

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

LESLIE TUANE PENTEADO CHARQUEIRO

**SERVIÇO SOCIAL CAMPEANDO A INSERÇÃO DA POPULAÇÃO DO  
CAMPO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NOS PAMPAS**

Porto Alegre  
2016

LESLIE TUANE PENTEADO CHARQUEIRO

**SERVIÇO SOCIAL CAMPEANDO A INSERÇÃO DA POPULAÇÃO DO  
CAMPO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NOS PAMPAS**

Dissertação apresentada como requisito para a  
obtenção do grau de Mestre pelo Programa de  
Pós-Graduação da Faculdade de Serviço  
Social da Pontifícia Universidade Católica do  
Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Maria Isabel Barros Bellini

Porto Alegre  
2016

**C484s**

Charqueiro, Leslie Tuane Penteadó

Serviço Social campeando a inserção da população do campo na atenção básica em saúde nos pampas. / Leslie Tuane Penteadó Charqueiro. – Porto Alegre, 2016.  
200 f.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Faculdade de Serviço Social, PUCRS.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Isabel Barros Bellini

1. Serviço Social. 2. PNSIPCFA. 3. População do Campo. 4. Território. 5. Atenção Básica em Saúde. I. Bellini, Maria Isabel Barros. II. Título.

**CDD 362.85**

Ficha elaborada pela bibliotecária Anamaria Ferreira CRB 10/1494

LESLIE TUANE PENTEADO CHARQUEIRO

**SERVIÇO SOCIAL CAMPEANDO A INSERÇÃO DA POPULAÇÃO DO CAMPO NA  
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NOS PAMPAS**

Dissertação apresentada como requisito para a  
obtenção do grau de Mestre pelo Programa de  
Pós-Graduação da Faculdade de Serviço  
Social da Pontifícia Universidade Católica do  
Rio Grande do Sul.

Aprovada em \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Maria Isabel Barros Bellini-Orientadora

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-PUCRS

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Idília Fernandes

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-PUCRS

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Sandra Regina Martini

Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS

Porto Alegre  
2016

Dedico este trabalho à população do **campo**, que assim como **as populações das florestas e águas**, imprimem no cotidiano de trabalho: a humanização, através do transformar e transformar-se com a natureza. E que apesar de suas especificidades, possuem uma intrínseca relação. Por nos alimentar e resistir em manter suas raízes étnico-culturais, em um sistema que os (as) submete a “processos excludentes”. A resistência e a construção coletiva são os caminhos para as conquistas por um sistema de proteção social e de políticas públicas que deem visibilidade e garantam seus direitos e à toda população, portanto, a saúde em seu conceito ampliado e intersetorial!

## AGRADECIMENTOS

Quem quiser saber quem sou olha para o céu azul e grita junto comigo: Viva o Rio Grande do Sul [...] Querência amada[...] (Teixeirinha).

Primeiramente agradeço a Deus que me possibilita viver e usufruir das belezas da terra e desta terra, portanto, da natureza, e das “durezas” da vida, as quais busco cotidianamente transformar e transformar-me, sendo este trabalho uma “lasca” deste processo. Onde trago a poesia para dar leveza e ao mesmo tempo tornar possível transformar as adversidades socialmente construídas em diversidades socialmente reconhecidas.

Agradeço aos meus pais e familiares, minha terra simbólica e concreta, o primeiro e permanente chão que preciso pisar e que me nutre de esperança. Meu companheiro da vida Leonardo, que apoia e pisa juntamente comigo, nas terras que preciso pisar, ao mesmo tempo, que me impulsiona a alçar voos estando ali a me esperar.

Agradeço aos amigos, amigas e colegas, ao NETSI (Núcleo de Pesquisa e Estudos em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade) onde muito aprendi, aprendi e compreendi o quão ínfimo é nosso conhecimento. Assim com à Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do RS, professores (as) e funcionários (as).

À minha orientadora Maria Isabel Barros Bellini, pela parceria e brilhantes orientações, à banca examinadora: Idília Fernandes e Sandra Regina Martini, meu carinho, respeito e agradecimento.

À CAPES e CNPQ, pela bolsa que me possibilitou concretizar este trabalho.

Ao município de Viamão que me acolhe a vida toda, “meu vilarejo, meu chão, minha terra”, que me acolheu fraternamente para realizar este trabalho, seus e suas profissionais de saúde, que vem realizando um trabalho muito importante para o município. Agradeço ainda, às demais políticas públicas que me acolheram.

À Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), que foi essencial neste processo, estando disponível para o trabalho, essencialmente, através do comitê de saúde das populações do campo florestas e águas.

