milton Santos (1999), seriam palco da vida cotidiana, uma resistência ao processo de homogeneização do espaço. Segundo essa abordagem de influência humanística, o espaço – ao invés da mera localização – deve ser substituído pelo lugar como experiência. O espaço acumula as transformações ocorridas, num processo permanente de renovação (BARCELLOS, et al, 2002). Os lugares estão sempre se transformando, de forma harmoniosa ou conflituosa. Num mesmo lugar, existem diferentes atores sociais que têm diferentes interesses e forças políticas, o lugar é sempre o resultado desses conflitos. Parafraseando Barcellos (2000), a doença é uma manifestação do indivíduo e a situação de saúde uma manifestação do lugar, pois os lugares e seus diversos contextos sociais são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para produção de doenças.

Para Milton Santos, como ressalta Monken (2007), a geografia de um lugar é formada por fluxos e fixos. Os fixos são as casas, ruas, fábricas, posto de saúde, plantações, igrejas e os fluxos (ações ou funções) seriam o que dá vida aos objetos fixos, referem-se a movimentos, circulação de pessoas, mercadorias e idéias. E qualquer objeto, só tem razão de ser, se tiver um fluxo, e estiver inserido em um território. Essa concepção de espaço leva em conta todos os objetos existentes numa extensão contínua, coexistindo como sistemas e não somente como coleções. A percepção do espaço é marcada por afetividade e referências de identidades socioculturais, e o homem é promotor da construção do espaço geográfico, o que lhe confere valores de sujeito social e cultural. No contexto de novos modelos de atenção, de concepção do processo saúde-doença-cuidado, não se pode intervir em um problema de saúde vendo-o como um único problema isolado, é preciso vê-lo dentro de um território. (MONKEN, 2008)

Segundo Monken (2008), o conceito de “Território” na saúde foi introduzido pelos gestores de saúde e estudiosos de administração de serviços e próprios trabalhadores destes serviços. Esse fato gerou a possibilidade de um novo processo de fertilização mútua entre saúde coletiva e geografia. Começa sobre a ótica gerencial, mas dá lugar a propostas mais amplas do que a de território administrativo. Ressalta que o conceito de território é resgatado no livro “Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde”, em que artigos de diversos autores reafirmam a importância da categoria

território para a implantação de uma reforma democrática na saúde. Os mesmos autores desenvolvem uma metodologia aplicada às práticas de saúde a que denominaram de “processo de territorialização”. Esse território é, ao mesmo tempo, o território de suporte da organização das práticas em saúde, organização dos serviços de saúde, suporte da vida da população, da conformação dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem estar e da responsabilidade e da atuação compartilhada.

Outros elementos e conceitos corroboram para utilizar a categoria território como elemento estruturador das ações em saúde além de delimitações administrativas. Um elemento a mais sobre o assunto é abordado por Monken (2008), ao trazer a contribuição de Milton Santos, que afirma que “o território em si mesmo não constitui uma categoria de análise ao considerarmos o espaço geográfico como o tema das ciências sociais, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o território utilizado”. Ressalta que, pensar no território não pode ser como mera delimitação de uma área; é preciso reconhecer processos e territorialidades que muitas vezes transgridam limites impostos por atores determinados. É preciso conceber o setor Saúde como um ator a mais nessa arena – e não o único. Sendo que essa construção será tão mais sólida quanto maior for o grau de participação dos atores locais e respeitadas as suas territorialidades.

A saúde pública recorre à territorialização de informações há alguns anos, como ferramenta para localização de eventos de saúde-doença, de unidades de saúde e demarcação de áreas de atuação. Essa forma restrita de territorialização é vista com algumas restrições, principalmente por geógrafos, esses críticos apontam que o território não deve ser apenas análise de informações geradas pelo setor de saúde como simples espacialização e distribuição de doenças, doentes e serviços circunscritos à atuação do Estado. Considerando as críticas, a proposta é conceber uma territorialização ampla, de modo que esse método seja para obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações, um instrumento para se entender o contexto de uso do território em todos os níveis (econômicos, sociais, culturais, políticos). Um aspecto muito relevante da territorialização é o seu caráter participativo que facilita a interação entre a equipe de saúde, a população e os atores políticos. (MONKEN, 2008)

O processo de elaboração de diagnósticos territoriais de condições de vida e situação de saúde deve estar relacionado ao trinômio estratégico: informação, decisão e ação (TEIXEIRA, 1988). A fase de informação faz parte do processo de obtenção de dados primários e de sua sistematização, com objetivo principalmente descritivo. As variáveis contidas em seus instrumentos de pesquisa devem ser construídas visando uma interpretação

dos dados, conforme o arcabouço teórico e metodológico, e as categorias devem facilitar o processo de decisão. (MONKEN, 2008)

Uma forma complementar de proceder a uma análise de situação de saúde é estimular a realização de oficinas de territorialização com um planejamento participativo (PAIM, 2014). A territorialização de atividades de saúde vem sendo preconizada em várias iniciativas no interior do SUS, como o Programa Saúde da Família, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e vigilância, mas muitas vezes essa estratégia reduz o conceito de espaço, quando utilizado de forma meramente administrativa (MONKEN, 2005). Trata-se da possibilidade de criar espaços de diálogo entre gestão, trabalhadores e comunidade, fortalecendo o controle social. Por meio dessas oficinas indaga-se aos participantes quais os principais problemas de saúde da população e sintetiza-se posteriormente em um quadro, além de se ter a participação da comunidade na discussão. Essa técnica tem a vantagem de levantar problemas que não estão sempre registrados nas fontes de dados convencionais. (BARCELLOS, 2002)

Com a utilização desse enfoque, o município pode construir uma árvore de problemas, ou um fluxograma situacional para sistematizar as informações acerca dos problemas de saúde, subsidiando assim um processo de tomada de decisões com relação ao que fazer, ou seja, as ações e serviços a serem desenvolvidos não se restringem àqueles que já são tradicionalmente ofertados pela unidade de saúde, envolvendo um esforço adicional para mobilização e articulação de outros órgãos governamentais e não governamentais que atuam na área, inclusive na mobilização e participação dos indivíduos, das famílias e das coletividades que vivem e trabalham neste local. (TEIXEIRA, 1998, p. 20)

Nessa perspectiva, a territorialização se articula fortemente com o Planejamento Estratégico Situacional (PES) e, em conjunto, se constituem como suporte teórico e prático da vigilância em saúde. Apesar de toda a crítica que ainda perdura nos campos da saúde coletiva e da geografia por sua apropriação tecnicista e prática objetivamente, a proposta de territorialização coloca-se como estratégia central para consolidação do SUS, seja para reorganização do processo de trabalho em saúde, seja para a reconfiguração do modelo de atenção. (PEREIRA, 2009, p. 397)

4.1.1.1 Instrumentos e ferramentas para construção da Análise de Situação de Saúde

Existem diversas abordagens e fontes de informação para obter um diagnóstico sócio-sanitário de um território. Uma das fontes mais usadas é no âmbito da Estratégia Saúde

da Família (ESF), pelo sistema de informação da atenção básica. Porém, são dados dependentes da existência da ESF ou do Programa Saúde da Família. Outro aspecto é que, mesmo que exista a estratégia, muitas vezes ela não contempla dados importantes para o planejamento de ações que não são incluídas na rotina, tais como internações hospitalares, condições ambientais, dentre outros. É importante ter instrumentos que captem a existência de características da coletividade, tanto variáveis emergentes da interação humana, como redes sociais, valores e formas de organização da população. Essas são chamadas de informações, não dados – valor quantitativo referente a um fato ou circunstância – pois informações referem-se ao conhecimento obtido a partir de dados trabalhados ou resultado da análise e combinação de dados, o que implica interpretação, ou seja, uma descrição de uma situação real com um referencial explicativo sistemático. (MONKEN, 2008)

Um primeiro desafio de reconhecer esse território, os seus limites e atores políticos, é que nem sempre estão claros os conflitos de ocupação desse território. Essas divisões e subdivisões territoriais são espaços de poder, dentre os quais o domínio público ou privado, de caráter administrativo, é gerencial, ou seja, o poder pode ser econômico, político ou religioso dentro de um território. O reconhecimento do território não é feito somente listando as atividades, mas também reconhecendo as relações entre a população, atividades econômicas e o ambiente. Pois esse território não é depósito de objetos, mas sim formado por redes sociais, culturais, econômicas, e precisa-se reconhecer essas redes para se atuar nelas. (MONKEN, 2008, p. 227)

A fase de informação faz parte do processo de obtenção de dados primários e de sua sistematização, com objetivo principalmente descritivo. Na fase em que a prática vislumbra a ação, as operações identificadas e planejadas são subsidiadas pelas fases anteriores, através da apreensão interativa por parte do profissional de saúde da própria realidade territorial. Essa é uma prática transformadora e comporta o significado do território para os agentes deste processo, tanto os profissionais da saúde como os de outros setores de ação governamental, assim como também para a própria população.

O reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como, para a avaliação do impacto de um serviço sobre os níveis de saúde. Realiza-se o reconhecimento por meio da observação das condições criadas no espaço para produção, circulação, residência, lazer e comunicação para o exercício da política, das crenças e de condições de vida. (BARCELLOS, 2005; MONKEN, 2008)

É preciso desenvolver metodologias para permitir a integração de ações e informações sobre ambiente e saúde. Um bom começo são os indicadores de situação, que informam sobre

os agravos e condições socioambientais. Para caracterizar a situação de saúde, é necessário recorrer ao uso de indicadores quantitativos, como as taxas de mortalidade por causas específicas, mas também é importante conhecer o entendimento que os diversos atores sociais locais têm sobre o que são necessidades e problemas. Se forem considerados esses aspectos, a análise de situação de saúde propiciará a definição de perfis de necessidades e problemas com a identificação de uma prioridade com base no conhecimento. (BARCELLOS, 2005)

Para avaliar os perigos existentes no território, devem-se usar informações para levantar as atividades humanas. Isso pode ser feito através de dados secundários, como os do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) e os do Departamento de Informática do SUS (DATA-SUS) que podem fornecer informações sobre as atividades por dados baseados na quantidade de empregos, na renda nos setores primários, secundário e terciário da economia podendo dar uma idéia da dinâmica econômica de todos os municípios. Esses dados secundários podem ser demográficos, ambientais, de condições de vida, morbidade (ocorrência de doenças e agravos à saúde) e mortalidade (oferece a principal fonte da causa de morte da população). Como também, os dados podem ser dos serviços de saúde, que podem ser obtidos pelo sistema de informações hospitalares do SUS, nas pesquisas de assistência médico-sanitária (AMS, feita pelo IBGE), ou pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no qual se concentram os documentos e registros administrativos.

Complementando, é preciso problematizar os dados, pois como exemplo, a morbidade e a notificação de agravos à saúde é a principal fonte de informação, mas está limitada às doenças transmissíveis, registradas pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), sendo necessário também procurar dados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS, dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e acompanhamento de programas. Um indicador serve antes de tudo para comparação, pois tem um caráter instantâneo e simplificado, mas deve representar processos dinâmicos e complexos. A OMS define os indicadores de saúde em cinco grandes grupos: (1) indicadores de políticas de saúde, (2) indicadores socioeconômicos (3) indicadores de provisão de serviços de saúde, (4) indicadores de provisão/cobertura de serviços da atenção básica de saúde (5) indicadores básicos de saúde. (MONKEN, 2008)

Nos mapas é possível juntar informações e fazer comparações, assim como localizar objetos. É importante ter uma boa base cartográfica e ter bons dados sobre os problemas de saúde. Pode-se a partir do mapa planejar como evitar um problema. Para conseguir essa base, tem a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) que trabalha para o controle de endemias, com o Reconhecimento Geográfico (RG) ou croquis de campo. Outras opções são mapas das

prefeituras, ou mapas de turismo. Esses mapas podem e devem ser construídos durante o trabalho de campo, marcando os pontos de importância.

Existe uma forma complementar de informação que não está presente no mapa, por exemplo, o Sistema de Posicionamento Global (GPS) que recebe e interpreta sinais de satélite, localizando em mapas pontos de interesse da vigilância. O uso de indicadores de qualidade de vida e a utilização de técnicas de análise espacial, como geoprocessamento, sendo relevante compreender que são meios de aproximação da realidade e não constituem um fim em si mesmo. As análises espaciais devem ser dirigidas ao desafio de problemas concretos e baseadas em modelos teóricos conceituais apropriados e específicos a cada situação. (MONKEN, 2008)

A produção de fotografias é outro recurso para o reconhecimento das condições de vida e situação de saúde dos territórios. Essa tecnologia auxilia significativamente a análise dos territórios, identificando onde e como as pessoas produzem, moram, se divertem e circulam, enriquecendo o reconhecimento dos objetos e ações no território. Também pode dar informação sobre a dinâmica social, suas regras e recursos envolvidos, que definem contextos específicos para produção de saúde e doença. A escolha da imagem pode revelar o olhar do interlocutor sobre a realidade social e depois, por meio da interpretação das imagens produz a outras análises sobre o contexto. (MONKEN, 2008)

A forma mais frequente de utilização de fotografia em estudos é a de complementação do texto escrito. Retratam a história visual de uma sociedade, documentam situações de vida, atores sociais e suas regras cotidianas de convivência, permitindo a identificação de objetos em fluxos e ações no território, formas e suas transformações ao longo do tempo. (MONKEN, 2008)

5 METODOLOGIA

O conhecimento é assim: ri de si mesmo e de suas certezas. É meta da forma, metamorfose, movimento fluir do tempo, que tanto cria como arrasa. A nos mostrar que para o voo é preciso tanto o casulo como asa.

(IASI, 2008)

Antes de esmiuçar o caminho do pensamento metodológico, apresento as indagações gerais que orientaram a metodologia: Que metodologia melhor abarca a compreensão da realidade? Como se produz conhecimento? Como impulsionar práticas transformadoras em saúde? Como trabalhar com os sujeitos potencializando suas falas, sua voz? Existem riscos para essa pesquisa? Como proteger os sujeitos da pesquisa aos conflitos inerentes da exposição? É mais relevante trabalhar em pesquisas individuais ou em grupo? Como será feito o retorno da pesquisa aos assentados? Quais formas de registro são mais adequadas para dar visibilidade e gerar um debate em torno do resultado?

Diante das reflexões e indagações, se orientam a metodologia e seu caminho percorrido, descrito a seguir:

5.1 REFERENCIAL TEÓRICO DA METODOLOGIA

Esta pesquisa é qualitativa, descritivo-analítica, em consonância com Minayo (2014), que aponta que a pesquisa qualitativa se preocupa nas ciências sociais com um nível de realidade que não pode ser quantificado.

O Materialismo Histórico Dialético (MHD) é um pilar filosófico e metodológico importante para a pesquisa. Este orienta a compreender a realidade, sendo esta parte de uma totalidade, sendo um conjunto de mediações, determinação e contradição que constitui um determinado objeto do conhecimento. Ou seja, o objeto – no caso o assentamento – tal como ele é, independe dos desejos e aspirações da pesquisadora, ela vai ser interpretada. Nessa relação, tanto o objeto não é algo inacabado como a pesquisadora é sujeito ativo. Não há neutralidade, pois a pesquisa se desafia a revelar as formas preponderantes de dominação e alienação e pretende ser impulsionadora de práxis transformadora da realidade. Nesse caso, só pode se desafiar a isso, pois a história, a cultura e a sociedade são um processo, em constante

movimento que se dinamiza por contradições e, por isso, pode se impulsionar para superações. (PAULO NETTO, 2011).

5.2 INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS

Foram utilizados três instrumentos de pesquisa principais: coleta de dados, grupos focais e observação direta. Para isso, foram usados os seguintes materiais: um gravador, câmera fotográfica, materiais de papelaria, mapa e diário de campo. Foram tomados também como auxílio, instrumentos pedagógicos que incorporaram diferentes formas de expressão. As primeiras conversas impulsionaram a reflexão sobre os instrumentos metodológicos, como construção de mapas e fotografias para promover o debate. Dialogou-se com Ayres (2001), ao compreender a importância de se refletir sobre a linguagem na perspectiva de aberturas linguísticas, pluralidade de saberes válidos e normatividades de natureza não tecnicista, pois é preciso enriquecer também a concepção de intervenção que normalmente se trava no campo da saúde.

5.3 SUJEITOS DA PESQUISA

O caminho metodológico deu voz aos sujeitos envolvidos, e os sujeitos da pesquisa foram os assentados do assentamento Zumbi dos Palmares, profissionais de saúde da Unidade Básica de Campelo que estão no assentamento e os representantes dos movimentos sociais que atuam no assentamento, principalmente da Comissão Pastoral da Terra (CPT) e Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST).

Essa pesquisa trabalhou com grupo focal, dialogando com Ayres (2001), que afirma que é necessário que pensemos muito mais na “intersubjetividade, ou seja, o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos”.

Os grupos focais eleitos formaram-se com representantes dos assentados, profissionais dos serviços de saúde e representantes dos movimentos sociais que contribuem no assentamento. Esses grupos foram constituídos com cerca de cinco participantes, embora a participação de todos nem sempre fosse possível devido, principalmente, às dificuldades conjecturais enfrentadas no trabalho de campo.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Sobre os sujeitos da pesquisa, esses não foram abordados ao acaso, uma vez que se levou em consideração a potencialidade de cada participante, dentro dos três grupos focais propostos – assentados, profissionais de saúde e movimentos sociais – de contribuir na discussão do tema. Também se tentou levar em conta o equilíbrio de gênero dos participantes, de modo que metade fosse do gênero feminino e a outra, do masculino. Entretanto, a maioria dos participantes do grupo foi do gênero feminino. Os critérios de inclusão e exclusão na pesquisa se basearam no tipo de grupo focal. Para o grupo focal dos assentados, são os seguintes: morar no assentamento e ter mais de 18 anos. Para participação no grupo de profissionais de saúde: trabalhar na unidade de saúde local e/ou em outros serviços de saúde que atendam o território de análise e ter mais de 18 anos. Para participação no grupo de movimentos sociais: participar de movimento social que tenha atuação no território em análise e ter mais de 18 anos. Tomou-se o cuidado de se fazer convites prévios para a participação e de apresentar a todos os critérios de participação.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Fiocruz – em dezembro de 2015 – com número CAAE 49489015.7.0000.5240, com a previsão da data inicial de 14/12/2015. A pesquisadora avaliou que não haveria riscos ou danos significativos, previstos ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aos participantes da pesquisa. Foi decidido que os participantes teriam seus nomes preservados, seguindo a preocupação ética em relação aos riscos, estando, portanto, a pesquisadora atenta a posteriores repercussões.

A pesquisa se comprometeu também com princípios ético e políticos, almejando que a análise da situação de saúde do assentamento Zumbi dos Palmares estimule a consciência e a necessidade de superação da realidade.

5.6 COLETA DE DADOS

O caminho metodológico dialogou com o trinômio ‘informação-decisão-ação’ para análise de situação de saúde, ou seja, em três passos. O primeiro iniciou-se a partir das conversas nos três grupos focais, criando um primeiro panorama da situação de saúde do assentamento. Após os resultados e a partir deles, tomou-se o segundo passo da pesquisa, fazendo a reflexão com os três grupos focais sobre a situação de saúde do assentamento e apontamentos de soluções. No terceiro passo, foram feitas ações para resolução de alguns

problemas e necessidades de saúde do assentamento, dialogando com potencialidades do território.

A metodologia de observação participante ocorreu durante os contatos com os grupos focais e espaços de convivência no assentamento. A observação foi inserida de forma suplementar, como um elemento que potencializasse a análise e a pesquisa.

A abordagem dos sujeitos seguiu um roteiro de orientação, porém não de forma engessada, mas com flexibilidade para que houvesse a interação do moderador com os grupos. A forma de condução da pesquisa com o grupo procurou apresentar desde o começo as regras do grupo focal para ajudar na sua autonomia, com o intuito de prosseguir por meio de diálogo, deixando-os confortáveis para dizer o que pensam.

Para a realização dos grupos focais, elaboraram-se os roteiros de grupo focal (APÊNDICE A) e o roteiro de observação participante (APÊNDICE B). Esses instrumentos foram previamente testados, em setembro de 2015, com os membros do coletivo de saúde do MST do RJ, para possibilitar que gerassem sugestões para incorporação nos roteiros. A construção do roteiro para o grupo focal e para observação participante utilizou-se dos seguintes aspectos de análise: concepção sobre o processo saúde-doença, problemas de saúde e potencialidades à saúde do território, ambiente e conflitos socioambientais, trabalho no campo, atenção e práticas de saúde no assentamento.

Os grupos focais encontraram-se três vezes, em média. No primeiro momento, foram realizadas: 1) a aproximação com os sujeitos da pesquisa, 2) apresentação da pesquisa e diálogo sobre as dúvidas e relevâncias desta para os diferentes participantes, 3) a entrega dos ‘Termos de Consentimento Livre e Esclarecido’ (TCLE) (APÊNDICE C) e recolhimento de assinaturas. Em um segundo momento, seguiu-se o roteiro. Os temas foram abordados a partir de orientação dos roteiros previamente realizados e cada grupo focal teve a sua própria evolução na abordagem de todos os aspectos que pretendiam ser explorados, ou seja, em cada grupo, o tempo dedicado a esse primeiro momento foi diferenciado. Em outros momentos, foram combinados outros encontros, para continuidade da pesquisa. Após o término do primeiro passo de informação, foi realizado o segundo passo de debate e decisão sobre os principais problemas de saúde do assentamento e planejamento das ações, permitindo que se avançasse para o último passo da pesquisa, o de ação.