Agradeço profundamente e a quem dedico este trabalho, aos (as) agricultores e agricultoras do município de Viamão, ao MST-assentamento, ao sindicato de trabalhadores (as) rurais, por possibilitarem a concretização deste trabalho, meu profundo respeito, admiração e o desejo de contribuir efetivamente, com a melhoria de suas condições de vida.

Ao meu estado querido, o Rio Grande do Sul e à sua população do campo, florestas e águas!

A resistência e o trabalho coletivo possibilitam as transformações sociais, estamos juntos!!

## RESUMO

O presente trabalho tem como tema a População do Campo inserida na Atenção Básica em Saúde (AB) da região rural de Viamão/RS e a interface com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), nos anos de 2014 e 2015. Tendo como lócus, a Atenção Básica em Saúde e como objeto a PNSIPCFA. A pesquisa qualitativa contou com dois grupos focais, sendo um, com agricultores (as) assentados (as) e um com agricultores (as) não assentados (as), considerando seus modos e condições de vida e os reflexos destes em sua saúde e inserção na Atenção Básica. Também foram realizadas três entrevistas, contemplando profissionais da Atenção Básica que atendem essa população e um (a) gestor (a) da Atenção Básica em Saúde. Assim como, foi realizada pesquisa documental e observação participante, para complementar a análise. Utilizamos o método dialético-crítico, com base marxiana, tendo como categorias centrais do método a historicidade, contradição, totalidade, mediação e trabalho. Neste contexto, afirmamos a necessidade de serviços de saúde e intersetoriais que acompanhem esta população em seus territórios de vida e trabalho. Territórios que necessitam ser “usados” (SANTOS; SILVEIRA, 2006), vivenciados no cotidiano de trabalho vivo e em ato, também pelos serviços públicos. E que representa o espaço de produção de saúde, ao passo que também produz sofrimento, quando depara-se com adversidades, como as que o trabalho pela e na terra, com pouco investimento, pode ocasionar. Salientamos ainda, que apesar da exploração da força de trabalho, das desigualdades sociais e portanto, da própria questão social, ser anterior ao sistema capitalista, como apresentamos ao retomar as bases históricas do feudalismo da Idade Média, na realidade contemporânea, estas expressões se acirram cada vez mais, refletindo na saúde da população. Portanto, a necessária discussão sobre a saúde da população do campo, em seu conceito ampliado, visando contribuir com a implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Florestas e Águas (PNSIPCFA) no Brasil. Na pesquisa identificamos entre as necessidades específicas desta população, com recorte para a agricultura familiar, referentes a agravos em saúde, sendo que alguns vão ao encontro dos processos multicausais que afetam a população em geral do município, como hipertensão, cardiopatias, diabetes e sobrepeso, outros com causas específicas, mas com agravos semelhantes, como: osteomusculares, sofrimento mental decorrente do “desenraizamento”, histórico de violações de direitos na luta pela terra e o trabalho árduo na terra, como: depressão (altos índices de uso de medicação controlada) e uso prejudicial de bebida alcoólica, assim como agravos que podem estar relacionados ao uso de agrotóxicos. Desta forma, buscamos reforçar a essencialidade da produção agrícola livre de agrotóxicos, como uma questão de saúde pública e intersetorial, principalmente no Brasil, país que mais o usa no mundo. Uma discussão que afeta direta e indiretamente toda população, pois é a agricultura familiar que basicamente nos alimenta. Portanto, planejar estratégias de inserção na saúde que atenda sua integralidade, contribui para além de sua qualidade de vida, para a qualidade de vida da população em geral.

**Palavras-chave:** População do Campo. PNSIPCFA. Território. Atenção Básica em Saúde.

## SUMMARY

This work has as its theme: The Rural Population that makes part of the Primary Health Care from rural region of Viamão/RS and the interface with the National Policy of Integral Health of Forest and Water Populations (PNSIPCFA), in the years 2014 and 2015. This work has as its 'locus' the Primary Health Care, and as its object: the PNSIPCFA. For this work, our qualitative research involved two groups: one with 'seated' (workers who receive government land) work farmers, and one with 'not seated' work farmers (work farms owners of their land). This way, we consider their living manners and their living conditions as well as the reflections of those in their health and their inclusion in the Primary Care. In addition, we realized three interviews with Primary Care professionals and with a Primary Health Care manager. In the analysis, we realized a complementary documental research and some observations. We used the dialectical-critical method, with Marxian base, along with the following core categories of the method: historicity, contradiction, totality, mediation and work. In this context, we recognize the vital need for the expanding of health services and intersectoral services to the rural population in their territories of living and working, territories that should be "used" (SANTOS; SILVEIRA, 2006), and should be experienced in the everyday labor, and also in the public services. Those represent the space production of health, while also it produces suffering, when it faced with adversities, such as the working for and on the land, with little investment, can cause. We point out that, despite the exploitation of the workforce, of the social inequalities and of the social question to be priority for the capitalist system, we present the historical bases of the Feudalism of Middle Ages, in the contemporary reality, these expressions connect increasingly, and it reflects the health of the population. Therefore, it is necessary the discussion about the health of the rural population, in its broader concept, to contribute with the implementation of the National Policy of Integral Health of Forest and Water Populations (PNSIPCFA), in Brazil. In the survey, we identified among the specific needs of the rural population, with cutout for work farm families. The specific necessities are regarded health injuries, and some connected with multi-causal processes that affect the general population of Viamão, such as hypertension, heart disease, diabetes, overweight, and others with specific causes, but with similar diseases, such as musculoskeletal disease and mental suffering. The latter is due to the "uprooting", the historical violation of rights in the struggle for land and in the hard work on the land, causing depression (with high rates of controlled medication) and harmful use of alcohol, as well as diseases that may be related the use of pesticides. In this way, we aim to strengthen the essentiality of agricultural production that is free of pesticides, as a matter of public health and intersectoral, especially, in Brazil, the country that most use pesticides in the world. This discussion affects, directly and indirectly, the whole population, because the farm work family, basically, feeds us. Therefore, we should plan insertion strategies in the health that meet their entirety, as well as we should contribute to their quality of life, for the quality of life of the general population.

**Keywords:** Rural Population. PNSIPCFA. Territory. Primary Health Care.

## **LISTA DE SIGLAS**

AB- Atenção Básica em Saúde

ACS- Agente Comunitário (a) de Saúde

CRAS- Centro de Referência de Assistência Social

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

ESF- Estratégia de Saúde da Família

OMS- Organização Mundial da Saúde

PAC- Programa de Aceleração do Crescimento

PAEFI- Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

PNSIPCFA- Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo Florestas e Águas

PNSTT- Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora

SES-RS- Secretaria Estadual de Saúde - Rio Grande do Sul

SINAN- Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação

SINITOX- Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas

SIPESQ- Sistema de Pesquisa da PUCRS

SMS- Secretaria Municipal da Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

SUAS- Sistema Único de Assistência Social

UFRGS- Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UBS- Unidade Básica de Saúde

US- Unidade de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUZINDO “CAMPEADAS” ENTRE PÉS, MÃOS, CORPOS E IDEIAS: “PEGADAS NO INFINITO PAMPA”</b> .....	<b>9</b>
1.1 MÉTODO: “TROPEIRADAS NO CAMPO E PEGADAS NO CAMINHO...” .....	15
1.2 METODOLOGIA: CAMINHANDO E CANTANDO, “CAMPEANDO E TROPEIRANDO” ...	18
1.3 PEGADAS NO CAMINHO: “SEMEANDO A CAMPEADA E A TROPEIRADA POR ONDE ANDAMOS” .....	22
<b>2 CAMPEANDO IDEIAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO DESDE O FEUDALISMO</b> .....	<b>23</b>
2.1 CIO DA TERRA: MODO E CONDIÇÕES DE VIDA- A TERRA E O TRABALHO COMO MEIOS DE VIDA.....	23
2.2 O FEUDALISMO E SUAS HERANÇAS HISTÓRICAS: O MODO DE VIDA CAMPONÊS E A INTERFACE COM SUA SAÚDE .....	28
2.3 POPULAÇÃO DO CAMPO E O MOVIMENTO HISTÓRICO BRASILEIRO: AS FACES DOS PROCESSOS EXCLUDENTES .....	34
<b>3 PROTEÇÃO SOCIAL PARA A POPULAÇÃO DO CAMPO NO BRASIL: A TERRA QUE A SAÚDE PISA É A MESMA QUE O CAMPONÊS VIVE?.....</b>	<b>40</b>
3.1 PROTEÇÃO SOCIAL PARA A POPULAÇÃO DO CAMPO: OS MOVIMENTOS SOCIAIS NA CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	41
3.2 PNSIPCFA E A INTERSETORIALIDADE NO “CAMPO” DA PROTEÇÃO SOCIAL .....	49
<b>4 A INSERÇÃO DA POPULAÇÃO DO CAMPO NA ATENÇÃO BÁSICA: POTENCIALIDADES E DESAFIOS</b> .....	<b>53</b>
4.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E SUA INTERFACE COM A PNSIPCFA.....	53
4.2 A INSERÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE PELA ÓTICA DE PROFISSIONAIS .....	59
4.3 A INSERÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA PELA ÓTICA DA POPULAÇÃO DO CAMPO .....	87
4.4 AÇÕES ESPECÍFICAS PARA A POPULAÇÃO DO CAMPO: CONSONÂNCIAS E DISSONÂNCIAS COM A PNSIPCFA E SUS.....	102
<b>5 QUEM SÃO A POPULAÇÃO E PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO CAMPO, EM VIAMÃO? IDENTIDADE E ESPECIFICIDADES “PAMPEIRAS”</b> .....	<b>116</b>
5.1 POPULAÇÃO DO CAMPO DE VIAMÃO: “IDENTIDADE PAMPEIRA” PELA ÓTICA DE PROFISSIONAIS .....	117
5.2 POPULAÇÃO DO CAMPO DE VIAMÃO: “IDENTIDADE PAMPEIRA” PELA ÓTICA DE AGRICULTORES (AS).....	126
5.3 PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE NO CAMPO: “O INFINITO PAMPA- ENTRE CAMINHOS, SEMENTES, PÉS E FRUTOS” NA ÓTICA DE PROFISSIONAIS .....	151
5.4 PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE NO CAMPO: “O INFINITO PAMPA - ENTRE CAMINHOS, SEMENTES, PÉS E FRUTOS” NA ÓTICA DE AGRICULTORES (AS) .....	156
<b>6 CONSIDERAÇÕES DO INFINITO DESTA PAMPA E DESTA CAMPEADA</b> .....	<b>165</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>175</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>185</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>192</b>