5.7 CONTEXTO DO CAMPO DE PESQUISA E DIFICULDADES ENFRENTADAS

Como dificuldade e limitação apontam-se o tempo investigativo reduzido, pois como reflete Pereira (2014), nenhum objeto de pesquisa pode ser deduzido a partir dos dados

imediatos, dos fatos brutos, dos fenômenos isolados, o que desafiou a pesquisadora a criar obstáculos contra as facilidades do realismo ingênuo, do senso comum, com cuidado de ouvir o saber popular e entender a vida prática, mas também olhar sobre que de ideologia e de falsas promessas do capital estão na vida, nas relações sociais, forjando a aparência.

Sobre o contexto da pesquisa, essa foi realizada no assentamento Zumbi dos Palmares, em Campos dos Goytacazes no estado do Rio de Janeiro. Os grupos focais foram realizados no período de dezembro de 2015 a março de 2016. Trata-se de um assentamento que fica a 6 horas de ônibus do local de moradia da pesquisadora, e as primeiras dificuldades foram com encadeamento dos três grupos focais nos períodos de permanência da pesquisadora no assentamento, que se deu em média de dois a três dias a cada 15 dias. De início, se conseguiu fazer um encadeamento em cada dia dos grupos, depois foram realizados dois grupos por dia. Uma das dificuldades encontradas foi referente à locomoção, pois se trata de um assentamento de grande dimensão com transporte precário. O meio de acesso para chegar junto aos assentados se deu, na maioria das vezes, com moto, mas também algumas vezes com carro. A solidariedade e compromisso dos assentados em apoio à pesquisa foi um ponto facilitador para a realização da mesma. Muitas vezes, as refeições foram oferecidas pelos assentados em suas casas, e a estadia da pesquisadora se revezou entre quatro casas de famílias do assentamento.

Em relação ao grupo focal dos profissionais de saúde, as principais dificuldades encontradas foram em relação à adequação da rotina da unidade básica de saúde. É uma unidade onde os profissionais que nela trabalham nunca estavam todos reunidos; a cada dia vai um médico de especialidades diferentes; os enfermeiros têm escalas diferentes durante a semana e os auxiliares administrativos, assim como, a gestora também não se encontram na unidade todos os dias. Para encontrar uma solução para a viabilidade da formação do grupo, chegou-se ao consenso por meio de diálogo com os profissionais de se realizar a reunião em grupos de três pessoas para instituir um grupo focal dos profissionais de saúde, possibilitando desta maneira o diálogo com quase todos os profissionais de saúde. Outro entrave foi em relação à sobrecarga de atividades dos profissionais em exercício na unidade, dificultando tempo livre para a realização do grupo focal. No entanto, paralelas às dificuldades, foram muitas as situações facilitadoras, como, por exemplo, a aceitação da pesquisa pelos profissionais, a relação de solidariedade da auxiliar de serviços gerais e dos agentes de saúde do PACS, que ajudaram e demonstraram boa vontade de criarem condições de permanência no espaço para a pesquisadora, como alimentação e estadia.

Sobre as dificuldades no grupo focal dos assentados, as principais questões encontradas foram em relação a dificuldade de reuni-los em torno da pesquisa, ou seja, adaptar seus horários aos horários que a pesquisadora poderia estar. Como se trata de um assentamento muito grande, com 25 km de extensão, no qual passa somente um ônibus que não percorre toda a sua extensão, os assentados se viam impedidos de participar de atividades mesmo dentro do assentamento.

Um dos espaços que reúnem assentados, o Grupo de Mulheres ‘Regina Pinho’, passou a ser o local onde foi realizada a maioria dos encontros do grupo focal dos assentados. Do qual cerca de cinco pessoas fizeram parte. Com a preocupação de gênero em equilíbrio, criou-se outro grupo na casa de um assentado, possibilitando mais participação masculina. No começo da pesquisa, instaurou-se a preocupação em conseguir compreender o ponto de vista dos assentados dos cinco núcleos, mas isso não foi contemplado, faltando representação do núcleo 3 do assentamento. Os próprios assentados, junto à pesquisadora, encontraram soluções para as dificuldades logísticas, conseguindo saná-las coletivamente.

Sobre as dificuldades com o grupo focal dos representantes dos movimentos sociais e organizações, que atuam no assentamento, surgiram entraves para se conseguir reunir os representantes desse grupo focal, visto que os presidentes de associação de moradores possuíam uma relação conflituosa entre eles, dificultando estarem juntos em um mesmo espaço. A solução de formação do grupo foi adquirida a partir de uma conversa entre duas pessoas e a pesquisadora, mas não se conseguiu formar o grupo com os presidentes das associações do assentamento. Apesar disso, ocorreram quatro encontros com três pessoas e mais um encontro com duas outras. Também se realizou um encontro em outro assentamento chamado Dandara dos Palmares, organizado previamente, que contou com a presença de três assentadas, as quais pertencem a núcleos diferentes do assentamento.

5.8 ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com Minayo (2014), a análise de conteúdo permite articular a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características, possibilitando que os produtos coletados possam ser submetidos à categorização. Nesta fase, o desafio é não se contentar com a compreensão espontânea, como se o real fosse o que foi captado pelo pesquisador, e é importante saber que a compreensão é provisória, fazendo-se através da aproximação sucessiva do objeto.

No capítulo de Resultado, que é apresentada a análise de dados, as falas são classificadas segundo o grupo focal que participa: grupo focal dos profissionais de saúde (GFPS), grupo focal dos assentados (GFA) e grupo focal dos movimentos sociais (GFMS).

Após a realização dos grupos focais, foram feitas a análise dos resultados e reunidos em categorias principais de análise, que foram organizadas para serem apresentadas em segundo momento da pesquisa. Nesse segundo momento, há o retorno das primeiras impressões da pesquisa por um panorama sobre o que é apontado por eles e pela coleta de dados da pesquisadora, sendo então relacionado ao primeiro diagnóstico de saúde do assentamento, desencadeando reflexões de suas práticas e sugestões de soluções. Num terceiro momento, foram apontadas as sugestões oriundas de um diálogo em um grupo maior, no qual se reuniram os diferentes grupos para apontar a análise de situação de saúde do assentamento. Após a realização da análise dos três momentos, foi elaborada a discussão sobre os resultados e as conclusões da pesquisa.

6 RESULTADO

Nenhuma mudança histórica começa pelo novo, mas da dialética de superação das velhas estruturas e relações sociais, o resultado não se esgota no conhecer, se desafia a não reprodução da ciência positivista, que não desvela, se contenta com o fenômeno em si.

(PEREIRA, 2014)

Neste capítulo será apresentada a análise dos dados primários coletados. Os dados primários foram obtidos nas idas a campo, trazendo as falas dos entrevistados nos três grupos focais realizados (dos assentados, dos representantes dos movimentos sociais e dos profissionais de saúde). As falas foram classificadas segundo o grupo focal que teve participação: Grupo Focal dos Profissionais de Saúde (GFPS), Grupo Focal dos Assentados (GFA) e Grupo Focal dos Movimentos Sociais (GFMS).

Os dados secundários sobre o assentamento Zumbi dos Palmares, que deveriam ser conseguidos com a prefeitura das duas cidades onde se localiza o assentamento, foram insuficientes. Foram realizados ofícios formais às secretarias de saúde dessas cidades, porém não foram obtidas as informações necessárias. Nesse capítulo, serão inseridas as fotos que foram consideradas pertinentes para ilustrar os dados e quadros que facilitam a compreensão do texto, construindo a situação de saúde do território em análise.

Para realizar a análise da situação de saúde do assentamento, foram feitos três passos que compõem o trinômio ‘informação- decisão-ação’, explicado no capítulo anterior de metodologia. O primeiro, o de informação, reuniu os dados sobre a situação de saúde no assentamento. No segundo, o de decisão, foi feita a socialização do panorama geral da situação de saúde do território Zumbi dos Palmares nos grupos focais, fazendo a reflexão sobre a situação de saúde apontada e sugerindo caminhos de resolução desses. No terceiro, o de ação, foi realizado o planejamento de ações com intuito de intervir nos principais problemas de saúde da realidade estudada e potencializar ações promotoras de saúde.

Para facilitar a compreensão da situação de saúde e da situação de território, quatro categorias foram criadas, as quais foram usadas no roteiro elaborado para os grupos focais (APÊNDICE A), que são organizadas no quadro abaixo:

Quadro1: Categorias de análise de situação de saúde do assentamento
Zumbi dos Palmares – RJ

Categorias	Características
(1) Concepção do processo saúde – doença – cuidado / Problemas de saúde e potencialidades à saúde do território	<ul style="list-style-type: none"> ❖ O que gera saúde no assentamento ❖ O que gera doença no assentamento ❖ Relação luta pela terra e saúde ❖ Problemas de saúde do assentamento
(2) Ambiente e conflitos socioambientais	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Condições das estruturas do assentamento: moradia / estradas/ equipamentos comunitários / transporte / escolas / espaços de lazer / meios de comunicação ❖ Condições de Saneamento (água, esgoto e lixo) ❖ Presença ou não de ambiente degradado e recuperado ❖ Presença de áreas de preservação ambiental. ❖ Uso ou não de agrotóxicos e adubos químicos ❖ Biodiversidade e agroecossistemas existentes ❖ Presença ou não de conflitos socioambientais
(3) Trabalho no Campo	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Formas de trabalho dos assentados ❖ Formas degradantes de trabalho ❖ Práticas de produção agrícola ❖ Formas de organização do assentamento ❖ Se há ou não espaços de decisões coletivas ❖ Formas de cooperação ❖ Presença ou não de cooperativas e associações
(4) Atenção e Práticas de saúde no assentamento	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Onde são atendidas as urgências e como são transportados. ❖ Dispositivos de saúde (academia da saúde, quadras de esporte, parque infantil, praça) ❖ Modelo de atenção predominante. ❖ Onde há atendimento em saúde ❖ Atividades de educação em saúde ❖ Pessoas de referência no cuidado com práticas populares em saúde ❖ Formas de cooperação ❖ Atividades que promovem saúde

Fonte: A autora, 2016.

6.1 PRIMEIRO PASSO: INFORMAÇÃO

6.1.1 Categoria 1: Concepção do processo saúde-doença-cuidado / Problemas de saúde e potencialidades à saúde do território

Essa primeira categoria reúne elementos da concepção dos três grupos focais sobre o processo saúde-doença-cuidado, com intuito de analisar como eles compreendem o processo de adoecimento e de saúde no assentamento, se há relação da luta pela terra e a saúde e quais os principais problemas de saúde do assentamento.

No grupo focal dos profissionais de saúde, a concepção do processo saúde-doença-cuidado apontou para uma visão ampla de saúde, uma vez que a maioria das falas apresenta as palavras ‘conceito amplo’ e ‘bem estar total’. Discute-se no grupo que o ‘conceito de saúde’ tem um caráter utópico, haja vista as dificuldades encontradas de aplicá-lo na prática; como se pode deduzir do comentário de um enfermeiro ao relatar as suas dificuldades cotidianas: *“um tratamento completo é você olhar a origem daquele problema, e muitas das vezes não é possível [fazer isso] na rotina do trabalho no posto”* (GFPS). No entanto, a compreensão da amplitude e da complexidade do ‘conceito de saúde’ é possível de ser alcançada, pois há uma reflexão latente que aponta para soluções desse desafio, como pode ser entendido pela reflexão do agente de saúde ao falar desse conceito: *“[...]não se limita aos muros de uma unidade de saúde, ele está nas atividades de lazer das pessoas, na qualidade da água que essa população consome, em outros serviços, saneamento básico, é um conjunto”* (GFPS). O entendimento que a luta pela terra gera saúde também é um pilar que deve ser considerado, pois *“a terra está envolvida com o aporte social”* (GFPS), sendo de onde se tira o sustento e *“a esperança de melhorar de vida”*. (GFPS)

Outro elemento abordado foi que *“saúde tem a ver com direitos; direito à informação, à educação, à moradia e outros”* (GFPS). Nesse debate, também foi colocado em pauta a importância do diálogo com a escola, apontando a dimensão da educação como essencial para as pessoas terem uma vida saudável. Assim como, foi debatida a diferença de educação e informação, ressaltando que só informação não resolve os problemas de saúde, pois os problemas vão além do déficit de dados informativos, são muito mais complexos. A questão de um saber que promova o cuidado torna-se essencial, trazendo a unidade básica de saúde a uma responsabilidade com a prevenção e a promoção de saúde. Como entrave para a realização de educação em saúde foi apontado por um profissional que: *“é só uma parcela muito pequena da população que conseguimos alcançar. [...] Se houvesse uma parceria com*

a escola, você trabalha não somente os alunos, mas resgata também os pais. ” (GFPS). Refletiu-se sobre a educação para além da informação, ou seja, como conscientização, e que isso venha a se dar de diversas formas, sabendo e levando em consideração que a “conscientização é gradativa”. (GFPS)

No grupo focal dos assentados, a concepção do processo saúde-doença apontou também uma compreensão ampla, trazendo com mais ênfase o determinante ambiental e a visão de complexidade dos problemas de saúde, como diz o relato:

[...] o que gera doença é o ambiente sujo, água ruim, as crianças ficam com doença de pele pelo ambiente seco, [...] O que mais me preocupa mesmo aqui é a água, pela questão de não ser tratada, [...] Se ela estiver contaminada vai dar doença de pele, se for fazer coisa pra comer, vai dar diarreia. (GFA)

Foi também feita a associação entre a saúde a alimentação saudável, como pode se notar pela fala:

[...] nesses dias estava pensando, fiz um frango com quiabo e a noite uma abóbora. E pensei que é um privilégio você ter algo que não precisou comprar, conhecer as mãos de quem plantou, e ainda tem gente que fala mal de morar na roça. Eu digo que gosto muito. (GFA)

Uma assentada refletindo sobre o adoecimento fez o seguinte relato:

Sobre isso de adoecer do homem, também é assim com os alimentos. Antigamente, por exemplo, o mamão tinha saúde, mas hoje em dia ele fica todo pintado, ele estraga fácil. [...] Acho que com a gente é assim também, estamos mais fracos, a gente hoje sabe tanto de um monte de bactérias e a gente adoece mais, tem medo de tudo, antes não era assim. (GFA)

No grupo focal dos movimentos sociais, a concepção de saúde se apresentou também ampla, de modo que foram apresentados outros elementos como essenciais para ser saudável,

como evidencia a fala de que: *“ter saúde é ter alegria, [pois] se você entra num hospital e alegra uma criança ela se ergue, a música também é saúde”* (GFMS). Foram apontadas várias situações e atividades de lazer no assentamento que promovem saúde como *“a festa junina que tem conseguido agregar o futebol, a pista de laço, a barragem que as pessoas vão tomar banho”* (GFMS). Foi apontada a importância de *“ver o que acontece na localidade, que promove lazer”* (GFMS), pois existem muitas atividades de lazer no campo que a cidade não vê como lazer, como assentada ressalta: *“a pesca, os meninos andando de cavalo, por exemplo, são coisas da área rural”* (GFMS). Em debate, conclui-se que *“ter saúde na área rural [...] não é ter as mesmas coisas que no urbano”* (GFMS).

Também foi dado ênfase na prevenção das condições de trabalho no campo, assim como a importância de valorização dos espaços coletivos e dos aspectos culturais para gerar saúde. *“A parte cultural faz parte da saúde. [...] quando tem a construção de algo coletivo, acho que promove mais a saúde, tem a fase da preparação que é muito importante pois integra as pessoas”*. (GFMS)

A conquista da terra foi associada à saúde, pois trouxe melhorias para região como escola, transporte, estradas, posto de saúde, energia e experiência por luta por direitos. Outro elemento de associação da luta pela terra e saúde foi em relação à recuperação do solo e a saúde para além dos assentados, como é dito abaixo:

Se a gente acaba com a agricultura familiar e a reforma agrária, o nosso país vira um deserto. O que gera saúde aqui é o ar puro. Hoje, moro dentro de uma mata frutífera, construída por mim. Achei um canavial e hoje já temos uma agro diversidade, numa média de 30 pés de frutas diversas. Qualquer mês que chegue aqui vai ter frutas. Agora estamos com um grupo que compra de nossas mercadorias. Toda semana forneço pra eles. Trás saúde para outros também.
(GFA)

Na fala dos atores dos movimentos sociais, pode-se detectar uma concepção ampliada de saúde e de território. Os principais problemas de saúde apontados no grupo pesquisado estão relacionados a fatores socioambientais, como se pode ver relatado: *“se a água é muito salinizada, isso pode gerar aumento e piora dos casos de hipertensão e problemas nos rins”*. (GFMS)

Os três grupos focais de pesquisa trouxeram em suas falas o problema de hipertensão e diabetes nos adultos. No grupo dos assentados e movimentos sociais foi abordado o problema da água salinizada como um problema de saúde, dando muita importância a este determinante ambiental. Os profissionais de saúde apontaram os problemas ortopédicos como importantes, sendo que esses casos são encaminhados para os especialistas em sua maioria. Sobre a saúde das mulheres, foi apontado o problema da gravidez precoce, que não foi muito abordado pelos assentados e movimentos sociais, mas explicado como um problema caso não ocorra casamento. Foi ouvido do grupo dos movimentos sociais que há nos idosos casos de sequela de AVC (Acidente Vascular Cerebral) e problemas respiratórios. Sobre as crianças, foi apontado que elas têm muitos problemas dentários e de pele, sendo também relatados casos de colesterol alto.

No relato do grupo dos profissionais de saúde, houve pouca ênfase para os casos de câncer, violência e casos de saúde mental, sendo este último avaliado como esporádicos, sendo citados apenas exemplos como o estresse pós-traumático como a perda de um filho. Os assentados falaram sobre o individualismo como um problema, e também os casos de alcoolismo e depressão. Foi citado o uso de drogas pelo grupo: *“também tem os que consomem drogas, [...] e os casos de alcoolismo, invisíveis na área rural, como as doenças mentais”*. (GFMS)

Sobre a desnutrição, o grupo dos movimentos sociais relatou que não conhece casos no assentamento, e apontou que isso decorre do fato de todos terem acesso à alimentação, pois *é dito que “pelo menos, tem uma possibilidade de comer uma fruta, verduras e legumes”* (GFMS). Foi avaliado pelos assentados que já existem hábitos de má alimentação, como por exemplo: *“o café é muito doce, em tudo põem muito açúcar, e já comem muitos alimentos industrializados”*. Ao mesmo tempo, houve relatos de hábitos de troca de receitas e informações sobre alimentos.

Sobre os casos de violência, foi dito pela maioria das pessoas que a vida no assentamento não é violenta, mas tem episódios de violência relacionados com conflitos no campo e contra a mulher. Por uma assentada foi dito que *“nem sempre é consequência da luta, mas tem muitas pessoas que tem medo de andar sozinhas, desde a época que Regina foi assassinada aqui dentro, e do outro caso que mataram mãe e filha”* (GFA). O assunto da violência foi mais valorizado pelo grupo dos movimentos sociais, como se pode ler abaixo:

No caso de violência, algumas pessoas não comentam, mas chegam na escola pelas crianças, elas comunicam. Mas o caso

das ameaças de morte não, os assassinatos que tiveram, tinham que ser mais debatidos, pois se perde a história, os mais antigos são ameaçados, muitos de nós já foram ameaçados. (GFMS)

Houve no grupo dos movimentos sociais uma maior reflexão sobre as doenças que não aparecem para os profissionais da unidade e ficam sem visibilidade, como os casos de *“acidentes de trânsito, violência doméstica, violência infantil, problemas ortopédicos, intoxicação por agrotóxicos e depressão”*. (GFMS)

Foi feita a reflexão das consequências dessa invisibilidade, trazendo o debate de que se *“a intoxicação por agrotóxicos virasse problema de saúde pública, poderia ir para o ministério, mas se não, fica invisível”*. A invisibilidade das intoxicações para o serviço público foi abordada pelo grupo dos movimentos sociais:

Aqui, tem vários casos de intoxicação por agrotóxicos, mas quando eles vão ao posto, eles não dizem o que é aos médicos; têm medo de ficar proibido de usar na roça por conta de fazer mal, tem gente que ficou até cego. E, mesmo que conte, o médico vai dar o diagnóstico, mas não vai dizer o porquê, vai dizer que é câncer, mas não o que causa. (GFMS)

6.1.2 Categoria 2: Ambiente e conflitos socioambientais

Essa categoria visa construir elementos para compreender a estrutura do assentamento e os principais conflitos socioambientais do território, dialogando com a concepção de que o ambiente não é só o meio biogeofísico (animal, vegetal, ar, água, solo), mas também o que vai além do mundo das ciências naturais, o que foi construído pelos seres humanos. Entende-se que o homem não se separa da natureza, e esta não é só serva dos seres humanos, deve ser compreendida em toda sua potencialidade. Entretanto, essa relação de dominação da natureza gera conflitos socioambientais que precisam ser compreendidos no território. (CALDART, et al, 2012, p. 94)

Em relação à estrutura do assentamento, ambos os grupos trouxeram elementos, mas no grupo dos profissionais de saúde, tiveram dificuldade em falar sobre esse aspecto por não terem conhecimento. Reunindo as informações, a maioria das casas é de alvenaria, existem

estradas de asfalto em alguns trechos, mas também trechos de terra, considerados “*muito ruins*” (GFMS), uma ponte no núcleo 5, por exemplo, “*foi feita há uns dois anos com muita luta*”. (GFMS)

No assentamento há poucas estruturas de lazer, mas tem quadra de futebol e parque infantil de diversão no núcleo 4. O comércio é escasso e não tem restaurante. No núcleo 4, tem uma ‘vendinga’, mas nos outros não, a maioria compra o que precisa na cidade. Sobre o transporte, é considerado precário, não segue os horários prefixados do cronograma oficial enviado, pois muitas vezes atrasa. Sobre os meios de comunicação, o telefone recebe sinal só em alguns locais, TV só sintoniza alguns canais e algumas casas possuem internet.