## 1 INTRODUZINDO “CAMPEADAS” ENTRE PÉS, MÃOS, CORPOS E IDEIAS: “PEGADAS NO INFINITO PAMPA”...

O infinito? É o grande pampa. Onde ando campeando a ideia. É o campo azul sem porteiras, alambrados nem cancelas. Onde a lua-cheia pára, o seu rodeio de estrelas! (FORTES, 1987, p.86).

O trecho do verso, do poeta gaúcho M. Pereira Fortes (1987), expressa o encanto desta “campeada de ideias” que nos propomos a trilhar e a “tropeirar”<sup>1</sup>, para dar visibilidade ao camponês e à camponesa desta terra, que além de viverem no campo, o “campeiam”. Movimentam os pampas, território o qual nos dispomos a “campear”, compreendendo que ele não só é infinito na dimensão espacial e temporal, como no campo das ideias. Trataremos o “campear” como trajetória, caminhada, movimento, identidade cultural da população de parte deste estado, que possui dimensões de um país: o Rio Grande do Sul, mais especificamente, o município de Viamão. E “tropeirar”<sup>2</sup> além de representar o coletivo de tropeiros, indica itinerar e desbravar coletivamente.

Nesta “campeada”, apresentaremos uma “lasca” do caminho percorrido, o qual tornou esta chegada, não permanente, mas ainda uma travessia, “nestes campos sem porteiras nem cancelas”, como mais um caminho percorrido e onde há muito a se percorrer, por este “infinito pampa”, sempre iluminadas, pelo compromisso ético e profissional.

“Campeando”, cantando e seguindo “tropeirando”, como estes sujeitos que itineravam para levar e trazer alimentos para os povoados, principalmente no Brasil Colônia.

Isto se deve ao fato do tropeiro ser um importante sujeito na constituição cultural de nosso país, pois no período de descoberta de ouro e diamante nas “Gerais”, entre os séculos XVII e XVIII, houve uma considerável migração para a região, resultando na falta de alimentos e produtos básicos para a sobrevivência. Com isto, houve um contingente considerável de mortes, pois até mesmo os escravos foram direcionados a desbravar a terra em busca de minérios como o ouro (HISTÓRIA do tropeirismo, 2014).

---

<sup>1</sup>Neologismo que criamos para reforçar o termo “tropeiro na relação dialética de movimento que realizamos”, pois a “caminhada” dos tropeiros chama-se “tropeadas”. Neste contexto, como um dos objetivos da pesquisa é contribuir na caracterização desta população, consideramos pertinente inserir termos utilizados por sua cultura, reconhecendo sua identidade. Todavia, o **tropeiro** não era oriundo somente do RS, contudo, suas raízes são campeiras e no estado possui sua importante contribuição. Os tropeiros eram condutores de tropas de cavalo ou mulas, que atravessavam extensas áreas transportando gado e mercadorias [...] O tropeiro deveria ser capaz de resolver inúmeros problemas durante a viagem. As longas jornadas exigiam que ele fosse médico, soldado, artesão, **caçador, pescador, cozinheiro, veterinário, negociante, mensageiro e agricultor**. Tantos ofícios exigiam um arsenal variado de instrumentos e ferramentas. TROPEIROS da geral. [1995].

<sup>2</sup> Importante ressaltar que o tropeirismo era realizado essencialmente por homens, contudo a mulher exercia um papel fundamental para que estes pudessem fazer suas “caminhadas”. Por cuidarem do lar, da família e do próprio tropeiro que retornara, após suas longas “tropeadas”. Desta forma, salientamos o importante papel da mulher neste processo, assim como neste trabalho.

É neste contexto que surge o tropeiro em suas múltiplas funções, dentre elas, o de ser caçador, pescador e até mesmo, agricultor, o que fundamenta nossa escolha, pois ele foi um importante disseminador e mediador da cultura e do trabalhado camponês, assim como um importante articulador na formação de “pontes” entre os campos e os povoados em ascensão, os quais teve marcante participação em sua formação. Realizava em suas múltiplas atividades, o trabalho no campo, a caça nas florestas e a pesca nas águas. Portanto, torna-se nesta conjuntura, um importante ícone até mesmo das miscigenações culturais e étnicas do país, e portanto, essencial na sua formação identitária.

No Rio Grande do Sul deixou sua importante marca, inclusive nas “tropeiradas” por Viamão, caminho estratégico para os tropeiros, mencionado por Andrade (2006). Os tropeiros passaram a ser uma importante ponte do campo para as ascendentes áreas comerciais (povoados), contribuindo na sua constituição. Citamos uma referência da sua contribuição na constituição da cidade de Curitiba:

No século XIX Curitiba passou a ter importante visibilidade econômica especialmente a partir do tropeirismo. Ponto estratégico do caminho do **Viamão** a São Paulo e às Minas Gerais, o povoado viu crescer o comércio com a passagem dos tropeiros. O aluguel de fazendas para invernadas transferia os habitantes do campo para o povoado. Surgiram lojas, armazéns e escritórios de negócios ligados ao transporte de gado. (ANDRADE, 2006, p. 173).

Este sujeito de identidade marcada por realizar longas caminhadas pelo país e desenvolver muitas habilidades, passava também por Viamão, um importante trajeto para ascensão, inclusive, econômica do estado e do país. O tropeiro, assim como a política pública, se encontrava no campo contraditório e de disputas, ao contribuir com a legitimação da propriedade privada nos territórios que percorria, como Viamão, pois “foi justamente neste corredor norte litorâneo, por onde as tropas de muares vinham transitando, que a propriedade privada foi inaugurada, com a garantia real”(BARROSO, 2008, p. 168). Portanto, neste trabalho o tropeiro é um dos ícones do movimento que representa a dialética e a diversidade da população do campo, florestas e águas do país. Todavia, não temos a pretensão de resumir na pessoa do tropeiro toda complexidade cultural e étnica, das populações do Brasil, pelo contrário, salientamos que pela importante diversidade e complexidade destas populações, há a essencialidade de reconhecê-las nas suas identidades específicas, como a especificidade de gênero, etnia, cultura e geração, para efetivar-se o respeito à equidade, principalmente na saúde, como nesta discussão nos propomos a problematizar, a partir da população do campo. Desta forma, constituímos o tema da pesquisa como: A População do Campo inserida na Atenção Básica em Saúde (AB) da região rural de Viamão e a interface com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo da Floresta e das Águas (PNSIPCFA),

nos anos de 2014 e 2015. Com esta delimitação constituímos o problema de pesquisa: Como a População do Campo (PC) está sendo inserida na Atenção Básica em Saúde da região rural de Viamão? Esse é o tema e o problema que campea, tropeira e itinera esse trabalho.

“Campeamos, tropeiramos e itineramos” também, como alusão aos povos originários desta terra, que para subsistirem na busca de alimento e abrigo, também o faziam, sendo os sujeitos originários deste território (Brasil). E aos camponeses que historicamente lutam e percorrem este país pela garantia do direito à terra, muitas vezes sem obtê-la, como os pertencentes ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-terra (MST), pois “os movimentos sociais sempre marcaram o processo evolutivo da humanidade.” Inicialmente se “movimentavam” em busca de terras, pois as quais viviam estavam com suas possibilidades esgotadas (VIAL; FORTES, 2005, p. 17).

Nestas “tropeiradas” e “itineradas” até mesmo um tanto “nômades”, sem nos desenraizarmos, “campeamos ideias”, pois o “campo” é o nosso território, e o nosso alimento, são as discussões e reflexões que nos propomos a trazer, levar e deixar suas marcas como “pegadas no infinito” desta permanente “tropeirada”. Será possível deixar “pegadas” e marcas no infinito? Sim, é possível no infinito deste pampa e no campo das ideias, baseadas na realidade concreta!