Foto 1: Parquinho e quadra de futebol do núcleo 4 do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ



Fonte: A autora, 2016

O relato de um assentado denuncia:

Sobre as necessidades de estrutura do assentamento, vou fazer uma lista, precisamos de um transporte mais adequado, de preferência circular; não tem meio de comunicação, só um orelhão no núcleo 4, e não tem iluminação pública. A ponte que deu uma melhorada do núcleo 5, pois agora está de cimento, depois de muita luta conseguimos, com manifestação na prefeitura, briga no INCRA, como sempre para ter ação, tem que ter luta. (GFMS)

Foi relatado pelo grupo focal dos movimentos sociais e também pelos profissionais de saúde que a unidade de saúde precisa realizar muitas melhorias: há a necessidade de adquirir um ar condicionado, fogão, realizar medidas de segurança, como a retirada pelo Corpo de Bombeiros da casa de maribondos que fica na casa ao lado, a unidade precisa de uma nova pintura, precisa-se colocar a placa do posto e fazer a manutenção da ambulância. Como apontou um profissional de saúde: “*poderia ter muita coisa pelo espaço, ter mais salas. A sala de vacina até hoje não funcionou, pois não tem geladeira; o ar condicionado; está sem estufa do dentista*”. (GFPS)

Sobre a unidade de saúde, foi reconhecido que ela foi uma conquista, pois o espaço para um posto foi reservado desde a época de acampamento, como se pode observar no relato a seguir:

[...] foram muitos acampamentos na prefeitura. A construção foi feita pelo INCRA, [pois] a gente acampou, passou fome na rua para isso aqui funcionar, foi feito em 1999, ficou três anos parado. A gente não sabia qual o caminho e depois descobrimos. O INCRA passou para prefeitura para poder funcionar, ficamos uns dois anos para poder colocar a funcionar, tendo a obra, imagine sem a obra, [...] não paga aluguel. (GFA)

Há também uma deficiência no complexo escolar. No assentamento, só existe uma escola, mas que não corresponde a expectativas de alguns moradores que relatam que perderam um pouco a confiança por problemas ocorridos em um passado próximo. Os adolescentes estudam nas escolas do Travessão e Carlos Chagas em Campos de Goytacazes, pois o assentamento só oferece o primeiro segmento do fundamental, obrigando aos alunos,

após o seu término deste segmento, a procurar uma escola em outro município. A escola mais próxima de ensino médio fica a 9 km do assentamento e é acessada por um ônibus escolar.

Não há saneamento básico no assentamento; a água potável, na maioria das vezes vem de poço e poucos realizam o processo de filtragem para o consumo adequado da água. Algumas caixas d'água existem, mas faltam encanamentos, e os assentados não sabem a quem se dirigir para solicitar tal obra. A água é inadequada para consumo, tornou-se salinizada, surgindo em consequência à demanda de construções de cisternas, pois só existem três no assentamento (uma no núcleo 2, uma no 1 e uma no 5) conforme relatado.

Quanto ao lixo, não há coleta no assentamento. Sobre esse problema, foi relatado que “alguns são queimados, outros jogados na roça para adubo, e algumas pessoas levam para reciclagem na cidade” (GFA). Este problema foi discutido entre os atores do assentamento, trazendo em pauta os perigos que tais ocorrências podem acarretar para o território em questão.

[...] os frascos de agrotóxicos são deixados na roça, às vezes jogam no rio, mas deveriam levar aonde tem que devolver. Normalmente são as mulheres que lavam também, o local de guardar, às vezes, é dentro da própria casa. Aqueles frascos de veneno ficam anos e anos na roça, isso é um perigo. (GFA)

Foto 2: Frascos de agrotóxicos no assentamento Zumbi dos Palmares - RJ



Fonte: A autora, 2016.

Sobre o solo, foi apontado que:

[...] é uma área muito degradada. A área de reforma agrária já é degradada, usam o máximo [antes] e o que fica já um solo degradado, então recuperar um solo é um desafio, e vem degradando cada vez mais, somado ao veneno piora tudo. Aqui optaram em usar o veneno, e não tem técnico, usam sem orientação, só na venda que orientam. (GFA)

Os conflitos socioambientais foram pouco relatados no grupo dos profissionais de saúde, mas os que moram no assentamento relataram conflitos entre os assentados, principalmente na disputa pela terra: entre os que querem vender o lote e os que denunciam. No grupo dos assentados, esse assunto foi recorrente: falaram das ameaças feitas e os assassinatos como decorrência desse assunto, relatam também que sempre foram feitas denúncias, tanto na polícia local como no INCRA, pois estes dois são os que podem intervir em tais episódios.

Também foram apontados conflitos em relação ao pasto. Algumas pessoas, até mesmo os de fora do assentamento, transformam a área de preservação ambiental do assentamento em pasto. A função de fiscalização também é do INCRA, no entanto este tem se mostrado ineficiente no controle. As áreas de preservação existem desde o projeto do assentamento, mas a maioria serve hoje como pasto, apesar de várias denúncias, conforme relatos dos assentados. Há sempre iniciativas por parte dos assentados para se reverter tal situação, como, por exemplo, plantar muda, cercar a área e aproveitar a própria autodefesa da natureza, mas apesar dos esforços de reflorestamento, o sucesso dessas tentativas é sempre ameaçado, pois cortam a cerca à noite e colocam boi de volta ao pasto, tal como relata um assentado:

Tem um lugar que era pra ser só reflorestamento, [...] mas também estão começando a desmatar. Não chegou a perder, pois a natureza é tão fantástica que vai tomando seu espaço pouco a pouco, principalmente nessa região tem muito maricá, uma árvore que tem muito espinho, vai crescendo, com espinhos e os animais não entram. (GFA)

Outro assunto que é frequentemente relatado no grupo dos representantes dos movimentos sociais é o conflito com a construção do Porto do Açú. As pessoas do assentamento mobilizaram-se para criar uma organização com o objetivo de lutar contra a construção da BR 101: o Grupo Território, que obteve no decorrer de sua atividade algum sucesso ao impedir, com barreiras, o avanço de tal empreitada. Há relatos também de que existe um mineroduto que passa dentro do assentamento, pois algumas pessoas do próprio assentamento assinaram um contrato permitindo a passagem do mineroduto por seus lotes em troca de dinheiro. Também foi denunciado como conflito o lixo jogado na praia tanto por pessoas (banhistas) como por empresas de supermercados:

Aqui também é caminho da praia. Teve uma época que traziam caminhão de comida estragada do supermercado e fizeram reportagem na Record denunciando. Jogaram umas três vezes até que pararam. Vinham de noite e de manhã, aparecia assim. Eram de supermercado grande. (GFMS)

6.1.3 Categoria 3: Trabalho no campo

Essa categoria reúne elementos sobre as relações de trabalho dentro do assentamento, que são múltiplas, compreendendo trabalho não somente como atividades laborais que geram renda ou que estejam relacionados ao emprego, mas como atividades que são fruto do processo de elaboração do pensar que se concretiza, sendo o trabalho um processo entre o homem e a natureza, em todas as dimensões da vida humana. (PEREIRA, et al, 2009, p. 400)

Nos três grupos focais foi apontado que a principal atividade laboral dos assentados é como trabalhadores rurais, isto é, eles são agricultores. Porém, o grupo dos profissionais de saúde esboçou dificuldades ao falar sobre o assunto. No grupo focal dos movimentos sociais, há depoimentos de que, no geral, a renda do assentamento vem da terra, visto que muitos trabalham no seu próprio lote. Dentro desta conjuntura, há, no entanto, diferentes formas de trabalho no campo: alguns produzem para subsistência e venda; outros somente para venda. Esta realidade se justifica, segundo um assentado, pelas necessidades de criar condições de sobrevivência no assentamento, visto que *“alguns arrendam o lote para outra pessoa trabalhar”* (GFA) para ajudar a compor a renda. Muitos assim, como ele, ficam o dia quase

todo no lote, vivem da agricultura, toda sua rotina de vida é em função do trabalho. Os mais velhos, que têm uma aposentadoria, ficam mais frequentemente nos lotes. Um assentado relatou que:

A maioria trabalha passando veneno em roça. É um dos serviços principais daqui, ninguém usa proteção, usa só blusa de manga comprida, calça, botas e sapatos. Paga 60 reais na enxada, 80 reais no embarque de muda de abacaxi, mas aí não envolve os agrotóxicos. Já com o veneno, cada tambor de 200 litros custa uns 50 reais, quanto mais conseguir botar agrotóxicos por dia, mais se recebe. Tem gente que vai de madrugada até a noite para poder ganhar mais. O plantio da muda, a cada vez, fica uns 200 reais, assim como a cana quando mais você corta mais ganha, é por produção. (GFMS)

Sobre a produção do assentamento o grupo dos movimentos sociais relatou que há a cultura de subsistência no assentamento. Muitos têm uma horta em casa para consumo próprio e outra para venda. Mas a maioria sobrevive do cultivo do abacaxi e da cana, porém também existem alguns que vendem aipim e outros alimentos.

Foto 3: Produção de mandioca do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ



Fonte: A autora, 2016

Os jovens também trabalham na agricultura, mas alguns trabalham fora, na cidade. Um jovem assentado relatou que: *“Os jovens, a maioria não tem estudo que incentive a estudar mais, não é voltada para realidade e se desestimula. O lote geralmente quem administra é o pai e para poder ganhar o dinheiro, eles vão nessas diárias.”* (GFMS)

Algumas mulheres também trabalham na agricultura, outras trabalham como domésticas na cidade, normalmente vão à busca de uma renda complementar para família. Como aponta a fala: *“(…) As mulheres, a maioria trabalha ajudando na roça, tem essa divisão do trabalho que a mulher tem que tomar conta da casa, mas a maioria trabalha na roça e também em casa, essa jornada dupla”* (GFA)

Foto 4: Produção de hortaliças, frutas e legumes do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ



Fonte: A autora, 2016

Sobre a diversidade de produção do assentamento, uma assentada que participa do Coletivo de Mulheres Regina Pinho relatou uma variedade de plantas que tem no seu lote:

Aqui no meu lote tem pico preto, acerola, babosa, limão, erva santa, chifre de garrote, cana do brejo, cana de macaco, bambu, taioba, urucum, café, alfazema, abacate, maracujá, gervão, cordão de frade,

couve, rosa branca, alfavaca, noni, manjeriçã, boldo, cajuzinho, erva Macaé, salsa, pata de vaca, amora, capoeiraba, aroeira, eucalipto, hortelã, pitanga, capim limão, cidreira, tansagem, baleeira, melão de São Caetano, quebra pedra, pico do amor. Temos muitos alimentos e plantas medicinais que ajudam a nossa saúde. (GFA)

Sobre a produção, uma assentada relatou que:

Aqui são nove hectares por família. O clima aqui não ajuda muito, faz plantação e quando começa a colher com esse sol queima tudo, estamos agora para perder o quiabo, já colhemos muito, cerca de 5 kg, e ganhamos 15 reais. Vendemos maxixe, ovo e, entre tudo, entra cerca de uns 70 reais na feira. Mas, para sobreviver só da roça fica bem difícil. (GFA)

A cultura de abacaxi e da cana são as principais do assentamento. Se, por um lado, se consegue por meio deste cultivo gerar uma renda razoável, por outro, se adquire também muita dívida. Como se pode concluir pelo relato de uma assentada:

Uma vizinha gastou 40 mil de veneno para usar em 400 mil pés de abacaxi, em roças maiores. Isso só de uma vez, pois, até o final da lavoura usam mais de 100 mil, cada vez que vão comprar para um período, são 40, 50 mil de veneno. Já pensou o quanto de veneno não estão usando? (GFA)

Foto 5: Produção de cana do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ



Fonte: A autora, 2016

Sobre a carga de trabalho, foi ressaltado por todos os assentados que o trabalho que existe na roça é muito pesado e mal remunerado. Dizem que estão muito expostos a riscos de adoecimento pelo modo e condições em que trabalham, tais como pela exposição solar, pela sobrecarga muscular, a qual afeta principalmente a região lombar, pelas possibilidades de acidentes e pelo uso de agrotóxicos.

Pelos representantes dos movimentos sociais é considerado mais danoso o trabalho realizado no cultivo de abacaxi, pois se usam muito agrotóxicos, trabalham agachados, e não usam nenhum tipo de proteção. Também é considerado perigoso o corte da cana, mas em termos de riscos, o cultivo do abacaxi traz mais malefícios à saúde, além de ser um trabalho com relações trabalhistas informais, como consta no relato:

Muitos assentados trabalham no corte de cana e abacaxi, geralmente com contrato informal, sem uma carteira assinada, tem uma precarização do trabalho, assinam carteira por seis meses só, depois saem sem seguro desemprego. É mais uma dificuldade para esses trabalhadores, pois, na hora de aposentar, vão estar com quase nenhum tempo de serviço. E outro aspecto é que, geralmente, esse jovem que se insere nesse serviço ele abandona a escola, trabalha no

abacaxi por seis meses e, quando não tem emprego na roça, vai para construção civil. Fica nesse ciclo vicioso. Hoje estão discutindo a questão do trabalho escravo contemporâneo, aumentou na área urbana e rural dessa forma. (GFMS)

Foto 6: Produção de abacaxi do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ



Fonte: A autora, 2016

Sobre essas formas de trabalho, um assentado ressaltou que “*degradam não só os que usam, mas também os vizinhos*”. Uma assentada que trabalha com a lavoura de abacaxi relatou que:

No serviço com abacaxi, tem os que plantam mudas e pagam pessoas para botar agrotóxico, um tipo é para isolar a terra para não vir mato, outro para não vir pragas até [o abacaxi] pegar um porte adequado. Outro põe para os insetos não virem e cobre para não queimar o abacaxi. Depois de um período, vai parar de jogar agrotóxicos, mas depois joga mais veneno para madurar e tem gente que joga veneno para crescer a fruta também. Os nomes dos venenos são o Ethrel para madurar, Orthocid 500 e Decis 25 para as pragas. Esses três que são os mais usados. Não se usa proteção, só calça, camisa, eu nem uso pano na cara. A gente sente a diferença, a boca

da gente cria como se tivesse uma espuma, como se tivesse comendo um monte de sabão, a saliva parece que engrossa. (GFA)

Sobre as formas de cooperação no assentamento, o grupo de profissional de saúde pouco sabe falar do assunto, mas mencionaram a associação de moradores e a escola de agroecologia como referências. Também apontou que a população é muito cooperativa com o trabalho deles, colaborando com a unidade com frutas, comida e ajuda pessoal. O grupo dos assentados disse que existe uma organização da cooperativa, uma associação que tem relação com o MST e CPT. Também foram ressaltadas pequenas formas de cooperação, como as dos vizinhos que ajudam na horta do outro, as mulheres que se ajudam cuidando das crianças, a ajuda e mutirões de produção agrícola e na construção de áreas de lazer. Na fala de um assentado isso fica mais bem exemplificado:

Os mutirões não têm acontecido, mas o último que aconteceu foi puxado junto com a CPT, após falecimento de um companheiro, mas faz tempo que não acontece. No [núcleo] '5', não tem cooperativa, no '4' tem a que foi ampliada, a associação foi formada um em cada núcleo do assentamento, muitas foram tomadas por pessoas para benefício próprio. [...] As pessoas ficam com medo de pegar a direção. (GFA)

Neste debate sobre as formas de cooperação foi apontado no grupo dos movimentos sociais que as atividades de lazer também são importantes, como aponta a fala de um assentado jovem:

Os jovens chegaram a montar um campinho de futebol, nós construímos, jogávamos sábado e domingo, mas como praticamente todos trabalham, a opção foi fazer um campo no pedaço do lote de um deles, botamos os refletores e é onde jogam à noite. Umas duas vezes na semana o pessoal se junta para jogar bola à noite. A quadra do '4' foi a prefeitura que fez, fez o parquinho. Mas o campo já existia ali na época da usina, lá marcam jogo, Zumbi '5' contra zumbi '4'. Agora para as mulheres jovens não tem atividade nenhuma. Tem um grupo para as mulheres, mas é preciso pensar sobre lazer e não algo para

elas trabalharem mais, tem que pensar em atividades para o lazer coletivas. (GFMS)

6.1.4 Categoria 4: Atenção e práticas de saúde do assentamento

Essa categoria visa trazer os elementos sobre a organização do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades de saúde da população em estudo, que pode ser expressa em políticas, programas, serviços de saúde e atividades que promovam saúde no território.

No grupo focal dos profissionais de saúde, foi apontado que o assentamento é atendido por três unidades de saúde: a de Santa Ana, a de Campelo e a que pertence a outro município, São Francisco de Itabapoana. A unidade que atende a maioria dos assentados é a de Campelo, a que fica dentro do assentamento no núcleo '4'. Não existe conselho de saúde nas unidades, o que existe é um conselho para todas as unidades.

Em Campos, não existe sequer uma unidade de saúde. No núcleo '5', existe uma agente comunitária vinculada a Cajueiro, que é da prefeitura de São Francisco de Itabapoana. Os agentes do núcleo '4' são vinculados à cidade de Campos. A maioria do grupo dos assentados valoriza muito a Unidade de Saúde de Campelo, reconhecemos limites dessa unidade, mas consideram que a aquisição de uma unidade de saúde é uma conquista da comunidade.

Foto 7: Unidade Básica Campelo do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ



Fonte: A autora, 2016

Sobre a história do posto de saúde, foi lembrado por uma assentada que:

[...] A história daqui, primeiro foi a conquista do espaço, foram muitos acampamentos na prefeitura, e construção foi feita pelo INCRA. A gente acampou, passou fome na rua para isso aqui funcionar, foi feita em 1999, ficou três anos parado, a gente não sabia qual o caminho, e depois descobrimos. O INCRA passou para prefeitura para poder funcionar, ficamos uns dois anos para poder colocar a funcionar tendo a obra pronta, imagine sem a obra. Eles lá não queriam que a gente acampasse, mas a gente acampou, e garantiram uma visita, viram que a estrutura era boa (...), não paga aluguel, deixamos o espaço desde o acampamento. (GFA)

No grupo focal dos profissionais de saúde, refletiu-se que o sistema público consegue atender parcialmente os problemas de saúde; já o que não conseguem resolver é encaminhado para outro local. A unidade possui uma ambulância que faz transporte de pacientes quando necessário. As principais urgências vão para Travessão, Hospital dos plantadores de cana; e na unidade tem uma ambulância sem equipamento de emergência que faz o transporte caso seja necessário. As mulheres em trabalho de parto vão para os hospitais. Como ressaltado por uma assentada: *“Na hora de emergência, vão para a UPA. Quem tem condição vai de carro, quem não tem vai de ônibus, ou pede a ambulância do posto. Se tiver quebrada aí pede ajuda ao vizinho.”* (GFA)

Foto 8: Ambulância da Unidade Básica Campelo no assentamento Zumbi dos Palmares - RJ



Fonte: A autora, 2016

No grupo dos assentados, foi relatado que na unidade são atendidos *“[...] no básico possível, exames de rotina, coleta de sangue, isso tem, tem enfermeiro, dentista, médico pediatra, ginecologista e clínico”* (GFA). Os principais encaminhamentos feitos pela unidade são os casos de *“transtorno emocional”* (GFPS), pois *“não tem um serviço específico para acompanhar ele”* (GFPS), problemas cardiológicos, ortopédicos. Sobre as dificuldades enfrentadas pela unidade, foi relado que:

Existe a dificuldade de conseguir exames de maior complexidade, a mamografia demora marcar, o resultado do material de preventivo demora a chegar, ultrassonografia demora, e existem alguns exames e atendimentos que têm demanda reprimida, ficam na fila muito tempo. (GFPS)

Na fala de uma assentada:

[...] A unidade de saúde tem seu lado bom e suas dificuldades, está muito ruim para conseguir remédios. A questão dos exames a gente não consegue marcar os que não têm na unidade, eles fazem o que eles podem, são muito humanos, os médicos são bons, a grande dificuldade é para marcar quando é fora daqui. Vem muita gente de fora, aqui no assentamento quase todos se atendem ali, dia de clínico geral, vão quase todas lá, as mulheres também se atendem lá, e as pessoas de fora vem, pois deve ser bom. Um grupo que pouco vai são os homens, não se importam com a saúde. (GFA)

Sobre a forma de funcionamento da unidade, esta atende pessoas não só do assentamento, pois é um posto, atendem pessoas marcadas e demanda de emergência, só quando necessário, como aponta a fala:

[...] a gente atende gente fora daqui, atende zumbi '4' até zumbi '2', mas também cajueiro (zumbi '5'), mesmo não fazendo parte da nossa cidade. Todas sextas feiras marcam consultas com ginecologista e clínico. Às vezes, 50 para clínica, 40 para ginecologista ao dia. [...] Aqui tem sala de curativo, mas a sala de vacina nunca foi instalada, a gente pega a vacina e traz para cá. (GFPS)

Sobre o funcionamento da unidade de saúde, foi relatado no grupo dos profissionais de saúde que:

Sem a equipe completa do PSF, não tem como desenvolver uma atividade adequada. Queríamos muito trabalhar com a prevenção em

saúde, sobre alimentação saudável, alimentação, começamos com proposta de fazer projeto piloto com horta, utilizamos parceria com EMATER e CPT, para poder construir a horta, só que depois acabou. A linha de promoção da saúde é na linha das campanhas, mas a gente queria ir além, a gente estava com a idéia de fazer manhas de suco naturais, trabalhando com exercícios e tinha uma parceria com um professor, mas não durou muito. (GFPS)

Não existe estratégia de Saúde da Família; o que existe é uma unidade básica de saúde que dialoga com o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Nesse, antes tinham dois agentes, mas agora é somente um agente de saúde ligado à unidade de Campelo, do Zumbi '4'. Este agente comunitário foi herdado do PSF, que funcionava antes apenas com enfermeiros, nunca teve médico, mesmo este encerrou a sua atividade devido a problemas administrativos na cidade de Campos. Na Unidade, não existe rotina de reunião para trazer à pauta os problemas vistos pelo ACS, são resolvidas *“na medida em que podem ajudar”* (GFPS). Foi apontado pelo grupo dos movimentos sociais que, no período em que estavam começando a implantar o Programa Saúde da Família, fizeram o mapeamento das famílias, e chegaram a ser realizados trabalhos da enfermeira com as doenças crônicas e casos de hanseníase.

Os trabalhadores da unidade se confrontam com diversas dificuldades em relação às condições de trabalho. Eles precisam comprar água, gás, café para consumo próprio, já que a prefeitura não fornece. Os profissionais de saúde reclamam da falta de um bebedouro para os pacientes, de ar condicionado para sala de odontologia e ginecologia, de um agente de saúde bucal e de mais cadeiras para recepção. No grupo focal dos representantes dos movimentos sociais, avaliou-se que a unidade faz o que está ao alcance deles, o problema que eles indicam é que a secretaria de saúde não está ajudando, não há água para a população beber no posto, e a casa ao lado do posto está cheia de maribondos.

Em outubro e novembro, sempre se organizam atividades de educação e promoção da saúde. Essas atividades têm promovido a conscientização do cuidado e responsabilidade pela saúde. Tal conclusão é também reiterada por uma agente de saúde que comenta que uma vez ao ano se realiza uma *“reunião para conscientizar sobre o câncer de mama e colo do útero, (...), e está aumentando o número de pessoas que vem, se interessam, perguntam, e já vêm por conta própria pedir para fazer uma mamografia”* (GFPS). Foi ainda ressaltado pelo grupo dos assentados e dos movimentos sociais que o papel do posto de saúde é essencial para

a promoção da saúde, mas seria desejável ter maior interlocução com outros saberes, como aponta a fala de uma assentada:

O posto de saúde deveria também conscientizar, não só tratar com remédios, tudo é antibiótico, quaisquer dores de garganta que temos, já querem dar uma injeção, e podia ter uma farmácia caseira também. Já tivemos um grupo para fazer remédio caseiro, aí daríamos lá. Quando a gente fazia, todo mundo queria, mas alguns não queriam o trabalho de fazer. [...] Aqui teria boa aceitação, pois quase todo assentado tem uma compreensão de plantas, e tem pessoas que fizeram curso de plantas medicinais e podia ser lá no posto, pois é onde as pessoas vão procurar o remédio. Todos têm um pouco do índio. (GFA)

Como prática de saúde, foi abordada no grupo dos movimentos sociais que todas as atividades que previnem saúde são práticas de saúde, por isso “*as oficinas de fitoterápicos, os chás, a escolinha de agroecologia, o cuidado com a terra, com alimentação, e procurar o máximo não usar agrotóxicos promovem saúde*”. (GFMS)

A fala abaixo exemplifica:

Precisamos pensar em como prevenir a doença. A gente tem um costume de procurar o médico só quando adoecer e não para prevenir. Por exemplo, a gente sabe que os agrotóxicos causam câncer, tem que evitar essas doenças, cuidado no trabalho. (GFMS)

Sobre práticas populares de saúde, os profissionais não sabiam em sua maioria das práticas populares de cuidado que são feitas no assentamento. Sobre as experiências de práticas populares de cuidado no assentamento, foi relatado no grupo dos movimentos sociais que:

[...] isso ocorre desde o acampamento, usar as plantas medicinais, minha mãe mesmo, ela é a mulher da raiz, do mato, ela usa as plantas. Algumas pessoas têm esse conhecimento, mas não na unidade de saúde. O setor de saúde do MST, desde o acampamento, dá

formação, assim como nos cursos de plantas medicinais feitos pela CPT. Sempre tivemos uma farmacinha de plantas medicinais. Hoje, tem muitas referências e novas querendo aprender, tem pessoas que sabem fazer muitas coisas e outras que não sabem tanto, precisa ter uma equiparação dos conhecimentos. (GFMS)

Uma assentada relatou que seria importante resgatar a história desse coletivo de saúde, e apresentou que: *“Temos várias revistas, ninguém colheu essa história ainda, a gente teve prêmio, teve um livrinho. Tem várias cartilhas do setor. É importante colher essa história. Dona Iolanda foi quem começou a horta no assentamento”*. (GFA)

Foi relatado por uma das pessoas que participou do coletivo de saúde na época de acampamento que:

Já atendemos muito o pessoal daqui, mas depois a gente não conseguiu mais os produtos, aí o povo foi se afastando, a gente trocava entre si os produtos também, alguém trocava xarope por dois quilos de açúcar ou remédios para ajudar o assentamento. Mas muita gente foi embora. Já fizemos vários cursos, a CPT ainda fazia encontros de saúde, a Rede Fitovida também veio. Tivemos cursos com jovens, tentamos montar uma horta comunitária em 2009 na área coletiva da associação, perto da escola, com intenção das crianças estarem participando da horta. Mas tivemos vários problemas, como porco entrando, e não foi pra frente, acabou indo para outro espaço. A gente começou a fazer sabão, pegava cinza, uma das pessoas que tocava a horta foi estudar em Cuba e parou o grupo. Tinha muita dificuldade com álcool cereal, mas tendo álcool a gente vai fazendo a tintura e vai guardando. (GFA)

Muitas pessoas desse coletivo fazem uso do saber popular das plantas medicinais, algumas pessoas preparam e receitam remédios, realizando práticas caseiras. Para tal atividade, eles costumam chamar de ‘orientações’, tal como uma assentada relata:

“Quando o pessoal vem me procurar é com resfriado, doenças de pele, garganta inflamada, acabam não indo lá no posto, pois querem

seguir isso ainda, e lá já dão antibiótico para qualquer coisa, e alguns não querem isso, e sabem que as plantas funcionam. ” (GFA)

No assentamento, tem muitas plantas medicinais nos lotes e muitos ainda orientam os outros ao seu uso. Inclusive, estão fazendo uma obra no espaço do coletivo ‘Regina Pinho’ também pensando nisso. Esse coletivo se organiza para fazer artesanato e aprender a fazer os fitoterápicos. Uma das participantes relata que:

No dia que a gente foi para colher planta foi uma confusão boa, o melão de São Caetano cresceu em tudo, ele serve para muita coisa: cabelo, dor articular, para inflamação. Aqui também tem uma planta chamada Conto de Santa Maria, conhecida como cana de macaco. Ela serve para problema de próstata e já ajudei muita gente, é um ótimo antiinflamatório, arnica também se usa muito aqui, e para a cistite se usa cajuzinho. (GFA)

Uma das participantes do grupo disse que:

Minha mãe era parteira, fazia xarope em casa, fazia garrafada, aprendi desde criança, e fui ensinando. Hoje só um filho que gosta, tenho quatro filhos. Erva de passarinho é bom para pneumonia, mostarda também. Erva de Santa Luzia antes passavam nos olhos e curava conjuntivite. Penso em aumentar o grupo, mais precisa ter gente para participar. (GFA)

Foto 9: Produção de Fitoterápicos pelo Coletivo ‘Regina Pinho’ do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ



Fonte: A autora, 2016

Uma reflexão importante sobre as práticas de saúde no assentamento feita por uma assentada é que:

Poderíamos trabalhar junto com a unidade de saúde com as plantas, não sei se eles iriam receber bem, poderíamos fazer xarope, chá, depende se eles querem. Mas aquele espaço foi uma conquista nossa, é um espaço nosso também. A unidade precisa se abrir para as plantas, mas será que a credibilidade é a mesma? As pessoas estão muito acostumadas com remédios que resolvem tudo rápido. A unidade precisa aprender a lidar com o que o ambiente tem para gerar saúde. Pode cuidar pela própria alimentação, e outras técnicas também, a dor de quem trabalha na roça não vai ter como tirar ela pra sempre, mas vai ter como amenizar com massagem, tem outras coisas para fazer. (GFA)

A partir das informações coletadas pelos dados primários (Grupos Focais) e dados secundários, esses foram sintetizados e organizados, apontando a situação de saúde do assentamento Zumbi dos Palmares que foi resumida no quadro a seguir:

Quadro 2: Quadro síntese da situação de saúde do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ

Categorias	Características
<p>(1) Concepção do processo saúde-doença-cuidado / Problemas de saúde e potencialidades à saúde do território</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Saúde como ‘bem estar total’, como direito, enfoque nos fatores individuais e ambientais no GFPS. ❖ Ênfase nos determinantes sociais e ambientais, alimentação, defesa do organismo humano no GFA. ❖ Ênfase na prevenção, olhar sobre saúde do trabalhador, valorização dos espaços coletivos, da cultura, do lazer e alegria para saúde no GFMS. ❖ Resumo: Concepção ampla e complexa do processo saúde – doença pelos profissionais da unidade de saúde, assentados e movimentos sociais. ❖ Ênfase na reforma agrária para ter saúde no GFA e GFMS. Acesso à terra como direito a saúde no GFPS. ❖ Principais problemas de saúde pelo GFPS: hipertensão, diabetes, problemas ortopédicos, gravidez precoce, casos pontuais de estresse pós-traumático. ❖ Pelo GFA: água salinizada, Hipertensão e diabetes, alcoolismo, depressão, hábitos ruins de alimentação, violência, ❖ Pelo GFMS: água salinizada, problemas de pele e dentários nas crianças, HAS e DM2 nos adultos, alcoolismo, consumo de drogas, violência, medo pelas ameaças, acidentes de transito, problemas ortopédicos, intoxicação por agrotóxicos. ❖ Em geral, o trabalho na agricultura foi considerado um risco à saúde pela exposição solar, sobrecarga muscular e lombar, risco de acidentes, e pelo uso intensivo de agrotóxicos sem EPI.
<p>(2) Ambiente e conflitos socioambientais</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Poucas chuvas ao ano. ❖ Extensão de 25 km. Estradas de asfalto em parte do assentamento, de terra em maior parte ❖ Transporte: ônibus precário, sem horário fixo, não roda o assentamento, vai até o núcleo ‘4’, reivindicam ônibus circular. ❖ Condições de moradia: casas de alvenaria. ❖ Tem luz elétrica, mas pouca iluminação pública. ❖ Equipamentos comunitários: máquina para fazer poço sendo usada. ❖ Comércio escasso, somente tem bares e uma pequena venda. ❖ Escolas: tem no assentamento, mas pouco utilizada, maioria vão para Escola Carlos Chagas e no Travessão. Tem ônibus escolar. ❖ Poucos espaços de lazer: quadra de futebol no núcleo ‘4’, em lotes, parquinho infantil. ❖ Meios de comunicação: orelhão no núcleo ‘4’, cobertura de telefone celular

	<p>ruim, internet ruim.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Unidade básica de saúde Campelo no núcleo '4' precisa de melhorias (bebedouro, ar condicionado, fogão, acabar com casa de maribondo ao lado). ❖ Saneamento: água é salinizada, ruim para consumo, água potável vem de poço, reivindicam cisternas, não há coleta de lixo no assentamento, orgânicos são reaproveitados como adubo ou para animais, plásticos são queimados, poucos para reciclagem, frascos de agrotóxicos ficam no ambiente. ❖ Solo degradado, porém com muitas áreas recuperadas pelos assentados. Hortas medicinais em volta das casas, quintais. ❖ Tem área de preservação ambiental, porém algumas com pastagem. ❖ Usam muitos agrotóxicos e adubos químicos. Principais em uso são: Ethrel para madurar, Orthocid 500 e Decis 25. Frascos são deixados no ambiente. ❖ Conflitos pela terra por venda de lotes e denúncia resultam em ameaças, já denunciadas e em investigação. ❖ Conflito pelo impedimento da passagem por dentro do assentamento da BR 101 para o Porto do Açú. ❖ Passa mineroduto dentro do assentamento. ❖ Outro conflito é sobre o lixo jogado pelas pessoas que vem da praia. ❖ Futuros conflitos pela expansão da silvicultura, produção de eucalipto no estado.
<p>(3) Trabalho no campo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Formas de trabalho dos assentados: agricultores (no próprio lote, jogando agrotóxicos, plantio de muda, corte de cana), alguns trabalham na cidade com empregos diversos, mulheres algumas como domésticas na cidade. ❖ Principais plantios são a cana, abacaxi e aipim. Mas também tem horta para subsistência, frutas, hortaliças, e plantas medicinais. ❖ Formas degradantes de trabalhos: principalmente no manejo do abacaxi e cana. ❖ Maioria sem vínculo empregatício. ❖ São 506 famílias, organizadas em 5 núcleos, com 5 associações, porém com conflitos. Associações com fragilidade organizativa. ❖ Têm cooperativas. Presença de movimentos sociais no assentamento. ❖ Assentados com produção agroecológica de alimentos e produção de fitoterápicos. ❖ Formas de Cooperação: mutirões, ajuda na horta dos vizinhos, ajuda com os filhos, troca de muda e sementes, construção de quadra de futebol, produção coletiva de fitoterápicos, quadrilha. Escolinha de agroecologia está parada.
<p>(4) Atenção e Práticas de saúde no</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Assentamento é atendido por três unidades de saúde (Santa Ana e Campelo de Campos e a outra da cidade de São Francisco de Itabapoana). A maioria dos assentados é atendida na unidade de Campelo.

assentamento	<ul style="list-style-type: none"> ❖ UBS Campelo foi conquista do assentamento, espaço feito com recurso do INCRA, tem enfermeiros e dentistas, especialistas de clínica, ginecologia e pediatria. Está sem agente de saúde bucal, sem farmacêutico. Com dificuldade de conseguir medicamentos, fazem coleta de exames básicos, sala de vacina fechada por falta de geladeira, estufa do dentista quebrada. ❖ Não tem conselho local de saúde. ❖ Tem PACS, mas não tem ESF. Agentes de saúde sem rotina de reunião para levar demandas da população. ❖ As urgências vão para UPA de Travessão ou Hospital dos cortadores de cana. Vão de ambulância da unidade de Campelo, ou de carro, ônibus ou ajuda de vizinho. ❖ Poucos dispositivos de saúde, só quadras de esporte, parque infantil. Jovens jogam bola em quadra que eles mesmos fizeram em núcleo '5'. ❖ Unidade faz atividades de educação em saúde no período de campanhas. ❖ Tem pessoas de referência no cuidado com práticas populares em saúde, principalmente com plantas medicinais. Histórica relação desde o acampamento. Atendem pessoas em suas casas que confiam e não querem somente remédio. ❖ Experiências agroecológicas. Escola de agroecologia, formas diversas de cooperação, mutirões, cooperativas. ❖ Presença de movimentos sociais no assentamento.
---------------------	--

Fonte: A autora, 2016.

6.2 SEGUNDO PASSO: DA INFORMAÇÃO PARA DECISÃO

A partir do quadro resumo da situação de saúde do assentamento, foram socializados os resultados aos grupos, com intuito de discuti-los e refletir a partir dessas informações sobre possíveis soluções, aprofundando o debate sobre prevenção, recuperação e promoção de saúde.

Um ponto reflexivo importante desse passo foi o debate sobre as formas de atuar em melhorias no assentamento, no qual veio à pauta a intersectorialidade – que normalmente não ocorre entre a unidade básica – os usuários, as lideranças locais e os limites de cada setor. Também se levantou a questão da contribuição da mídia para resolver esses problemas, tomando em consideração a importância e os limites que esta apresenta. A discussão abarcou as políticas públicas, os direitos e a questão agrária, assim como também os desafios do modelo de atenção à saúde vigente a qual dificulta um olhar ampliado para resolver os problemas circunscritos. Foi ressaltado que os movimentos sociais CPT e MST, ainda

presentes no assentamento, não dão conta sozinhos dos problemas de saúde, pois estes possuem seus limites como movimentos sociais, precisando de maior interlocução. Também foi apontado, principalmente pelo grupo dos assentados e movimentos sociais, que todas as conquistas do assentamento foram realizadas a partir de luta – como a da ocupação da prefeitura e do INCRA – sob o suporte de organização interna, fato importante e que deve ser valorizado como essencial para conseguir melhorias e direitos aos assentados.

O debate da conscientização entre os três grupos esteve sempre presente. Como fica exemplificado na fala de um profissional de saúde:

[...] qualquer coisa que se faça não pode estar personalizada em uma pessoa, tem que ter formação junto, por exemplo, a horta que fizemos no posto. Antes de ir construindo a horta tinha que ser trabalhado o tema da alimentação, ou junto, [...], um projeto tem que ter formação e ação. A gente podia ir, em referências que trabalham com esse tema, em outros postos do Rio de Janeiro, seria importante conhecer. Isso é um caminho legal, pensar saúde é também pensar na alimentação, que reúne vários temas que estamos discutindo. (GFPS)

A concepção do processo saúde-doença dos grupos foi um dos primeiros aspectos a serem discutidos, principalmente pelo grupo focal dos profissionais de saúde, que colocou em evidência a controvérsia entre a visão ampliada e a prática na unidade que não dá conta de atender demandas importantes apontadas pelos assentados e movimentos sociais. Houve uma surpresa em relação a alguns problemas de saúde apontados. Dentre os mais frequentes estão os casos de violência, os de intoxicação por agrotóxicos, as ameaças de morte e os acidentes de trânsito. Alguns entendem que a causa se dá pelo fato da unidade atender pessoas que não pertencem ao assentamento, outros acreditam que isso se dá por um desajuste no modelo de atenção. Estes últimos acham que a Estratégia da Saúde da Família é mais adequada para receber e acolher as demandas de necessidades e problemas de saúde e o posto para atender pontualmente com as especialidades médicas. Isso abriu um debate sobre os limites do modelo de atenção à saúde atual efetivado o assentamento. Um profissional ressaltou que: “A questão do PSF precisa ser mais valorizada, o PSF traria outro olhar, o que iria chegar à unidade de saúde seriam os problemas que um posto, que pela sua lógica de organização, não mostra.” (GFPS)

Como ressaltado no grupo dos movimentos sociais:

As políticas públicas que são específicas do campo precisam ser valorizadas, a política de saúde das populações do campo, floresta e águas podem fomentar essa discussão nos territórios do campo e precisamos conhecer todas que promovem melhorias para saúde. (GFMS)

Sobre essa reflexão do modelo de atenção, no grupo dos assentados uma fala apontou que alguns atendimentos mais básicos também não são atendidos na unidade pela lógica de cuidado: *“muitos não vão à unidade, pois alguns problemas preferem tratar com fitoterápicos, pois temos várias pessoas de referências, não querem receber remédio por qualquer coisa”.* (GFPS)

Sobre os desafios de resolver os principais problemas de saúde do assentamento, foi apontado por uma profissional que:

A associação ajudaria muito, mas isso não é só missão da associação, para uma coisa começar tem que ter a outra. Se não trabalhar integrado, isso não vai funcionar. Para funcionar, tem que ter uma integração, estar mais perto da comunidade, mesmo que seja do jeito que está hoje. Se a gente marcar uma reunião para conversar sobre os problemas, pensamos o que a gente pode melhorar nisso. (GFPS)

A estrutura da unidade de saúde apresenta-se com muitas dificuldades. O grupo dos profissionais ressaltou que não há sala de vacina, não tem geladeira, há pouca medicação, pouco material curativo, falta agente de saúde bucal e existe uma área atrás da unidade com muitos maribondos, caso este que inviabiliza a utilização desta área. Estes profissionais entendem que é extremamente necessário realizar uma reunião com pessoas chaves do assentamento e consolidar um conselho de saúde na unidade. Sem dúvida, é necessário ultrapassar os limites das acusações e reclamações, e ir em busca de soluções aos problemas. Para isso, é necessário dar continuidade aos encontros, mobilizar as pessoas do assentamento e encontrar um dia para as reuniões mais acessível, sendo proposto realizá-las em alguns sábados pela manhã. Também foi pautado pelos grupos dos movimentos sociais que os profissionais de saúde deveriam reivindicar as mudanças necessárias também. Foi colocado em pauta pelos movimentos sociais que existem conselhos distritais em Campos, porém as reuniões são à noite, o que inviabiliza a participação dos representantes das áreas rurais.

Sobre a questão do ambiente, foi apontada a importância de cuidar da área de preservação, do lixo, das águas e das nascentes, e foi feita a consideração de que seria importante fazer um mapeamento dos recursos hídricos. Quanto às escolas rurais, foi colocado, principalmente pelo grupo dos movimentos sociais, que, para além da importância de se ter uma escola, é importante que haja um projeto político pedagógico, no qual esteja em discussão a realidade do campo, no qual estejam inseridos os problemas de saúde e as potencialidades locais à promoção de saúde.

Sobre a estrutura do assentamento, foram levantadas prioridades de transporte coletivo, tal como a necessidade de se ter um ônibus circular. Isso contribuiria não só na locomoção, mas diminuiria o transporte individual, os acidentes de moto, e potencializaria ações coletivas, as quais são inviabilizadas por dificuldades de locomoção. Foi decidido que essa pauta deveria ser levada pelas representações do assentamento ao INCRA na semana de luta de abril do MST.

Como principais apontamentos de ações futuras, houve o interesse de resgate da horta da unidade de saúde com uma prática condizente com a concepção da alimentação saudável. Para o fortalecimento e formação de um coletivo de saúde no assentamento, o grupo dos movimentos sociais indicou que é importante trazer para o debate as antigas pessoas que participaram do coletivo de saúde “Amor do Campo”, quando este era uma ocupação, discutindo com essas pessoas que desenvolviam atividades de saúde, que ainda são referência de saúde, os problemas apontados, buscando soluções por uma interação com os conhecimentos das plantas medicinais e da agroecologia.