Neste contexto, iniciamos a “campeada de ideias” dividindo umas “lascas” de experiências que resultaram no semear, acompanhar o brotar e colher os frutos deste trabalho, que é um produto que se constituiu de nossos processos e experiências profissionais que ocorreram inicialmente, nos estágios, no próprio município de Viamão, o qual se apresenta como lócus da pesquisa. Experiências que ocorreram na Atenção Básica do SUAS (Sistema Único de Assistência Social). Posteriormente, com a experiência no Serviço de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, pertencente ao atual PAEFI (Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos), de Média e Alta Complexidade do SUAS. Concomitantemente, a experiência em um CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial), da Política de Saúde Mental, em serviços que também atendiam a população do campo, exceto o CAPS.

Com a conclusão da graduação, a inserção no trabalho como assistente social, em um CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) do município, que assim como o CAPS, não atendia diretamente a população que residia no campo, mas que também era oriunda deste território.

Em 2012, após passar por processo seletivo, a inserção na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, da UFRGS (Universidade Federal do Rio

Grande do Sul), modalidade de pós-graduação lato sensu, que contempla a especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva<sup>3</sup>. Salientamos a realização de experiências em CAPS II, Residencial Terapêutico, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES-RS, na Política de Saúde Mental), alguns serviços em Viamão e outros em Porto Alegre.

Na região Centro-oeste do RS, tivemos experiências em microequipe de Residentes em Saúde Mental, em um trabalho intersetorial na busca da garantia de acesso às políticas públicas de um assentamento da região.

Destacamos a breve participação no acompanhamento, junto à SES-RS, como Residente, na implantação/implementação da PNSIPCFA (Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo Florestas e Águas). Concomitantemente, ao estágio optativo da Residência, na área rural, junto aos CRAS Rural do município de Viamão, durante sessenta (60) dias. Ratificamos que algumas dessas experiências foram breves e outras mais prolongadas, pois a Residência tem um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses. Mediante o contexto destas experiências, se “plantou” a proposta de pesquisa.

Importante salientar que histórica e geograficamente, o Rio Grande do Sul é conhecido por seu amplo território rural, caracterizado pelos pampas<sup>4</sup> e pela marcante presença da prática agropecuária, que constitui a identidade ruralizada do estado. E nos municípios onde foram realizados os trabalhos como Assistente Social e como Residente em Saúde Mental Coletiva, a vida no campo estava presente. Como no acompanhamento de moradores de um Hospital Psiquiátrico e em um Residencial Terapêutico, da região metropolitana de Porto Alegre, que desejavam retornar ao seu território de origem, após a longa permanência nestas instituições e serviços, assim como ao presenciar momentos de luta e resistência da população do campo, na busca pelo acesso a seus direitos.

Salientamos que uma das importantes motivações para sua produção foi a realização de um trabalho através da Residência, em um Residencial Terapêutico, participando do processo de retorno ao campo, de um morador, de 82 anos, que viveu aproximadamente 40 anos institucionalizado em um Hospital Psiquiátrico e 4 anos no Residencial Terapêutico. Essa vivência possibilitou uma aproximação com a Rede de Recursos Sociais também, da área rural, com o “Senhor do Campo”, como solicitava ser chamado e quem é.

---

<sup>3</sup> A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da UFRGS (RIMSMC), abrange sete áreas de atuação profissional: Serviço Social, Artes, Educação Física, Enfermagem, Psicologia, Pedagogia e Terapia Ocupacional.

<sup>4</sup> De maneira genérica, os campos da região Sul do país são chamados de "pampas", denominação que corresponde somente aos tipos de campo encontrados no Rio Grande do Sul. Em outras partes da região encontram-se as matas de araucárias e, também, campos semelhantes à savana. O relevo apresenta topos mais planos, vegetação rala e pobre em espécies, que se torna mais densa e rica nas encostas, com predominância de gramíneas e leguminosas. As queimadas e o uso inadequado do solo na agricultura têm provocado erosão e empobrecimento das terras que fazem parte desse ecossistema. (IBGE, 2016b).

Sucessivamente a marcante experiência com um assentamento na região centro-oeste do estado e no CRAS rural mencionado. Instigando a problematizar sobre a forma com que a população do campo é atendida na Atenção Básica em Saúde, com vistas à garantia de seus direitos, em seu território de existência, produção e reprodução de sua vida.

Todavia, mesmo com a territorialização dos serviços preconizada no SUS (Sistema Único de Saúde), no SUAS (Sistema Único de Assistência Social) e na própria Política de Educação, observou-se durante algumas das experiências vividas, que muitos serviços ainda eram distantes geograficamente, para grande parte da população do campo, e em grande parcela, não os atendiam de forma integral. Apresentando quadros precarizados de infraestrutura, recursos materiais, humanos e vínculos empregatícios. Não sendo uma realidade identificada somente na área rural, mas principalmente.