Um aprendizado dessa pesquisa ressaltado pelo grupo dos movimentos sociais, é que as ações ganham mais força quando a visão do conjunto do assentamento acontece, tanto em saúde como em outros aspectos. Na fala a seguir, isso fica mais compreensível:

A gente não pode reproduzir o modelo que trabalha só com doença, e fizemos o debate sobre principais problemas do assentamento. Agora, podemos pensar o que fazer, mas antes pensar em cada problema, quais as causas dele, senão eles retornam, tem que focar na prevenção e em opções de cuidado. (GFMS)

A fala de uma profissional de saúde ressalta esse aspecto: “O mais difícil estamos fazendo: é filtrar os problemas mais importantes, depois tem que ter um trabalho mais insistente para ir mudando a cultura”. (GFPS)

As consequências à saúde pelo uso de agrotóxicos no assentamento foram assuntos muito debatidos. Concluiu-se que é preciso que os profissionais sejam mais bem informados sobre o tema, que os assentados recebam orientações sobre o uso de EPI, que façam o descarte adequado dos vasilhames de agrotóxicos e que haja o fortalecimento da cooperativa com debate sobre formas agroecológicas. Tal como foi dito no grupo dos movimentos sociais:

A gente tem que olhar a prevenção. Em Campos tem um CERESTH, mas não tem interlocução com a unidade de saúde, ficam meio separadas, informações que não se cruzam. Não pensam juntos na forma de produzir. Nem na proteção solar, cuidados com EPI para proteção de cobras e intoxicações por veneno. Podemos planejar ações, conversas, prevenção em saúde. (GFMS)

Sobre as formas de pautar as melhorias na unidade foi indicado o fortalecimento pelo grupo dos movimentos sociais no comitê de saúde da população do campo, floresta e águas e sugerida uma conversa com a Secretaria Estadual de Saúde.

6.3 TERCEIRO PASSO: DA DECISÃO PARA AÇÃO

A partir dos pontos refletidos, algumas ações foram planejadas, algumas propostas foram debatidas dentro dos grupos focais e algumas ações foram planejadas como ações em conjunto, sendo que algumas foram realizadas em período de pesquisa.

No grupo focal dos profissionais de saúde os principais planos foram em relação ao planejamento de mais reuniões com a comunidade para apresentar os problemas enfrentados pela unidade, realização de mais grupos de educação em saúde, retorno da horta medicinal, porém, tudo isso com debate sobre alimentação saudável, intersetorialidade com CERESTH de Campos para apontar os desafios das ações sobre o uso de agrotóxicos e suas repercussões na saúde.

No grupo focal dos assentados, foram sugeridos o fortalecimento dos espaços coletivos, o resgate da história do setor de saúde do assentamento, a discussão no coletivo de saúde em relação aos principais problemas de saúde e um estudo das plantas medicinais que podem ajudar no controle e cuidado no assentamento.

No grupo focal dos movimentos sociais, foi proposta uma reunião com a secretaria estadual de saúde, em que seriam apontadas as reivindicações e os principais problemas apontados na pesquisa. Essa reunião foi realizada no dia 19 de abril de 2016, registrada em site de referência da secretaria de saúde – site <http://saudeparticipativarj.blogspot.com.br/>. Foi colocada também a necessidade de reivindicar a Estratégia Saúde da Família para o assentamento, da participação no Comitê Estadual de Saúde do Campo, Floresta e Águas e o estudo da política.

Também foi apontada a necessidade de fortalecimento do coletivo de saúde do MST no assentamento em diálogo com a unidade de saúde, resgatando as pessoas de referências em cuidado do assentamento. Foi avaliada a necessidade de se criar um quadro que sintetize as informações sobre os principais problemas de saúde apontados. Ficou clara a necessidade do diálogo com as escolas sobre os principais problemas de saúde do assentamento e diálogo com a unidade de saúde, assim como também da necessidade de se levar o saneamento básico ao diálogo com pesquisadores sobre saneamento rural.

Foram levadas para pauta no INCRA as principais necessidades estruturais (como escolas, estradas, unidades de saúde) dos assentamentos e demandas do setor de saúde do MST RJ, em reunião realizada em 18 e 19 de abril de 2016. Nessas pautas, em relação ao assentamento Zumbi dos Palmares, foi discutida a necessidade de se ter incluso na pauta das prefeituras o a ‘Estratégia Saúde da Família’, buscando uma parceria técnica com a FIOCRUZ na produção de fitoterápicos e formação em saúde do campo. Também foi levado para o INCRA o problema em relação às áreas de preservação ambiental; a venda de lotes e a presença de pasto nestas áreas, como em reuniões anteriores já havia sido reivindicado.

7 DISCUSSÃO

Educar-mo-nos mutuamente é nos dizermos que há caminhos e que precisamos erguer nossas lamparinas para alumiar-los, sabendo que uma só não faz recuar a escuridão, mas muitas nos fazem reconhecer o mundo ao nosso redor.

(LEROY, 2010)

A elaboração da análise de situação de saúde do assentamento Zumbi dos Palmares teve como alicerce o trinômio estratégico ‘informação-decisão-ação’ para sua elaboração, dialogando com Teixeira (1988), que aponta esses passos para elaboração de um diagnóstico territorial. Esta análise possibilitou a identificação dos principais problemas de saúde daquela população e a visualização das potencialidades do território para prevenção, promoção e reabilitação em saúde, com metodologias participativas. Mais do que apenas diagnosticar os problemas de saúde, impulsionou a tomada de decisão e definição de estratégias de ação nas diferentes dimensões do processo de saúde-doença. Na pesquisa, foram identificados diversos problemas, confirmando vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções, que propõem potencializar ações de promoção à saúde, como indicadas por Castellanos (2004), Teixeira (2006) e Monken (2008).

7.1 SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ASSENTAMENTO ZUMBI DOS PALMARES

O assentamento Zumbi dos Palmares, considerado uma grande conquista da luta do MST no Rio de Janeiro, fica na região Norte Fluminense, já tem 19 anos desde sua inauguração, em 22 de dezembro de 1997, que foi realizada oito meses após sua ocupação. Está a cerca de 50 minutos da cidade de Campos dos Goytacazes. É um assentamento de grande extensão, um espaço com 8.005,29 hectares, que corresponde a uma área de 80 Km². No decorrer desses 19 anos de assentamento, foram acessados alguns créditos rurais. As 507 famílias estão organizadas em cinco núcleos: os núcleos 1, 2, 3 e 4 estão na cidade de Campos dos Goytacazes e o núcleo 5 está na cidade de São Francisco do Itabapoana. A maioria dos assentados é proveniente da zona rural e da periferia dos municípios de Campos dos Goytacazes e de São Francisco do Itabapoana. O assentamento possui cinco associações, porém com conflitos e fragilidade organizativa. Tem cooperativa em reestruturação e outras

formas de cooperação, como os mutirões de ajuda à horta dos vizinhos, ajuda com cuidados dos filhos, troca de muda e sementes, construção de quadra de futebol, produção coletiva de fitoterápicos, quadrilha e escolinha de agroecologia a qual nesse período de pesquisa não se encontrava em atividade.

Um problema recorrente do assentamento é a falta de água, pois chove muito pouco no ano. O solo é bem degradado, por sua herança e manutenção de lavoura, porém com muitas áreas recuperadas pelos assentados pela produção diversificada e agroecológica. Os principais plantios são a cana, abacaxi e aipim. Mas também tem horta para subsistência com diversidade de frutas e hortaliças, e plantas medicinais em volta das casas e quintais. A cultura de abacaxi e da cana são as principais do assentamento, em períodos de safra, conseguem gerar renda, mas também muita dívida. Há uma área de preservação ambiental, porém com algumas áreas invadidas com pastagem. Há pouco conhecimento das nascentes do assentamento. Existe um mineroduto que passa dentro do assentamento, e pouco se conhece sobre os riscos que este pode expor aos assentados. Sobre o saneamento básico, a água é salinizada, inadequada para consumo e a água potável vem de poço. Não há coleta de lixo no assentamento, os materiais orgânicos são reaproveitados como adubo ou como alimento para animais, os plásticos são queimados, sendo que poucos vão para reciclagem. Os muitos frascos de agrotóxicos ficam no ambiente, não sendo entregues aos locais de referência das empresas.

Os autores Terra (2008) e Oliveira (2009) trouxeram elementos sobre as principais produções agrícolas do assentamento e condições de trabalho no assentamento, deixando um alerta sobre a saúde dos trabalhadores, principalmente em relação ao manejo das plantações de cana e abacaxi, com uso intensivo de agrotóxicos. Esta pesquisa apontou complementos sobre os dados desses autores. O assentamento abrange a coexistência de grupos sociais com diferentes modos de vida. Os assentados, em sua maioria, são agricultores de seus próprios lotes, mas existem também os contatos de serviços para jogar agrotóxicos, para o plantio de mudas de abacaxi e para o corte de cana-de-açúcar. Alguns assentados trabalham na cidade com empregos diversos, como é o caso das mulheres que vão à busca de serviços domésticos e dos homens jovens que vão à busca de trabalho na construção civil como pedreiro nos intervalos da safra do abacaxi e da cana-de-açúcar.

Sobre a condição de trabalho, muitos trabalhadores não têm vínculo empregatício e são mal remunerados, estão expostos a riscos diversos, como exposição solar, sobrecarga muscular, acidentes e agrotóxicos. O trabalho considerado mais danoso é o cultivo de abacaxi, pois neste são usados muito agrotóxicos, trabalha-se agachado, e não são usados

‘Equipamentos de Proteção Individual’ (EPI). O uso dos agrotóxicos não tem orientação técnica. Também é considerado perigoso o corte da cana-de-açúcar, mas, em termos de riscos, o abacaxi traz mais malefícios à saúde. Os principais agrotóxicos usados são: Ethrel, Orthocid 500 e Decis 25. Dialogando com Carneiro (2015), no Dossiê sobre os impactos dos agrotóxicos da ABRASCO, esses agrotóxicos têm efeitos na saúde desses trabalhadores e precisam ser mais bem investigados.

Sobre a estrutura do assentamento, a maioria das casas é de alvenaria, tem luz elétrica, mas pouca iluminação pública, estradas de asfalto em parte do assentamento, porém com um grande pedaço de estrada de terra. A falta de asfalto ocorre principalmente no núcleo cinco. O assentamento possui equipamentos comunitários, como uma máquina para fazer poço que estava sendo usada no período desta pesquisa. O transporte público é considerado precário, pois os ônibus estão frequentemente sem condições de funcionamento e, quando estão funcionando, esses ônibus não cumprem horários prefixos e não realizam um percurso por todo o assentamento. O comércio é escasso: existem bares e um pequeno estabelecimento de venda a varejo. Existe uma escola rural no assentamento, mas é pouco freqüentada; a maioria dos estudantes freqüenta a escola Carlos Chagas e outra no bairro Travessão. Chegam a essas escolas com transporte escolar da prefeitura. Há poucos espaços de lazer, tal como a quadra de futebol no núcleo 4 e parques infantis que foram construídos por iniciativa coletiva de alguns assentados. Os meios de comunicação são precários, só existe um orelhão no núcleo 4 e a cobertura de telefonia celular e internet é muito restrita. Existe uma unidade de saúde dentro do assentamento, chamada Campelo, que atende a maioria dos assentados.

Sobre os conflitos no assentamento, esses se relacionam em sua maioria ao acesso à terra, entre os que querem vender o lote e os que denunciam. Também foram apontados conflitos relacionados à usurpação da área de preservação ambiental por algumas pessoas, até mesmo pessoas de fora do assentamento, para o fim de utilização dessa área para pasto. Também existe o conflito em relação à construção da BR 101 para expansão do Complexo Industrial Portuário do Açú, que, no momento, está parado, mas pode ser reativado. Também foi identificado o conflito entre o assentamento e os supermercados, e até mesmo alguns frequentadores da praia, que têm utilizado a prática de depositar lixo dentro do assentamento. Denúncias dessas irregularidades já foram feitas tanto na polícia local como no INCRA, órgãos autorizados para intervir nesses assuntos. Outra questão preocupante é a expansão da silvicultura no estado, que aponta para o projeto de produção de eucaliptos para região norte.

A situação de saúde do assentamento reproduz situações de inequidade do campo por todo o país, principalmente aquelas que estão em relação ao sistema de saneamento básico,

aos serviços de saúde inadequados aos problemas de saúde, como também a de ineficiência de solução de conflitos. Estas questões agravam mais ainda a violência no campo, assim como a precariedade de relações ambientais sustentáveis. (BRASIL, 2013)

Sobre as principais necessidades e problemas de saúde, foram apontadas pelos profissionais de saúde a hipertensão, diabetes, problemas ortopédicos, gravidez precoce e casos pontuais de estresse pós-traumático. Já pelos assentados, foram apontados também a hipertensão e diabetes, com complementos como o alcoolismo, depressão, hábitos ruins de alimentação e violência, assim como foi dado ênfase nas conseqüências à saúde da água salinizada. Os movimentos sociais apontaram também o problema da água salinizada, além de problemas de pele e dentários nas crianças, de hipertensão e de diabetes nos adultos, de alcoolismo, de consumo de drogas, de violência, de medo pelas ameaças, de acidentes de trânsito, de problemas ortopédicos e de intoxicações por agrotóxicos.

O território do assentamento Zumbi dos Palmares reúne características consideradas de riscos tradicionais, pelo enfoque ecossistêmico de saúde, dialogando com Sabroza (2001) e Minayo (2006), como ausência de saneamento, água inadequada para consumo, exposição a vetores, e também os riscos modernos, como o cultivo intensivo de monoculturas, como o do abacaxi e a da cana-de-açúcar, aliada ainda à situação climática desfavorável. Do ponto de vista dos Determinantes Sociais da saúde, pode-se apontar que o assentamento apresenta ainda inequidades em saúde. Na abordagem chamada de complexidade do processo saúde e doença, trata-se de um assentamento onde a principal determinação do processo saúde-doença está relacionada aos fatores socioambientais sobre o modelo de produção agrícola e aos conflitos socioambientais como consequência direta do modelo de desenvolvimento apontado para a região norte do estado do Rio de Janeiro, dialogando com os dados apontados pela AGB (2012). A compreensão do território, de forma multidisciplinar, abordando o conhecimento popular, combinando metodologias participativas e dados quantitativos, trouxe mais elementos para a informação sobre o assentamento numa visão mais global. A abordagem nos grupos focais sobre o território do assentamento como algo complexo e dinâmico, possibilitou a contextualização dos principais problemas de saúde e facilitou os aliados na construção de soluções em conjunto. Esse olhar forneceu elementos importantes para a mudança das práticas de saúde e na formação ético e política dos trabalhadores, cuidadores da saúde e usuários.

7.2 CONCEPÇÕES DOS ATORES SOCIAIS SOBRE O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

Mais do que fechar um conceito, a intenção de compreender a concepção sobre o processo saúde-doença dos atores sociais envolvidos foi importante para reorientação das práticas de saúde. No grupo dos profissionais de saúde, as falas trouxeram elementos em relação a definição da OMS, como 'bem estar total' e 'estado pleno', porém dialogaram com a concepção ampliada de saúde na medida em que trouxeram críticas sobre essa concepção ser utópica e inalcançável, além de trazerem elementos sobre saúde como direito, que envolve moradia, saneamento e acesso à terra, conforme é proposto por Batistella (2007), Scliar (2003) e Sabroza (2001).

No grupo dos profissionais de saúde, houve dificuldades para trazer informações sobre o lugar, sobre as formas de trabalho, conflitos e formas de cooperação no assentamento, o que indica que há pouco conhecimento sobre o assentamento e a falta de compreensão do assentamento como um território. Diante dessa pouca informação sobre a forma de trabalho no assentamento pelo grupo dos profissionais de saúde, fica claro que a história ocupacional dos pacientes não está sendo valorizada. Levando esses aspectos em consideração, mostra-se a necessidade de implantação de um modelo de atenção à saúde adequada às necessidades do assentamento, visto que o profissional de saúde da atenção primária precisa compreender melhor a intrínseca relação apontada por Duncan (2013) e Rigotto (2011) entre as doenças, as ocupações e o ambiente.

Houve dados surpreendentes em relação a alguns problemas de saúde apontados, principalmente quanto aos casos de violência, quanto à dimensão dos agravos relacionados ao uso de agrotóxicos, quanto às ameaças de morte e quanto aos acidentes de trânsito. Diante disso, foram feitas algumas reflexões no grupo, com certas divergências de opinião; uns associam que a falta de conhecimento pelos profissionais decorre do fato de a unidade atender muitas pessoas de fora do assentamento, e outros profissionais indicam que o problema ocorre em consequência do uso de um modelo impróprio de atenção à saúde, revelando que a Estratégia da Saúde da família deveria se adequar melhor às necessidades e aos problemas de saúde por uma lógica que abarque a questão territorial. A concepção ampliada desse grupo tem apresentado certo embate com as práticas de saúde que são realizadas pela unidade.

No grupo focal dos assentados, foi dado mais ênfase na compreensão do processo saúde-doença em relação aos determinantes sociais e ambientais, a alimentação saudável, aos cuidados com terapias tradicionais e a defesa do organismo humano. Já no grupo focal dos

movimentos sociais, foi dado mais ênfase na prevenção, com um olhar sobre saúde do trabalhador, valorização dos espaços coletivos, da cultura, do lazer e alegria para saúde.

Uma importante interlocução entre os atores da pesquisa é que a conquista da terra foi associada à saúde, pois trouxe melhorias para região como escola, transporte, estradas, posto de saúde e energia, experiência por luta por direitos e recuperação do solo. Considerou-se que a reforma agrária é essencial para se alcançar os objetivos da alimentação saudável para a população. Esse diálogo de concepção se mostrou também importante nas propostas de ação em relação aos problemas e necessidades de saúde. Essa interlocução facilitou as ações em conjunto dos atores envolvidos, dialogando com os princípios do setor do MST que foram apontados principalmente, pelas cartilhas do setor de saúde do MST, e pelas pesquisas sobre o tema, dialogando com Monken (2006) e Carneiro (2007). Ou seja, as ações de saúde propostas dialogaram com o conceito ampliado de saúde do MST.

Ficaram evidenciados, segundo os dados da ASSOCIAÇÃO DE GEÓGRAFOS BRASILEIROS (2012), que os principais problemas de saúde no assentamento são reflexos do modelo de produção agrícola do agronegócio como o aspecto primordial na determinação do processo saúde-doença da população do campo.

7.3 ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ASSENTAMENTO ZUMBI DOS PALMARES

Diante da situação de saúde do assentamento apresentada aos grupos focais, foram organizadas estratégias de intervenção para enfrentar os problemas apontados. Pode-se perceber que foram propostas intervenções populacionais, direcionadas para ações na coletividade, e também individuais mais focadas no risco.

Em relação às doenças crônicas não transmissíveis (como hipertensão, diabetes, câncer e doenças respiratórias), a hipertensão e a diabetes foram apontadas pelos grupos focais como principais doenças nos adultos, características compatíveis com o padrão de adoecimento da população brasileira e do campo. No caso do assentamento, a pesquisa apontou como fatores de risco individuais o consumo de álcool, hábitos alimentares inadequados; e como fatores ambientais a água salinizada, o estresse, medo e ansiedade, não sendo dada ênfase ao tabagismo. No grupo focal dos assentados e movimentos sociais, a alimentação foi apontada como um fator determinante da saúde e da doença, mas abordado não como um fator individual, mas sim social. Por exemplo, o estímulo ao consumo de alimentos processados –

ricos em sódio, açúcar e gordura – é feito pela pressão da mídia, então uma alimentação saudável requer ações coletivas e individuais.

Sobre o debate em torno de como resolver o problema de saúde da hipertensão e diabetes, a dimensão normativa da saúde foi mais característica nas falas dos profissionais de saúde que demonstraram corresponder a uma visão restrita – como bem coloca Batistella (2007) – pois responsabiliza os indivíduos por seu adoecimento. A partir desta visão, a solução apontada é discutida em torno de grupos direcionados de hipertensão e diabetes, grupos sobre alimentação e práticas de atividade física para mudanças de hábitos individuais, direcionando o enfoque no risco. Já os assentados e movimentos sociais, apontaram para os determinantes ambientais, como a água salinizada, medo pelos conflitos do território e alimentação com hábitos que extrapolam a vontade individual. Aqui se apresentou um desafio ao modelo de atenção à saúde do assentamento, pois, concordando com Batistella (2007), é necessário contextualizar os fenômenos, dialogando com fatores sociais, ambientais, econômicos e condições de trabalho para intervir no processo saúde-doença.

No grupo dos profissionais de saúde, foi relatado casos de câncer de mama e de colo de útero, já o grupo dos assentados relatou casos de câncer de próstata. Importante destacar que essas informações vieram mais dos assentados, devido à busca por tratamento alternativo com as referências de uso e cuidado com plantas medicinais no assentamento. Foram questionados no grupo dos movimentos sociais os casos invisíveis ao sistema de saúde local dos casos de câncer, sendo interrogado se esses não são diagnosticados ou se somente não chegam para esses grupos focais como informação. Outro aspecto questionado foi sobre a invisibilidade e a relação entre os casos de câncer e o uso crônico de agrotóxicos. As doenças respiratórias foram relatadas mais nas crianças, mas pelo grupo focal dos movimentos sociais foi apontado que durante a aplicação dos agrotóxicos os principais sintomas são a dificuldade respiratória e a sensação de espuma na boca.

As doenças neuropsiquiátricas foram pouco apontadas pelos grupos focais, indicando ou falta de conhecimento, ou invisibilidade dos casos. Foram citados pelo grupo dos profissionais de saúde os casos de estresse pós-traumático e, pelo grupo dos assentados e movimentos sociais, foram citados os casos de depressão, alcoolismo, consumo de drogas, medo e ansiedade.

Segundo estes dados, a determinação das doenças crônicas é mais social do que biológica; conclui-se a partir dos fatos que a forma como a sociedade se organiza é que determina as doenças de seus membros. Portanto, concorda-se com Ducan (2013, p. 531)

quando este entende que as intervenções educativas serão pouco efetivas se a sociedade não propiciar um ambiente que estimule e viabilize estilos saudáveis de vida.

O Brasil elaborou um plano de ações estratégicas de 2011 a 2022 para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis baseado em quatro principais grupos de doenças crônicas: hipertensão, diabetes, câncer e doenças respiratórias. Esse plano de enfrentamento foi organizado em torno da promoção da saúde, cuidado integral, vigilância, informação, avaliação e monitoramento. Foi também visto que estratégias aos indivíduos de alto risco como exercício físico, fim do tabagismo e alimentação não são suficientes e que as estratégias populacionais de promoção à saúde são as mais efetivas. No entanto, para reduzir a morbimortalidade dos acometidos, é necessário melhorar a qualidade de vida destes. Conclui-se, então, que as ações discutidas pelos grupos focais, quanto mais estiverem relacionadas à promoção da saúde, mais efetivas serão.

Quanto à estrutura do assentamento, foram levantadas as prioridades de transporte coletivo, a necessidade de ter um ônibus circular dentro do assentamento, que contribuiria não só na locomoção individual, mas teria repercussões na prevenção de acidentes e potencializaria cooperações e coletivos dentro do assentamento, os quais acabam não ocorrendo por dificuldade de locomoção. Foi sugerido que essa pauta devesse ser levada ao INCRA na semana de luta de abril do MST, com as representações do assentamento.

Sobre a questão do ambiente, o aspecto preventivo foi prioritário, indicando que todos do assentamento cuidassem da área de preservação, do lixo, das águas e das nascentes, e foi feita a reflexão de que seria importante fazer um mapeamento dos recursos hídricos.

Sobre a estrutura da unidade de saúde, foi ressaltado pelo grupo dos profissionais de saúde que, para possibilitar tal estrutura, precisaria ter uma reunião com pessoas-chaves do assentamento, com intuito de constituir um conselho de saúde na unidade. Compreendeu-se a necessidade de se ter uma formação mais continuada para discutir saúde, pois só com o registro de reclamações não se teria um resultado satisfatório. No entanto, todo assentamento deve estar envolvido, precisando para isso encontrar um dia mais adequado para reunir as pessoas para expor e discutir os problemas de saúde do assentamento e da unidade – em um sábado pela manhã por exemplo. Também foram pautados pelos grupos dos movimentos sociais, que os profissionais de saúde devem se mobilizar para reivindicar essas mudanças, pois sem a participação destes, qualquer iniciativa de mudança será em vão, visto que alguns problemas precisam ser visibilizados por estes profissionais para serem solucionados.

Um assunto muito debatido foi sobre as más consequências à saúde pelo uso de agrotóxicos no assentamento. Torna-se claro que os profissionais devem ser mais bem

informados sobre o tema para serem mais assertivos no atendimento e é necessário também que os assentados recebam melhores orientações sobre o uso de EPI e sobre o descarte dos vasilhames de agrotóxicos. Essas propostas apontam para a redução dos riscos aos trabalhadores que estão expostos ao agrotóxico pelo uso, porém não se resolve o problema origem relacionado ao modelo de produção agrícola. Levando em consideração todos os fatos, entende-se que a proposta de fortalecimento da cooperativa com debate sobre formas agroecológicas proposto por Delgado (2012, 2001) e Alentejano (2014) seria a que mais teria repercussão sobre o determinante do processo saúde e doença.

Também foi relatado pelo grupo dos assentados e movimentos sociais, que todas as conquistas do assentamento foram realizadas com luta, como a ocupação na prefeitura e no INCRA. Tais conquistas foram fruto de organização interna e revelam o quanto é importante valorizar como essencial a mobilização organizada para se conquistar melhores condições de vida e direitos aos assentados. Foi apontado que se atuarem sozinhos, esses diferentes atores têm grandes limites de intervenção na realidade, e que a intersetorialidade deve ser priorizada.

Nos três grupos, foi abordada a importância do diálogo com a escola, sendo que, principalmente no grupo dos movimentos sociais, entendeu-se a escola não apenas como um espaço físico que possibilita a formação de cidadãos, mas como um espaço que promova um projeto político pedagógico, no qual esteja em seu cerne a discussão dessa realidade do campo inserindo os problemas de saúde, tal como propõe Caldart (2012), pois educação em saúde tem que ir além da informação, deve ser reflexão e conscientização. O debate da importância da conscientização perpassou os três grupos, com algumas diferenças de compreensão do tema: para os movimentos sociais, conscientizar tem a ver com a dimensão da luta, de compreender o território; para os profissionais de saúde está mais relacionado com ações de educação em saúde. Sobre as lutas, houve nos três grupos uma preocupação com a não personalização das conquistas, indicando que um projeto que visa a melhoria da saúde do assentamento deveria incluir ambas: formação e ação.

Também foi colocado em pauta o papel da mídia para resolver esses problemas, gerando desta forma uma importante reflexão sobre o papel da imprensa, tomando em consideração tanto os aspectos positivos como também os limites que esta impõe com sua interferência de ação invasiva, como também com seus interesses e com a sua não neutralidade. Foi apontado que os movimentos sociais atuantes no assentamento, como a CPT e MST, sozinhos, não dão conta dos problemas de saúde, já que apresentam como movimentos sociais limites próprios. Levando isso em consideração, vê-se necessário uma ação com maior interlocução. A discussão sobre políticas públicas, direitos e sobre a questão

agrária esteve presente, assim como os desafios do modelo de atenção à saúde vigente que dificulta um olhar ampliado para resolver os problemas de saúde e trabalhar com potencialidades locais para soluções.

As ações planejadas realizadas pelo grupo focal dos profissionais de saúde se deram na constituição de mais grupos de educação em saúde e o retorno da horta medicinal, incluindo o debate sobre alimentação saudável e a intersetorialidade com o CERESTH de Campos, para apontar desafios das ações sobre o uso de agrotóxicos e suas repercussões na saúde. No grupo focal dos assentados, foram apontados: o fortalecimento dos espaços coletivos, resgate da história do setor de saúde do assentamento e reunião com essas pessoas de referência nos cuidados em saúde sobre os principais problemas e maior estudo e conjugação de saberes, pois muitas plantas medicinais já ajudam no tratamento de muitas enfermidades e precisam ser fortalecidas.

No grupo focal dos movimentos sociais, foram apontadas ações que trazem a dimensão da luta em três aspectos principais: (1) Políticas públicas: estratégia da Saúde da Família, participação no Comitê Estadual de Saúde do Campo, Floresta e Águas, saneamento rural; (2) estratégias que fortalecem a organização do assentamento, como o fortalecimento dos movimentos sociais atuantes, incentivo ao coletivo de saúde do MST no assentamento, resgate histórico do setor de saúde do MST, diálogo com pessoas de referências de cuidado; (3) estratégias de intersetorialidade: diálogo com a unidade de saúde, planejamento de formações sobre os principais problemas de saúde apontados com diferentes atores do assentamento, diálogo com as escolas, diálogo com pesquisadores e universidades.

As ações que se concretizaram em período de pesquisa foram na perspectiva das políticas públicas, na semana de reivindicação do MST, no 'abril vermelho', em uma reunião que ocorreu com a secretaria estadual de saúde. Nas negociações com o INCRA foram reivindicadas: 1) as principais necessidades estruturais do assentamento (escolas, estradas, transporte coletivo, melhoria da unidade de saúde); 2) a resolução dos problemas da venda de lote e pasto nas áreas de preservação ambiental; 3) a implantação da Estratégia Saúde da Família; 4) a parceria técnica com a FIOCRUZ na elaboração de um Curso de fitoterapia; e, 5) o incentivo à assistência técnica para produção. Além disso, foi marcada uma reunião para debate entre os diferentes atores sociais do assentamento para reflexão em relação aos problemas de saúde e potencialidades em saúde do assentamento.

7.4 ATENÇÃO E PRÁTICAS DE SAÚDE DO ASSENTAMENTO

As experiências de práticas populares de cuidado no assentamento existem desde que se estabeleceu o acampamento propriamente dito. Estas práticas são constatadas desde o cultivo e uso de plantas medicinais para tratamento de enfermidades. Hoje, existem pessoas de referência no cuidado no assentamento que tiveram diferentes formações, principalmente oriundas do grupo da Comissão Pastoral da Terra e MST. Essas pessoas normalmente atendem problemas de saúde como dor de garganta, problemas respiratórios, problemas urinários, lesões na pele, e alguns casos de câncer. O coletivo de mulheres Regina Pinho hoje reúne algumas pessoas de referência do núcleo 4, fazem formações sobre as plantas medicinais e produção de fitoterápicos; este coletivo trata-se de um espaço de cooperação e geração de renda para essas mulheres. Outras pessoas exercem esse papel de cuidado em outros núcleos, porém individualmente. Foi apontado que muitos assentados preferem o uso de plantas medicinais, pois não se identificam com a lógica de tratamento da unidade de saúde pelo uso excessivo de medicamentos alopáticos.

Uma reflexão importante é que essas práticas populares de cuidado são essenciais no assentamento, pois mostram uma dimensão de solidariedade, respeito à vida e ao ambiente, significando não só um cuidado em problemas de saúde de menor complexidade, mas uma resistência ao modelo capitalista, pois não envolve remuneração e resgata a sabedoria popular. Estas práticas vêm em contraposição ao modelo hegemônico de saúde, possibilitando com esta posição de resistência maior autonomia dos assentados. Porém, devem se desafiar a ir além do atendimento das demandas, pois, dessa forma, estariam reproduzindo a concepção hegemônica de saúde que não complexifica o sujeito além de seus sintomas, inserido num contexto de adoecimento que precisa ser valorizado. O setor de saúde no assentamento, desde o seu começo na década de 90, fez a luta pela unidade de saúde, tendo como resultado a criação da Unidade de Saúde de Campelo, mostrando a noção do direito à saúde. As práticas de saúde do assentamento dialogam com a concepção do MST, pois atuou no decorrer dos anos em diversas ações impulsionadas pela CPT e MST que promoviam saúde no assentamento, tal como a escolinha de agroecologia, as oficinas de fitoterápicos, atividades de lazer, mutirões e quadrilha.

Outros espaços de prática de saúde são constatados no serviço público de saúde. As três unidades de saúde da Atenção Primária de referência do assentamento são a de Santa Ana, a de Campelo e a que pertence a outro município, o de São Francisco de Itabapoana. Mas a unidade que atende a maioria dos assentados é a de Campelo, que fica dentro do

assentamento no núcleo quatro. Não existe conselho de saúde local e foi relatado que em Campos o que existe é um conselho para todas as unidades.

A Unidade de Saúde de Campelo foi muito valorizada pelos assentados e movimentos sociais, com relatos de que ela apresenta seus limites, mas a consideram uma conquista da comunidade, pois foi resultado de muitas ações reivindicatórias e com acampamentos no INCRA, sendo construído em 1999 e inaugurado três anos depois, devido a outras ações de pressões políticas na prefeitura. Sobre os problemas de saúde que não se consegue resolver, estes são encaminhados para outro local. Para transferência de usuários, existe uma ambulância que faz transporte de pacientes quando necessário. A unidade faz atendimento básico. De acordo com a atenção primária em saúde, a unidade faz exames de rotina, realiza coleta de sangue, possui enfermeiro, dentista, pediatra, ginecologista e clínico. Sobre as dificuldades enfrentadas para melhor funcionamento da unidade, foi apontado que a unidade tem dificuldades de realizar exames de maior complexidade como ultrassonografia, mamografia e análise do material de preventivo, porém os resultados demoram a chegar.

A Unidade também atende pessoas de fora do assentamento; o dia de marcação é na sexta-feira, para serem atendidos nas vagas da semana seguinte. As demandas só são atendidas quando compatíveis com a especialidade do dia. A unidade faz alguns atendimentos em casa a partir de demandas do agente de saúde, porém não é rotina. Trata-se de uma unidade que, com as especialidades presentes, atende as enfermidades consideradas de alto risco, como hipertensão e diabetes. Realiza-se também o pré-natal, o preventivo e o atendimento às crianças, correspondendo a um modelo vertical, baseado no enfoque das enfermidades e linhas de cuidado.

A forma de funcionamento da unidade contribui para a invisibilidade de importantes problemas de saúde do assentamento para os profissionais de saúde. Sobre o registro dessas, não existe uma análise epidemiológica dos atendimentos, é realizada uma lista de atendimentos do dia, um consolidado do que foi atendido, mas não é elaborado um planejamento ou enviado um relatório anual desses atendimentos. Isso indica também fragilidade organizativa da secretaria municipal de saúde de Campos, pois não trabalham numa lógica que forneça dados epidemiológicos para o planejamento de ações. Isso foi evidenciado na dificuldade de aquisição de dados secundários pela secretaria de saúde sobre os indicadores de morbidade e mortalidade do assentamento.

Algumas dificuldades enfrentadas pela unidade são a ausência de agente de saúde bucal. Quando há dentistas, estes não podem atender adequadamente, pois a estufa está com defeito. Há poucos remédios na farmácia, salas de ginecologia e de odontologia não possuem

ar condicionado, não há bebedouro, nem gás para o fogão da cozinha e tem uma casa abandonada ao lado do posto repleta de maribondos. Vários ofícios já foram entregues à secretaria de saúde para resolução dos problemas da unidade, mas não se obteve retorno.

As atividades de educação em saúde promovidas pela Unidade básica, nos últimos três anos, no mês de Outubro e Novembro, foram direcionadas para os temas de prevenção dos cânceres de mama, colo do útero e próstata. A linha de promoção da saúde é na linha das campanhas, ou seja, atuam mais em diagnósticos precoces. Mas há interesse de realização de outras atividades envolvendo temas como: 1) cafés da manhã de suco naturais, 2) trabalho com atividade física, e 3) grupos de educação em saúde. Foi apontado que, sem a equipe completa da Estratégia Saúde da Família, não tem como desenvolver uma atividade adequada e isso aponta para uma importante estratégia de mudança de modelo de atenção à saúde.

Não existe Estratégia Saúde da Família no assentamento, as unidades básicas de saúde dialogam com o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Existe uma agente comunitária vinculada a Cajueiro, no núcleo 5, que é da prefeitura de São Francisco de Itabapoana. No núcleo 1 e 2 têm agentes de saúde vinculados à Unidade Santa Ana e, no núcleo 4, um agente de saúde vinculado à unidade de Campelo. O agente comunitário foi herdado do Programa Saúde da Família, que funcionou por curto período, no qual havia enfermeiro, nunca um médico, mas encerrou as atividades devido a problemas administrativos na cidade de Campos. Sobre essa interlocução entre o agente comunitário de saúde e a unidade não existe rotina de reunião para trazer os problemas detectados, os problemas são levados para conhecimento da coordenadora da unidade e são resolvidos em parte. Foi apontado pelo grupo dos movimentos sociais que, no período em que se estava começando a implantar o Programa Saúde da Família, fizeram o mapeamento das famílias e chegou a ser realizado um trabalho com as doenças crônicas e hanseníase, que foram considerados na época os principais problemas que precisavam de intervenção.

A inexistência da Estratégia Saúde da Família significou uma dificuldade para elaboração da pesquisa, pois a maioria dos diagnósticos sociosanitários de um território usa a Estratégia da Saúde da Família para obter informações. Dialogando com Monken (2008), a abordagem multidisciplinar trouxe elementos valiosos, indicando os limites dos indicadores de saúde para compreensão do território e os problemas de saúde.

As principais urgências vão para UPA de Travessão e Hospital dos Plantadores de cana-de-açúcar. A forma de locomoção pode ser pela ambulância da unidade que não tem equipamento de emergência, ônibus, carro, moto, ou por ajuda de vizinhos. As mulheres em trabalho de parto vão para os hospitais.

As práticas de saúde realizadas pela unidade de saúde e as pessoas de referência em práticas populares de cuidado atuam na proteção da saúde dos assentados quando direcionadas ao atendimento as doenças. Essas práticas de saúde são consideradas importantes, porém não vão ao encontro das origens dos principais problemas de saúde, ou seja, não atuam nos determinantes, são mais direcionadas para a qualidade de vida individual, como se o caso individual fosse isolado em si mesmo. Porém, no assentamento, ocorrem diversas práticas relacionadas à prevenção, essas práticas atuam na saúde no âmbito coletivo, como a escolinha de agroecologia, reivindicação por políticas públicas, tais como saneamento básico, agroecologia, estradas adequadas e transporte adequado. Ou seja, o assentamento possui muitas potencialidades para prevenção, recuperação e promoção da saúde.

7.5 DESAFIOS AO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO CAMPO

Um desafio para a atenção à saúde do campo é resistir ao modelo de assistência em saúde produzido pela cidade para o campo. Não se pode reproduzir um modelo que uniformiza os problemas e soluções como se todos os territórios fossem iguais. Esta consciência é presente nas unidades de referência do assentamento. A compreensão da dimensão do que seja o território relacionado aos problemas apontados de saúde e ao planejamento de ações foi um passo importante de conscientização dos grupos focais. Neste modelo de atenção, que leva em consideração as respostas aos problemas de saúde, os atores sociais devem ser vigilantes da saúde, devem refletir e buscar por soluções para saúde; também devem, quando for necessário, delegar a outros a responsabilidade de solucionar problemas e devem ainda pensar uma assistência em saúde que aponte respostas aos problemas de saúde, valorizando a arte de cuidar de si, do coletivo e da terra.

Os atores sociais envolvidos apresentam potencialidades que os tornam capazes de construir um modelo de atenção que atenda as preocupações relativas aos problemas de saúde do assentamento, pois já há uma compreensão do todo do assentamento possibilitando que os atores sociais tomem como desafio a não reprodução do modelo que trabalha focado na doença. O que soma como aliado para esta possibilidade de conquista de um modelo de saúde abrangente é o fato de o assentamento já possuir diversas experiências agroecológicas, reunindo saberes de diferentes práticas de cuidado e experiências cotidianas de cooperação, assim como também a presença de movimentos sociais organizados.

A partir do diálogo com o grupo dos movimentos sociais vieram à tona diversas doenças que ficam invisibilizadas pelos profissionais da unidade, como são os casos de

acidentes de trânsito, violência doméstica, violência infantil, problemas ortopédicos, intoxicação por agrotóxicos e depressão. Foi feita uma discussão sobre as consequências dessa invisibilidade e foi trazida ao debate a necessidade de se entender a intoxicação por agrotóxicos como um problema de saúde pública, o qual precisa ir para esfera política e se tornar pauta de organizações como o Ministério Público, órgão administrativo que pode realizar ações mais concretas e planejadas.

As soluções apontadas pelos atores sociais, avaliando as que se concretizaram, envolveram mais as políticas públicas ligadas ao setor de saúde. Concordando com a proposta de Caldart (2012), acredita-se que outras políticas podem potencializar a promoção de saúde no assentamento, tais como aquelas que incentivem a produção de alimentos saudáveis, as técnicas de saneamento ambiental e ecológico, a valorização de práticas e conhecimentos tradicionais e a defesa da biodiversidade. O que há de se levar em consideração é que algumas ações precisam estar mais em interlocução, para que ganhem mais efetividade e força. Outro aspecto a ser observado e tomado em atenção é o fortalecimento das escolas do campo geridas pelos movimentos sociais, pois estas podem possibilitar maior diálogo com as reais necessidades de saúde do assentamento, assim como ainda podem possibilitar a elaboração e formação de uma agroindústria na forma de cooperativas – que precisam ser incentivadas – promovendo, desse modo, a geração de renda para os assentados.

Sobre o tema dos agrotóxicos, vê-se a importância da capacitação não só dos profissionais da saúde sobre o tema, mas o diálogo com o CERESTH, para monitoramento e vigilância de agrotóxicos. Os profissionais e os serviços de saúde deveriam estar capacitados para diagnosticar os efeitos das alterações endócrinas, neuropatias, da imunotoxicidade, dos efeitos sobre o sistema reprodutor, sobre o desenvolvimento e crescimento, da produção de neoplasias, assim como outros efeitos negativos do uso dos agrotóxicos, como aponta Rigotto (2011), trazendo a intersetorialidade para o debate de soluções das repercussões à saúde do uso dos agrotóxicos. O Ministério da Saúde discute desde 2010 um Plano de Vigilância e Atenção à Saúde para Populações Expostas a Agrotóxicos, mas precisa pactuar com estados e municípios sua forma e com os recursos a serem direcionados para implantá-los. Carneiro (2015) aponta como solução desse problema, também o fortalecimento dos movimentos sociais e políticas públicas de incentivo a agroecologia, e isso se supõe nesta pesquisa como elemento importante para melhorias da situação de saúde do assentamento.

A análise da situação de saúde realizada, como um instrumento para construção de um novo modelo de atenção à saúde, teve muitas limitações, mas evidenciou a importância dos

eixos da vigilância em saúde, como orientador principalmente de um maior aprofundamento do planejamento de ações e operacionalização.

Sobre os desafios apontados na pesquisa, é preciso reafirmar que, além do planejamento de ações que deve estar em constante diálogo com a realidade, é preciso que haja outra sociabilidade, outro paradigma de ciência, um SUS mais sistêmico, em que seja necessário o princípio máximo de valorização da vida, respeito às diferenças culturais, fortalecimento das práticas tradicionais e populares de saúde e o reconhecimento da saúde como direito. Diante da complexidade dos problemas de saúde, é necessário, para que se possa enfrentá-lo, a utilização de múltiplos saberes e práticas. Para que haja a mudança do modelo de atenção à saúde desse território, levando em conta necessidades individuais e coletivas, é necessária a produção de relações de acolhimento, de vínculo e responsabilidade mútua entre os profissionais de saúde, assentados e movimentos sociais.

Os principais impasses apontados do modelo de atenção à saúde no assentamento indicam que é relevante o esforço e fortalecer a atenção básica e a implantação do modelo da Estratégia da Saúde da Família, porém sempre tendo em vista o diálogo com ações programáticas estratégicas direcionadas para os problemas de saúde do território, com ações intersetoriais de Promoção da Saúde e fomentando a formação de pessoas de referência no cuidado tanto da unidade como do assentamento. Teixeira (2006) aponta que a Promoção da saúde não dá conta dos problemas específicos da organização do modelo de atenção à saúde, mas é importante que a inclusão de tal modelo se dê pelo diálogo, o qual possibilita abranger um espaço para além da governabilidade das instituições gestoras do sistema de saúde.