Salientamos alguns determinantes sociais em saúde para a população do campo, no que tange às questões voltadas ao transporte, qualidade das estradas, saneamento básico, direito à terra, sua inserção de qualidade aos serviços públicos e demais condições e dispositivos que garantam o acolhimento às suas necessidades básicas, e desta forma, a sua saúde.

Ao passar por estes espaços, das políticas públicas intersetoriais, ratificamos a concepção de que a saúde mental, assim como a saúde de forma integral, depende da articulação das políticas públicas intra e intersetoriais, do trabalho interdisciplinar e da importante articulação com a população. Partimos do conceito ampliado de saúde, legitimado pela lei orgânica do SUS: 8.080/1990, regulamentada pelo decreto 7.508 de 2011.

A pesquisa teve como sujeitos: trabalhadores da região rural (agricultores(as) familiares), profissionais da saúde que os atendem no território e um(a) gestor(a). Por ser um território que comumente possui difícil acesso às políticas públicas e sociais e pela Atenção Básica em Saúde preconizar serviços territorializados na sua política, constituindo-se o lócus de pesquisa e como objeto a: PNSIPCFA.

Este trabalho vem nos dando a possibilidade de colher “pés” e frutos, pois resultou no convite a participar de grupos no assentamento e a elaborar um projeto de intervenção para um de seus setores, que a priori, será nomeado de “Pegadas de saúde”, pelas pegadas (marcas) do movimento social, pela saúde, pela produção agrícola, pelos pés, mãos e corpos que “pegam” coletivamente, pelos pés de alimentos colhidos e pelas marcas deixadas que almejam a continuidade deste trabalho... Lembrando que Viamão remete às mãos e ao termo “Ibiamon”, que em guarani, significa pássaro, símbolo da liberdade e voo que aqui propomos: para o “infinito grande pampa”!

Este processo foi construído pela relevância social e científica, assim como pelo desejo em aprofundar o conhecimento e contribuir com a discussão sobre a inserção<sup>5</sup> da População do Campo (PC)<sup>6</sup> na Atenção Básica em Saúde (AB) e sua interface com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Florestas e Águas (PNSIPCFA). Partindo do lócus de pesquisa: a Atenção Básica do município de Viamão/RS, território que abrange “1494,2 km<sup>2</sup>, aproximadamente 280km<sup>2</sup> de área urbana e 1.244 km<sup>2</sup> de área rural” e que se apresenta como o “maior município em extensão da mesorregião Metropolitana de Porto Alegre e da microrregião de Porto Alegre”. (VIAMÃO.NET, [2006]).

Ainda segundo dados do IBGE: Em 2010 o município de Viamão possuía cerca de 239.384 habitantes, correspondendo à população urbana: 224.943 habitantes e rural: 14.441 habitantes. Sua estimativa para 2014 era 251.033 habitantes (IBGE, 2014). Os dados da secretaria municipal de saúde informam que a Atenção Básica atendeu até o ano de 2014, aproximadamente, 25.000 usuários da região rural, ultrapassando a média populacional em cerca de 10.559 habitantes, em relação a 2010, contando que a cobertura da Atenção Básica para o município prevista para 2015, seria de 50% , apresentado em seu Plano Municipal de Saúde (2014-2017). O que neste trabalho indica que a população rural ainda é de maior número.

Estes dados apontam que o município de Viamão ao possuir ampla extensão territorial, vem ampliando seu povoamento, com destaque para a área rural, resultante dos processos migratórios do interior do estado para a região metropolitana. E desta, para a área rural passível de acesso à capital do estado, em busca de proteção social, através do trabalho e com vistas à qualidade de vida, que inclusive, habitar o campo oferece. Destacamos a importância das riquezas naturais, culturais, históricas e étnicas de um município que é mais do que cidade dormitório<sup>7</sup>, pois a região possui muitas riquezas que a movimenta, como a produção de arroz e leite, assim como de variadas culturas e criações na área agropecuária (VIAMÃO, 2015).

Reiteramos que o município ainda possui seu bioma caracterizado pelos pampas, com uma vasta biodiversidade, protegida por reservas ambientais, e uma ampla diversidade cultural e étnica, a exemplo das populações quilombolas, indígenas, pescadoras, agricultoras familiares assentadas e não assentadas, ciganas, dentre outras populações.

<sup>5</sup> O termo inserção indica neste trabalho, a partir de nossa construção teórica, que será aprofundada no capítulo 4, a **interseção dos termos inclusão, acesso e acessibilidade aos serviços de saúde, com vistas ao cuidado integral em saúde.**

<sup>6</sup> A população do campo será definida como agricultores (as) familiares assentados (as) e não assentados (as), considerando que esta população contempla outros (as), além destes (as) trabalhadores (as) rurais.