Para alcançar esse planejamento, como afirma Teixeira (2006), é necessário entender os entraves nacionais, como, por exemplo, a atual política econômica que ao invés de mais investimento na atenção básica, reduz recursos financeiros à saúde, decorrente também da pressão do empresariado médico-hospitalar, que depende da manutenção do fluxo de recursos financeiros para os serviços de média e alta complexidade. No nível mais local, isso foi apontado, pois a secretaria de saúde não apresentou perspectiva para implantação da Estratégia Saúde da Família na cidade de Campos. Diante dos desafios, os atores sociais precisam estar unificados para que se efetivem intervenções reais na realidade, com intersetorialidade e ações de promoção à saúde, com o fortalecimento dos movimentos sociais.

8 CONCLUSÃO

Que brotem poemas das mãos calejadas de luta. Para semear com coragem as tempestades que derrubarão muralhas e palácios para construirmos cata-ventos de sonhos comunitários.

(CRUZ, 2014)

A hipótese de que as práticas de saúde realizadas no assentamento não atendem às principais necessidades e problemas de saúde do território foram parcialmente concretizadas, pois alguns problemas são assistidos, apesar de muitas limitações. A abordagem multidisciplinar trouxe elementos valiosos, indicando que, mesmo diante das dificuldades de dados secundários obtiveram-se informações relevantes, indicando os limites dos indicadores de saúde para compreensão dos problemas e das potencialidades à saúde no território, principalmente do campo.

A elaboração da análise de situação de saúde do assentamento Zumbi dos Palmares possibilitou a informação de situações-problema naquela população e naquele território com metodologias participativas. Impulsionou a tomadas de decisões e a definição de estratégias de ação nas diferentes dimensões do processo de saúde-doença.

Sobre os principais problemas de saúde do assentamento, foram apontadas as doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes, problemas neuromusculares e neuropsiquiátricos, também casos de câncer e doenças respiratórias. Outros problemas foram encontrados como água salinizada, violência, medo das ameaças por conflito de terra, acidentes de trânsito e intoxicações por agrotóxicos. Aliado a isso, tem-se uma escassez de chuvas anualmente, água cada vez mais salinizada pela expansão do Porto do Açú, dificuldades estruturais do assentamento e problemas ligados ao trabalho no campo. Algumas condições de trabalho são danosas aos trabalhadores rurais, pois estes estão submetidos à intensa exposição solar, com sobrecarga muscular, risco de acidentes, e agravos pelo uso de agrotóxicos. Além disso, a maioria não tem vínculo empregatício e é mal remunerada. Ou seja, os trabalhadores rurais no assentamento são submetidos ao padrão de baixo salário com trabalho braçal e extenuante. O trabalho considerado mais danoso é no cultivo de abacaxi, devido ao excessivo uso de agrotóxicos, em posição agachada, sem uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), e sem orientação técnica.

Esses extenuantes trabalhos ocorrem por consequência do modelo agrícola, com atividades que exigem trabalho intensivo, para fornecerem matérias-primas ditadas pelo padrão produtivo, no caso o abacaxi e a cana, com imposição de preços e consequentemente subordinação econômica e social. Os principais agrotóxicos usados são: (1) Ethrel (regulador de crescimento do grupo etileno, usado para induzir o florescimento do abacaxi e para acelerar a maturação e inibir o florescimento da cana); (2) Orthocid 500 (extremamente tóxico, fungicida indicado para aplicação foliar no controle de doenças fúngicas nas culturas do abacaxi e outras); (3) Decis 25 (inseticida de contato e ingestão do grupo piretróide, extremamente tóxico e perigoso ao meio ambiente). Diversas pesquisas indicaram que os agrotóxicos do grupo piretróide estão associados a diversos efeitos graves à saúde. As intoxicações agudas por piretróides podem gerar irritações das conjuntivas, espirros, excitação e convulsões. E as intoxicações crônicas podem gerar alergias respiratórias, dermatites, irritações nas mucosas e hipersensibilidades. Estes, além de efeitos à saúde humana, contaminam o ambiente, o que se agrava com os frascos abandonados no solo como acontece no assentamento. Além disso, passa um mineroduto dentro do assentamento, que precisa ser mais bem compreendido sobre seus possíveis males.

Conclui-se que o assentamento apresenta inequidades em saúde, em que a principal determinação do processo saúde-doença está relacionada aos fatores socioambientais e aos conflitos inerentes ao modelo de produção agrícola como consequência direta do modelo de desenvolvimento apontado para a região norte do estado do Rio de Janeiro.

Ao mesmo tempo, o território apresenta biodiversidade, explicitada pela diversidade de plantas medicinais e produção agrícola, principalmente nos lotes agroecológicos. Esses lotes proporcionam experiências de cooperação, que promovem recuperação do solo desgastado da monocultura, trabalho mais gratificante e menos degradante aos trabalhadores, melhoria nas relações de trabalho e produção de alimentos mais saudáveis.

Na pesquisa, foram apontados os limites do modelo de atenção à saúde no campo, trazendo elementos orientadores de políticas públicas, principalmente em relação às políticas para o campo, como a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Florestas e Águas, conectando-se com o momento atual de avaliação do setor de saúde nacional e estadual do MST na luta pela efetivação desta política. Também deu subsídios reflexivos para a ‘Campanha Permanente contra os Agrotóxicos e pela Vida’, em relação às formas de atuar com os trabalhadores rurais diante dos males à saúde e ao ambiente em consequência do uso intensivo de agrotóxicos.

As práticas de saúde realizadas tanto pelos profissionais da unidade de saúde e pelas pessoas de referência em práticas populares de cuidado atuam mais direcionadas ao atendimento às doenças. Essas práticas de saúde são consideradas importantes, porém não enfrentam as origens dos principais problemas de saúde, não atuam nos determinantes, pois são mais direcionadas para a qualidade de vida individual. Assim como não atuam na determinação social do processo saúde-doença, indicando a necessidade de maior aprofundamento desse debate. Porém, no assentamento, ocorrem diversas práticas relacionadas à prevenção que determinam a saúde no âmbito coletivo, como a escolinha de agroecologia e as reivindicações por políticas públicas como saneamento básico, estradas e transporte adequados, e por políticas de estímulo à agroecologia, impulsionadas pelos movimentos sociais que atuam no assentamento.

A unidade de saúde Campelo faz atendimento básico, de acordo com a atenção primária em saúde, faz exames de rotina, coleta de sangue, tem enfermeiro, dentista, pediatra, ginecologista e clínico, atende também pessoas de fora do assentamento, com dia de marcação na sexta feira para as vagas da semana seguinte. As demandas só são atendidas quando compatíveis com a especialidade do dia. Sobre o registro dessas, não existe uma análise epidemiológica dos atendimentos, indicando também fragilidade organizativa da secretaria municipal de saúde de Campos, pois não trabalham numa lógica que forneça dados epidemiológicos para o planejamento de ações. A unidade enfrenta muitos problemas de estrutura e falta de recursos humanos. As atividades de educação em saúde estão na linha das campanhas, atuando mais em diagnósticos precoces. Não existe Estratégia Saúde da Família no assentamento. As unidades básicas de saúde dialogam com o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), mas não existe rotina de reunião para trazer os problemas vistos pelos Agentes Comunitários de Saúde, deste modo as demandas são resolvidas em parte.

Os principais desafios apontados ao modelo de atenção agregam os seguintes elementos: (1) A principal unidade de saúde que atende o assentamento trabalha com uma lógica vertical de atendimento; (2) as práticas populares de cuidado também atuam mais focadas nas enfermidades; (3) não há contextualização dos problemas de saúde atendidos, (4) o modelo tem pouca efetividade e controle no cuidado das enfermidades do território; (5) olhar sobre o trabalho, ambiente e conflitos socioambientais não são centrais no planejamento de ações em saúde; (6) essa lógica favorece a invisibilidade de vários problemas de saúde ao serviço público, como os casos de violência, agravos relacionados ao uso de agrotóxicos, as

ameaças de morte e acidentes de trânsito; (7) não há questionamento sobre as diferentes formas de cuidado no assentamento e cuidados emergenciais realizados.

Diante da situação de saúde do assentamento, os grupos focais apontaram estratégias de intervenção populacionais, direcionadas para ações na coletividade, e também individuais, mais focadas no risco. As ações planejadas pelo grupo focal dos profissionais de saúde foram: a realização de mais grupos de educação em saúde, retorno da horta medicinal, debate sobre alimentação saudável, intersetorialidade com CERESTH (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) de Campos para apontar desafios às ações sobre o uso de agrotóxicos e suas repercussões na saúde. No grupo focal dos assentados, foi apontado o fortalecimento dos espaços coletivos, resgate da história do setor de saúde do assentamento e reunião com essas pessoas de referência nos cuidados em saúde do assentamento e a perspectiva de união de saberes, pois muitas plantas medicinais podem ajudar no tratamento de diversas enfermidades. No grupo focal dos movimentos sociais, foram sugeridas ações que se relacionam com a luta pelos direitos humanos, principalmente na dimensão das políticas públicas, estratégias que fortalecem a organização dos movimentos sociais e intersetorialidade.

As ações que se concretizaram em período de pesquisa foram as das políticas públicas, com realização de duas reuniões, uma com a Secretaria Estadual de Saúde e outra com o INCRA. Como apontaram os atores sociais envolvidos, o fortalecimento da organização do assentamento fortalecerá o próprio assentamento. As mudanças nas medidas de proteção dos trabalhadores devem ser urgentemente planejadas, como o investimento em políticas públicas que incentivem a transição agroecológica, podendo abandonar, desse modo, o modelo de produção dependente de consumo de agrotóxicos, assim como também devem ser planejadas mudanças efetivas na questão agrária do país e da região norte fluminense. Entretanto, a conjuntura em torno da questão agrária não favorece mudanças em curto prazo.

Como aliados do processo de mudança do modelo de atenção à saúde tem-se a concepção dos grupos focais sobre o processo saúde-doença, pois apontam para uma visão ampliada e complexa, em que as práticas de saúde devem dialogar com fatores sociais, ambientais, econômicos e condições de trabalho para intervir no processo saúde-doença. Outro aliado é que o assentamento possui diversas experiências agroecológicas, reúne saberes de diferentes práticas de cuidado e experiências cotidianas de cooperação, assim como a presença de movimentos sociais organizados.

Como soluções apontadas para mudança do modelo de atenção que atenda aos problemas do território, foram mencionadas várias atividades, com direcionar o foco na intersetorialidade, na troca de saberes e implantação da Estratégia da Saúde da Família, pois

se adequaria melhor as necessidades e problemas de saúde pela sua lógica territorial, valorizando o papel dos agentes de saúde comprometidos com a transformação do território e com olhar crítico da realidade. Para isso, foi apontada a importância de um conselho de saúde na unidade, favorecendo o controle social no SUS, principalmente num contexto atual de perdas de conquistas históricas do SUS, que é palco de conflito desde sua criação. Este deve favorecer a luta pela saúde pública comprometida com a vida em sua totalidade e com a classe trabalhadora. Foi proposta também uma reunião de planejamento de ações, na qual seria feita uma apresentação da pesquisa onde vários atores sociais possam participar, já indicando um primeiro passo de devolutiva da pesquisa ao assentamento.

A pesquisa realizada aponta para a necessidade de aprofundamento e maior estudo de diversos agravos, como os relacionados ao uso de agrotóxicos, aos riscos do mineroduto, as repercussões a saúde dessa população devido à água salinizada, que é consequência direta do megaprojeto Porto do Açú. Bem como, aponta para a necessidade de maior estudo das potencialidades locais para promoção, recuperação e prevenção da saúde, com valorização e estímulo com políticas públicas, inclusive, das experiências agroecológicas e práticas populares de cuidado com plantas medicinais.

Pode-se concluir que a situação de saúde do assentamento Zumbi dos Palmares é desafiadora e emblemática, com problemas que não aparecem nas fontes de dados convencionais, com desafios não só ao modelo de atenção à saúde. A interlocução entre os movimentos sociais, indivíduos das famílias e das coletividades que vivem e trabalham nesse território, com órgãos governamentais e não governamentais é essencial diante da complexidade, porém deve ser de forma consciente em relação às contradições e disputas de interesses antagônicos no território. Sendo necessário, fortalecer espaços de luta que impeçam o avanço do desenvolvimento em curso para região norte do estado, pois, se assim não proceder, acarretará uma consequente piora das condições de vida e saúde dessa população.

REFERÊNCIAS:

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA (Brasil). Programa de Análise de Resíduo de Agrotóxico em Alimentos (PARA), dados da coleta e análise de alimentos de 2010, ANVISA, 2011. Disponível em: <www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 21dez. 2015.

_____. Programa de Análise de Resíduo de Agrotóxico em Alimentos (PARA), dados da coleta e análise de alimentos de 2011 e 2012. ANVISA, outubro de 2013 d. Disponível em: www.anvisa.gov.br. Acesso em: 21dez. 2015.

AGROECOLOGIA EM REDE. Feira de produtos agroecológicos em Campos. 2009. Disponível em: <<http://www.agroecologiaemrede.org.br/experiencias.php?experiencia=750>>. Acesso em: 03 jan. 2016.

ALENTEJANO, P.A. Os grandes projetos de desenvolvimento e seus impactos sobre o espaço agrário fluminense. São Paulo: Terra Livre. Ano 27 Vol. 1, n.36 p.1- 291 Jan-Jun./2011.

_____. Questão agrária no Brasil atual: uma abordagem a partir da geografia. São Paulo: Terra Livre. Ano 27 Vol. 1, n.36 p.1- 291 Jan-Jun./2011.

_____. Questão agrária e agroecologia no Brasil do século XXI. Rio de Janeiro: Mime-o, 2014.

ALVES, D.; NUNES, R. Atlas dos conflitos fundiários rurais do estado do Rio de Janeiro. In: XVI Encontro Nacional de Geógrafos. AGB Nacional / AGB POA/ UFRGS. 2010. Porto Alegre, RS. Anais do XVI Encontro de Geógrafos Brasileiros – Porto Alegre Crise, práxis e autonomia: espaços de resistência e de esperanças Espaço de Diálogos e Práticas. São Paulo: Associação Nacional dos Geógrafos Brasileiros, 2010.

AQUINO, S. L. Um estudo sobre os impactos socioambientais do uso de agrotóxicos em três assentamentos de reforma agrária no município de Campos dos Goytacazes - RJ. 71 f., il. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais). Campos dos Goytacazes: Universidade Estadual do Norte Fluminense, 2006.

ARTICULAÇÃO DE AGROECOLOGIA DO RIO DE JANEIRO. Feira em Campos de Goytacazes. 2013. Disponível em: <<https://aarj.wordpress.com/2013/11/07/feira-em-campos-de-goytacazes/>>. Acesso em: 04 jan. 2016.

ASSOCIAÇÃO DE GEÓGRAFOS BRASILEIROS. Relatório dos impactos socioambientais do Complexo Industrial Portuário do Açu - Rio de Janeiro, set. 2011. Disponível em: http://www.agb.org.br/documentos/Relatorio_dos_Impactos%20socioambientais_do_Complexo_Portuario_do_Acu_AGB_14092011.pdf. Acesso em: 13 fev. 2016.

_____. Um breve balanço da agricultura e da política agrária no estado do Rio de Janeiro nas últimas décadas. In: II Caderno de textos do Grupo de Trabalho em assuntos agrários. Niterói. 2012.

AYRES, J. R.C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BARBÉ, L.C.; SOUZA; P. Identificação de agricultores e do perfil do consumidor de produtos agroecológicos / orgânicos em Campos dos Goytacazes - RJ. In: XLVII Congresso da Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural, 2009, Porto Alegre. 47º Congresso da Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural. Campos dos Goytacazes, 2009.

BARCELLOS, C. et al. Território, ambiente e saúde / organizado por Ary Carvalho de Miranda, Christovam Barcellos, Josino Costa Moreira et al. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

_____. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situação de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, 11(3): 129-138, 2002.

BARRETO, M.L; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (Sup.): 1779-1790. 2007.

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

_____. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F. (Org.) O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 25-50.

BERNARDES, J.A. et al. Modernização e território: entre o passado e o presente do Norte Fluminense. Julia Adão; organização Julia Adão Bernardes, Cátia Antônia da Silva. 1 edição. Rio de Janeiro: Lamparina, CAPES, 2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 02 fev. 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.- Brasília: CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. 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 / Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério do Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2008 - Um Panorama da Saúde no Brasil - Acesso e Utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf> Acesso em: 21 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Relatório do II Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRUNO, R. Movimento SOU AGRO: Marketing, habitus e estratégias de poder do agronegócio. 36 ' ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS GT 16 – Grupos Dirigentes e estrutura de Poder. Fortaleza, 2012.

CALDART, R. S. (org.). Dicionário da Educação do Campo. Organizado por Roseli Caldart, Isabel Brasil Pereira, Paulo Alentejano e Gaudêncio Frigotto. Rio de Janeiro, São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Expressão Popular, 2012.

CARNEIRO, F. F (Org.) Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde / Organização de Fernando Ferreira Carneiro, Lia Giraldo da Silva Augusto, Raquel Maria Rigotto, Karen Friedrich e André Campos Búriço. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

_____. A Saúde das populações do campo: das políticas públicas oficiais às contribuições do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n. 2. 2007. p. 209-230.

_____. Saúde de famílias do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra e de bóias-frias, Brasil, 2005. Rev. Saúde Pública, 2008.

_____. Saúde no Campo. In: Dicionário de Educação do Campo. Org.: Roseli Salette Caldart, Isabel Brasil Pereira, Paulo Alentejano e Gaudêncio Frigotto- 3.ed. 3reim. Rio de Janeiro, São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Expressão Popular, 2013.

CASTELLANOS, P. L. Análises de situación de salud de poblaciones. In: Navarro FM et al. (Org). Vigilancia Epidemiológica. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 2004. p. 193-213.

CRUZ, M. Poemas / Marcio Cruz. – São Paulo: Xamã, 2014.

DELGADO, G. Capital Financeiro e Agricultura no Brasil: 1965-1985: Conclusões. São Paulo: Ed. Ícone – UNICAMP, 1985.

_____. Expansão e modernização do setor agropecuário no pós-guerra: um estudo da reflexão agrária. Estudos Avançados, SP. 15 (43), 2001.

_____. Questão Agrária e Saúde / Guilherme Delgado. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

DUNCAN, B.B. et al. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências/ Organizadores, Bruce B. Duncan... [et al]. – 4. ed. Porto Alegre: Art Med, 2013.

ESTRUTURAR, Cooperativa de Trabalho. Plano de Recuperação do Assentamento Zumbi dos Palmares. Campos dos Goytacazes: 2006.

FAO/INCRA. Proposta de Plano de Desenvolvimento do Assentamento Zumbi dos Palmares. Rio de Janeiro, 159 p. Experiências em Saúde. Brasília: Editora Maxprint, 2005.

FONTES, V.; MIRANDA, A.C. Pensamento Crítico e as populações do campo, da floresta, das águas e das cidades. Tempus, Actas de saúde colet, Brasília 8 (2), 305 – 316, jun., 2014.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In: Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

IASI, M.L. Meta amor fases: coletânea de poemas / Mauro Iasi. - 1. ed. – São Paulo: Expressão Popular, 2008.

IBGE. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>> acesso em: 28 ago. 2016, 16:24.

INCRA. Manual Operacional da ATES – Assessoria Técnica Social e Ambiental à Reforma Agrária. Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2008. Disponível em: <http://www.incra.gov.br/sites/default/files/uploads/servicos/licitacoes-editais-e-pregoes/anteriores/manual_ates_2008.pdf>. Acesso em 10 de fev. 2016.

LEITE, et al. Assentamentos de reforma agrária como agentes de recuperação da cobertura vegetal em paisagens degradadas de Mata Atlântica na região norte fluminense. In: REVISTA NERA – ano 17 n°. 25, julho/dezembro, 2014.

LEROY, J.P. Territórios do futuro: educação, meio ambiente e ação coletiva / Jean Pierre Leroy. – Rio de Janeiro: Lamparina, 2010.

MAPA DE CONFLITOS ENVOLVENDO INJUSTIÇAS AMBIENTAIS E SAÚDE NO BRASIL. RJ - Trabalhadores rurais Sem Terra aguardam regularização de assentamento pela Justiça. 2014. Disponível em: <<http://www.conflitoambiental.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=ficha&cod=501>>. Acesso em: 03 jan.2016.

MATIELO, E. Dialogando sobre educação em saúde e ética a partir da experiência do curso técnico em saúde comunitária do Movimento dos trabalhadores rurais Sem Terra [dissertação] / Etel Matielo; orientador, Marco Aurélio da Ros. Florianópolis, SC, 2009.

MARX, K. 1818-1883. A ideologia alemã, 1 capítulo: seguido das teses sobre Feuerbach / Karl Marx, Friedrich Engels; (tradução Silvío Donizete Chagas). São Paulo: Centauro, 2002.

MEDEIROS, L. S. et al. Luta por terra e assentamentos rurais no estado do Rio de Janeiro. In: MEDEIROS L. S. et al. (org.) A formação dos assentamentos rurais no Brasil: processos sociais e políticas públicas. Porto Alegre/Rio de Janeiro: Editora UFRGS/CPDA, 1999.

_____. História dos movimentos sociais no campo. Rio de Janeiro: Fase, 1989.

_____. O sindicalismo rural no Brasil nas últimas décadas: mudanças e permanências. 2013.

MINAYO, M.C.S. Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia transdisciplinar. Revista de Gestão Integrada em Saúde do trabalho e meio ambiente – v.1, n.1, art. 1, agosto. 2006.

_____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. / Maria Cecília de Souza Minayo – 14. ed. – São Paulo: Hucitec, 2014.

MONKEN, M. Contexto, território e processo de territorialização de informações. Desenvolvendo estratégias pedagógicas para educação profissional em vigilância em saúde. In: BARCELLOS, Christovam (org.). A geografia e o contexto dos problemas de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.

MONKEN, M. et al. Demandas de saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST: elementos para a saúde da população do campo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

_____. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C., BARCELLOS, C., MOREIRA, J. & MONKEN, M. (Org.) Território, Ambiente e Saúde. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

MONKEN, M; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de saúde Pública, v.21, n.3. 2005.

MUNHOZ, P. Canção da Terra. Primeiro lugar no I Festival da Canção do MST. Palmeira das Missões RS. 1997.

MST. Programa Agrário do MST. 2013. Disponível em: <https://mstbrasilien.de/wp-content/uploads/2014/02/Cartilha-Programa-agr%C3%A1rio-do-MST-FINAL.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2016.

NOGUEIRA, R.P. et al. Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária/ Roberto Passos Nogueira (org.) – Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

OLIVEIRA, L. J. C. C. A produção de abacaxi no núcleo 5 do assentamento Zumbi dos Palmares em São Francisco do Itabapoana-RJ. UFSC, 2009.

PAIM, J. S. O que é o SUS. In: Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J.S; ALMEIDA-FILHO, N. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: Paim JS; Almeida-Filho N (org.). Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

PAULO NETTO, J. Introdução ao estudo do método de Marx. José Paulo Netto. – 1 ed. – São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PEDLOWSKI, M. A. et al. Assentamentos de reforma agrária como agentes de recuperação da cobertura vegetal em paisagens degradadas de Mata Atlântica na região norte fluminense. Revista Nera – Ano 17 n °. 25, Julho/Dezembro, 2014.

PEREIRA, I.B. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio Cesar França Lima. – 2. Ed. Ver. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PORTO, M. F; PACHECO, T; LEROY, J.P. Injustiça Ambiental e Saúde no Brasil: o Mapa de Conflitos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

PORTO, M.F. S; ROCHA, D. F.; FINAMORE, R. Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, Out.2014.

PORTO-GONÇALVES, C. W; ALENTEJANO, P. A violência do latifúndio moderno – colonial e do agronegócio nos últimos 25 anos. In CPT: Conflitos no Campo. Brasil 2009. Goiânia: CPT, 2010.

RIGOTTO, et al. Agrotóxicos, trabalho e saúde: vulnerabilidade e resistência no contexto da modernização agrícola no baixo Jaguaribe/CE. Coedição com a Expressão Popular/Raquel Rigotto. {org.}. Fortaleza: Edições UFC, 2011.

SABROZA, P. C. Processo saúde e doença. In: BARBOSA. P. C. (coord.) Curso de Especialização – Autogestão em Saúde (Cap. 1). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

SANTOS, M. A Natureza do Espaço: Técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1999.

SCLIAR, M. et al. Saúde pública: histórias, políticas e revoltas. São Paulo: Scipione, 2002.

_____. História do Conceito de Saúde. In: PHISYS: Ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17 (1): 29-41. 2007.

SILVA JUNIOR, A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Ana Maria D’Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

SOARES, R.A.S. Caracterização da população do campo, floresta e águas: quem são, como vivem e de quê adoecem. Universidade de Brasília. Centro de estudos avançados multidisciplinares. Departamento de saúde coletiva. Núcleo de estudos em saúde pública. Brasília: 2014.

TAMBELLINI, A.T.; MIRANDA, A.C. Saúde e Ambiente. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

TEIXEIRA, C.F, et al. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da saúde. IESUS, VII (2), Abr./Jun. 1998.

_____. Modelos de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família / autores: Carmem Fontes Teixeira, Jorge Pereira Solla. Salvador: Edufba, 2006.

TERRA, M. A. C. O uso de agrotóxico no assentamento Zumbi dos Palmares em Campos dos Goytacazes - RJ: identificando percepções, conhecimentos e práticas, Campos dos Goytacazes, RJ. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais) Universidade Estadual do Norte Fluminense, Campos dos Goytacazes, 2008.

TZU, W. A compreensão dos Mistérios. Ensinaamentos de Lao-tzu. Tradução do chinês, Thomas Cleary. Tradução do inglês, Carlos Cardoso Aveline. Brasília, Editora Teosófica, 2002.

ZINGA, M. R. M. Um Estudo de caso sobre as causas da permanência e da desistência no assentamento Zumbi dos Palmares, Campos dos Goytacazes, RJ. 119 f. Teses (Mestrado em Políticas Sociais), Universidade Estadual do Norte Fluminense, Campos dos Goytacazes, 2004.

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

O roteiro está baseado nas seguintes categorias de análise:

(1) Concepção sobre o processo saúde-doença-cuidado/Problemas de saúde e potencialidades à saúde do território

- O que é Saúde? O que gera saúde no assentamento?
- O que gera doença no assentamento?
- Existe relação entre a luta pela saúde e a luta pela reforma agrária?
- Quais principais problemas de saúde no assentamento?

(2) Ambiente e conflitos socioambientais

- Condições de moradia.
- Escolas que atendem os assentados. Alguma dentro do assentamento?
- Transporte/Condições das estradas. Tem transporte escolar?
- Tem posto de saúde dentro do assentamento?
- Tem cooperativa? Associações? Equipamentos comunitários (armazéns, tratores)?
- Espaços de lazer dentro do assentamento (quais e onde)?
- Meios de comunicação (Telefones fixo/celular, rádio, correio, acesso à internet).
- Meios de informação (TV, telejornais, jornal escrito, revistas, internet).
- Características ambientais (vegetação, animais, hidrografia).
- Como é realizado o Saneamento dos dejetos? O que se faz com o Lixo?
- Como você considera a Água consumida pela comunidade?
- Da onde vem a Água consumida pela comunidade? Tem demanda de cisternas?
- O ambiente na sua comunidade está degradado?
- O assentamento tem Área de Preservação Permanente (APP) ou área de reserva?
- Há utilização de adubos químicos ou agrotóxicos na produção agrícola?
- Existem relatos de intoxicação aguda ou crônica pelo uso de agrotóxicos?
- Tem algum grande Empreendimento pressionando a comunidade? (Mineradora, oleoduto, agronegócio).

(3) Trabalho no Campo

- Formas de trabalho no assentamento. Alguma degradante?
- As práticas de produção são individuais ou coletivas?
- Existem práticas de cooperação no assentamento? Que práticas são essas?
- Como se organiza o assentamento?
- Quais os espaços de decisões coletivas?

(4) Atenção e Práticas de saúde no assentamento

- A comunidade se organiza para enfrentar os problemas e necessidades de saúde no assentamento? De que maneira?
- Existem pessoas de referência no cuidado?
- Qual a importância dessas práticas para os assentados?
- Tem hortas medicinais? Coletivas ou individuais?
- Tem produção de remédios naturais (fitoterápicos) ou fito cosméticos? Quem produz?
- O assentamento é atendido por alguma Equipe de Saúde da Família (ESF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS)? A ESF/ UBS é administrada por qual município?
- Tem Agente Comunitário de Saúde? Ocorrem visitas domiciliares?
- Há realização de atividades de educação em saúde e/ ou promoção da saúde?
- Tem algum dispositivo de saúde? (Academia de saúde, NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Conselho local, Centro de práticas integrativas, quadras de esporte, parque infantil, praça, escola, tele Centro, centro de formação, casa de sementes).
- As urgências são atendidas onde? Como são transportadas?
- Quais as principais dificuldades de acesso aos serviços de saúde?
- Quais os principais problemas de saúde do assentamento?
- Quais problemas de saúde o serviço local não atende?
- O serviço de saúde interage com as práticas de cuidado realizadas no assentamento?
- Participam de fóruns para solucionar os problemas de saúde do assentamento? (Conselho de saúde, conferências, outros movimentos). Tem Conselho Local de Saúde? Existem dificuldades / limitações na participação?
- Existe situação de violência no assentamento?
- Existem problemas de saúde mental no assentamento?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

(1) Concepção sobre o processo saúde-doença-cuidado / Problemas de saúde e potencialidades à saúde do território

- Qual concepção de saúde do grupo.
- O que gera doença para o grupo.
- Relação entre a luta pela saúde e a luta pela reforma agrária.
- Principais problemas de saúde do assentamento

(2) Ambiente e conflitos socioambientais

- Condições de vida (moradia, infraestrutura, saneamento, etc.).
- A presença (ou não) de uma escola dentro do assentamento.
- A presença (ou não) de um posto de saúde dentro do assentamento.
- Se há espaços de lazer dentro do assentamento, quais e onde.
- Quais os equipamentos comunitários (armazéns, tratores).
- Características ambientais (vegetação, animais, hidrografia, ar, solo e água).
- Tipos de transporte: dentro e fora do assentamento e o transporte escolar.
- Condições das estradas e iluminação pública.
- Meios de comunicação – Telefone (fixo/cel.), rádio, correio, acesso à internet.
- Meios de informação – TV (telejornais, outros programas), jornal escrito, revistas, internet.
- Condições de saneamento básico no assentamento (Lixo, saneamento de dejetos e qualidade da água).
- Se há (ou não) utilização de adubos químicos na produção agrícola.
- Se há (ou não) utilização de agrotóxicos na produção agrícola.
- Existência (ou não) de grande empreendimento pressionando a comunidade (mineradora, oleoduto, agronegócio).
- Se há (ou não) áreas degradadas e áreas recuperadas.
- Se há (ou não) Área de Preservação Permanente (APP) ou área de reserva.

(3) Trabalho no campo

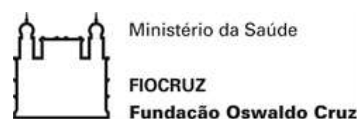
- Forma de organização do assentamento.
- Espaços de assembléia e decisões coletivas
- Formas de trabalho no assentamento.
- Formas de trabalho degradante dentro do assentamento.
- Práticas de produção individuais ou coletivas.
- Práticas de cooperação no assentamento.
- Formas de organização para enfrentar os problemas e necessidades de saúde no assentamento.
- Se há (ou não) agrotóxicos na produção agrícola e quais são usados.

(4) Atenção e Práticas de saúde no assentamento

- Encontros/atividades realizados na comunidade para discutir a questão da saúde.
- Presença (ou não) de práticas de cuidado dos problemas de saúde dos assentados.
- Importância dessas práticas para os assentados.
- Presença (ou não) de hortas medicinais.
- Presença (ou não) de produção de remédios naturais (fitoterápicos) ou fitocosméticos.
- Rede de serviço de saúde da Atenção Primária ao assentamento (ESF/ UBS/ PACS).
- Atividades de educação em saúde e/ ou promoção em saúde.
- Rede de serviços de saúde de atenção secundária (policlínicas) e terciária aos assentados (emergências).
- Funcionamento da rede de serviços de saúde.
- Dispositivo de saúde (academia de saúde, Núcleo de Atenção à Saúde da Família, Conselho local, centro de práticas integrativas, quadras de esporte, parque infantil, praça, escola, tele centro, centro de formação, casa de sementes).
- Dificuldades enfrentadas (ou não) para locomoção aos serviços de saúde.
- Sistema público de saúde local responde (ou não) aos principais problemas de saúde
- Especificidades do serviço de saúde para esse assentamento.
- Interação (ou não) entre as práticas de cuidado realizadas no assentamento e os serviços de saúde
- Existência (ou não) de Fóruns de saúde (conselho de saúde, conferências) e se existem limitações na participação.
- Existência de situação de violência e problemas de saúde mental.
- Se há casos (ou não) intoxicação aguda e/ou crônicas pelo uso de agrotóxicos.

APÊNDICE C - TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL DOS ASSENTADOS



Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa no âmbito do curso de mestrado profissional “Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais”. O curso é fruto de uma cooperação entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) e movimentos sociais do campo, através de parceria com a Escola Nacional Florestan Fernandes. Apoiado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, o curso visa fortalecer a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas através da capacitação de movimentos sociais do campo, bem como usuários e profissionais do SUS que atuam em assentamentos da reforma agrária com temas vinculados à saúde, meio ambiente, agrotóxicos e agroecologia.

O título da pesquisa que participará é “ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ASSENTAMENTO ZUMBI DOS PALMARES – RJ E DESAFIOS AO MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE DO CAMPO”, desenvolvida por Ivi Tavares Abrahão Castillero, discente (aluna) do Mestrado em Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. Ary Carvalho de Miranda. O objetivo central do estudo é: Análise da situação de saúde do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ e apontamento dos desafios de construção de um modelo de Atenção à Saúde do Campo que responda aos problemas de saúde do território.

Você foi escolhido por morar no assentamento Zumbi dos Palmares - RJ. Não haverá remuneração para participar da pesquisa, você não está obrigado a participar e poderá desistir

a qualquer momento no decorrer da pesquisa. Sua participação será no intuito de fornecer informações de interesse através de participação no Grupo Focal dos assentados do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ. A proposta é de 4 encontros de cerca de 1 hora abordando os temas pertinentes da pesquisa. O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir na análise da situação de saúde do assentamento e na melhoria do Modelo de Atenção à Saúde do Campo.

Nesse Grupo Focal, as falas dos participantes serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador. Caso você autorize, poderão ser gravadas, fotografadas ou filmadas. Mas mesmo com sua autorização a gravação poderá ser interrompida a qualquer momento, caso seja sua vontade. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP. Os resultados serão divulgados após resultado da pesquisa, na dissertação/tese, terá divulgação para o público participante, será divulgada em artigos científicos, e caso seja aprovado em trabalhos audiovisuais. Asseguramos que todas as informações e os depoimentos fornecidos serão trabalhados de forma a não causar danos físicos e morais a você, bem como aos demais participantes da pesquisa.

Este documento é feito em duas vias, uma para você e outra para a mestranda/pesquisadora. Como ele consta de mais de uma folha, todas elas devem ser rubricadas. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço dos responsáveis principais pela pesquisa, para que possa entrar em contato, em qualquer momento, caso seja necessário e/ou tenha alguma dúvida.

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

Nome do participante:

(Assinatura do participante da pesquisa)

Quanto à coleta das informações, concordo com:

Gravação de voz: sim () não ()
Filmagem: sim () não ()
Fotografia: sim () não ()

(Assinatura da Pesquisadora **Ivi Tavares Abrahão Castillero**)

Telefone: (21) 981759437 / Correio eletrônico: ivitavares@yahoo.com.br

(Assinatura **Marcelo Firpo de Souza Porto** - Coordenador do Curso de Mestrado)

CESTEH/ENSP/FIOCRUZ – sala 08, Rua Leopoldo Bulhões, 1480

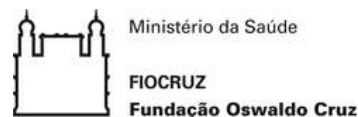
Telefone: 2598-2826 Correio eletrônico: marcelo.firpo@ensp.fiocruz.br

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

Tel. CEP / ENSP: (21) 25982863. Correio eletrônico: cep@ensp.fiocruz.br

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

B) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL MOVIMENTOS SOCIAIS



Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa no âmbito do curso de mestrado profissional “Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais”. O curso é fruto de uma cooperação entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) e movimentos sociais do campo, através de parceria com a Escola Nacional Florestan Fernandes. Apoiado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, o curso visa fortalecer a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas através da capacitação de movimentos sociais do campo, bem como usuários e profissionais do SUS que atuam em assentamentos da reforma agrária com temas vinculados à saúde, meio ambiente, agrotóxicos e agroecologia.

O título da pesquisa que participará é “ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ASSENTAMENTO ZUMBI DOS PALMARES – RJ E DESAFIOS AO MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE DO CAMPO”, desenvolvida por Ivi Tavares Abrahão Castillero, discente (aluna) do Mestrado em Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. Ary Carvalho de Miranda. O objetivo central do estudo é: Análise da situação de saúde do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ e apontamento dos desafios de construção de um modelo de Atenção à Saúde do Campo que responda aos problemas de saúde do território.

Você foi escolhido por atuar no assentamento Zumbi dos Palmares – RJ. Não haverá remuneração para participar da pesquisa, você não está obrigado a participar e poderá desistir a qualquer momento no decorrer da pesquisa. Sua participação será no intuito de fornecer informações de interesse através de participação no Grupo Focal dos Movimentos Sociais que atuam no assentamento Zumbi dos Palmares - RJ. A proposta é de quatro encontros de cerca de 1 hora abordando os temas pertinentes da pesquisa. O benefício relacionado com a sua

colaboração nesta pesquisa é o de contribuir na análise da situação de saúde do assentamento e na melhoria do Modelo de Atenção à Saúde do Campo.

Nesse Grupo Focal, as falas dos participantes serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador. Caso você autorize, poderão ser gravadas, fotografadas ou filmadas. Mas mesmo com sua autorização a gravação poderá ser interrompida a qualquer momento, caso seja sua vontade. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP. Os resultados serão divulgados após resultado da pesquisa, na dissertação/tese, terá divulgação para o público participante, será divulgada em artigos científicos, e caso seja aprovado em trabalhos audiovisuais. Asseguramos que todas as informações e os depoimentos fornecidos serão trabalhados de forma a não causar danos físicos e morais a você, bem como aos demais participantes da pesquisa.

Este documento é feito em duas vias, uma para você e outra para a mestrandia/pesquisadora. Como ele consta de mais de uma folha, todas elas devem ser rubricadas. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço dos responsáveis principais pela pesquisa, para que possa entrar em contato, em qualquer momento, caso seja necessário e/ou tenha alguma dúvida.

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

Nome do participante:

(Assinatura do participante da pesquisa)

Quanto à coleta das informações, concordo com:

Gravação de voz: sim () não ()
Filmagem: sim () não ()
Fotografia: sim () não ()

(Assinatura da Pesquisadora **Ivi Tavares Abrahão Castillero**)

Telefone: (21) 981759437 /Correio eletrônico: ivitavares@yahoo.com.br

(Assinatura **Marcelo Firpo de Souza Porto** - Coordenador do Curso de Mestrado)

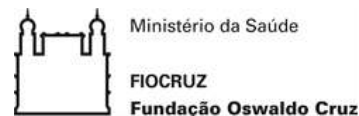
CESTEH/ENSP/FIOCRUZ – sala 08, Rua Leopoldo Bulhões, 1480

Telefone: 2598-2826 Correio eletrônico: marcelo.firpo@ensp.fiocruz.br

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

Tel. CEP / ENSP: (21) 25982863. Correio eletrônico: cep@ensp.fiocruz.br/ Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo
- Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

C) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa no âmbito do curso de mestrado profissional “Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais”. O curso é fruto de uma cooperação entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) e movimentos sociais do campo, através de parceria com a Escola Nacional Florestan Fernandes. Apoiado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, o curso visa fortalecer a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas através da capacitação de movimentos sociais do campo, bem como usuários e profissionais do SUS que atuam em assentamentos da reforma agrária com temas vinculados à saúde, meio ambiente, agrotóxicos e agroecologia.

O título da pesquisa que participará é “ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ASSENTAMENTO ZUMBI DOS PALMARES – RJ E DESAFIOS AO MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE DO CAMPO”, desenvolvida por Ivi Tavares Abrahão Castillero, discente (aluna) do Mestrado em Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. Ary Carvalho de Miranda. O objetivo central do estudo é: Análise da situação de saúde do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ e apontamento dos desafios de construção de um modelo de Atenção à Saúde do Campo que responda aos problemas de saúde do território.

Você foi escolhido por atuar no assentamento Zumbi dos Palmares – RJ como profissional de saúde. Não haverá remuneração para participar da pesquisa, você não está obrigado a participar e poderá desistir a qualquer momento no decorrer da pesquisa. Sua participação será no intuito de fornecer informações de interesse através de participação no Grupo Focal dos profissionais de saúde que trabalham no assentamento Zumbi dos Palmares - RJ. A proposta é de 4 encontros de cerca de 1 hora abordando os temas pertinentes da pesquisa. O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir na

análise da situação de saúde do assentamento e na melhoria do Modelo de Atenção à Saúde do Campo.

Nesse Grupo Focal, as falas dos participantes serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador. Caso você autorize, poderão ser gravadas, fotografadas ou filmadas. Mas mesmo com sua autorização a gravação poderá ser interrompida a qualquer momento, caso seja sua vontade. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP. Os resultados serão divulgados após resultado da pesquisa, na dissertação/tese, terá divulgação para o público participante, será divulgada em artigos científicos, e caso seja aprovado em trabalhos audiovisuais. Asseguramos que todas as informações e os depoimentos fornecidos serão trabalhados de forma a não causar danos físicos e morais a você, bem como aos demais participantes da pesquisa.

Este documento é feito em duas vias, uma para você e outra para a mestrandia/pesquisadora. Como ele consta de mais de uma folha, todas elas devem ser rubricadas. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço dos responsáveis principais pela pesquisa, para que possa entrar em contato, em qualquer momento, caso seja necessário e/ou tenha alguma dúvida.

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

Nome do participante:

(Assinatura do participante da pesquisa)

Quanto à coleta das informações, concordo com:

Gravação de voz: sim () não ()
Filmagem: sim () não ()

Fotografia: sim () não()

(Assinatura **Pesquisadora Ivi Tavares Abrahão Castillero**)

Telefone: (21) 981759437 /Correio eletrônico: ivitavares@yahoo.com.br

(Assinatura **Marcelo Firpo de Souza Porto** - Coordenador do Curso de Mestrado)

CESTEH/ENSP/FIOCRUZ – sala 08, Rua Leopoldo Bulhões, 1480

Telefone: 2598-2826 Correio eletrônico: marcelo.firpo@ensp.fiocruz.br

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

Tel. CEP / ENSP: (21) 25982863. Correio eletrônico: cep@ensp.fiocruz.br/ Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo
- Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210