<sup>7</sup> Corresponde a cidades que servem de moradia para trabalhadores (as) das cidades “núcleos de trabalho” como Porto Alegre, produto da concentração de trabalho nas metrópoles, termo o qual resistimos em utilizar para a superação de sua condição de subalternidade.

Portanto, mediante este contexto, o presente trabalho discute sobre a inserção na Atenção Básica de agricultores (as) familiares assentados (as) e não assentados (as), que vivem e sobrevivem do trabalho na terra e os reflexos em sua saúde, nesta produção e reprodução, a partir de seu modo e condições de vida, tendo como pano de fundo a PNSIPCFA instituída pela portaria 2.866 de 2011. Portanto, convidamos (as) a “tropeirar” e a “campear ideias” pelo infinito destes pampas, conhecendo e reconhecendo seu território, população e cultura! Somente assim, produziremos saúde! E esta é a contribuição que pretendemos fazer com o trabalho. Uma análise, a partir do Serviço Social, que contribua para a implementação da PNSIPCFA no município e país, com compromisso ético e político, para promover saúde em seu conceito ampliado, junto ao trabalho intersetorial!

### 1.1 MÉTODO: “TROPEIRADAS NO CAMPO E PEGADAS NO CAMINHO...”

Saiu-me um tanto compadre, nas partidas camarada... Mas não me assusto de petas, e nem enjeito parada. Se quiser vamos embora; Só estou `a espera do grito! E já que a cancha é do verso, que seja o laço o infinito... (FORTES, 1987, p. 86).

Na “cancha do verso, que o laço seja o infinito!” Nesta “cancha”, o laço é essencial para “campear ideias e tropeirar” neste infinito pampa, pois necessitamos enlaçar, interconectar e mediar as categorias do método com a realidade objetiva. Neste enlace, o método, que em grego (methodos), significa a partir do dicionário etimológico (2013): “caminho para chegar a um fim”, nos orienta o caminho a seguir. Contudo, este caminho não é linear, pois é permeado de múltiplas determinações. Nestas “enlaçadas” reforçamos que a presente discussão é amparada no **método dialético crítico**<sup>8</sup>, que não oferece um conjunto de regras lineares para a análise da realidade:

[...] porque, para Marx, o método não é um conjunto de regras formais que se “aplicam” a um objeto que foi recortado para uma investigação determinada nem, menos ainda, um conjunto de regras que o sujeito que pesquisa escolhe, conforme a sua vontade, para enquadrar seu objeto de investigação. Recordemos a passagem de Lenin que citamos :Marx não nos entregou uma lógica, deu-nos a lógica d’Ocapital. (NETTO, 2011, p. 52).

Portanto, o método escolhido com base marxiana, exige para a análise da realidade, as necessárias mediações com a realidade concreta, inviáveis de enquadramento do objeto. O método dialético-crítico compreende o materialismo dialético, histórico e a economia política. Parte do ser humano singular e genérico, sujeito histórico inserido na realidade concreta,

---

<sup>8</sup> Salientamos que existem outros métodos reconhecidos para análises de pesquisas, porém o dialético-crítico é base fundante do projeto ético-político do Serviço Social, o que justifica nossa escolha.

dinâmica, permeada por processos contraditórios e com vistas à sua superação. (MARX, 1975).

O método em Marx nos propicia realizar uma investigação que contemple a realidade social da população a qual fez parte da pesquisa, com um aprofundamento que possibilita a compreensão da lógica do capital e sua relação com a realidade objetiva. Para Marx e Engels (2009, p. 122): “Os filósofos apenas interpretaram o mundo de diferentes maneiras; o que importa é transformá-lo”. Fundamentando a escolha pelo método que nos revela a não neutralidade do próprio pesquisador na realidade em que pesquisa, pois vislumbra a sua transformação. Netto reitera que para Marx:

O método implica uma determinada *posição (perspectiva)* do sujeito que pesquisa: aquela em que se põe o pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações. (NETTO, 2011, p. 53).

Portanto, o método a ser utilizado indica uma posição a ser seguida na trajetória de pesquisa, perpassando por todo seu processo de forma transversal. Iluminado pelas categorias do método como: a historicidade, totalidade e a própria contradição. A categoria mediação e o trabalho, também são centrais e transversais para a análise da pesquisa, que perpassa as relações sociais. Nesta perspectiva, interconectamos as categorias centrais do método. A **historicidade**, portanto é contemplada por Marx, entre suas diversas publicações, no livro: *Miséria da Filosofia*, dando subsídios para a dialética:

Tudo o que existe, tudo o que vive sobre a terra e sob a água, não existe, não vive senão por um movimento qualquer. Assim, o movimento da história produz as relações sociais. (MARX, 2000, p. 92).

Nestas relações que o homem estabelece, entre si e com a natureza, sendo ele parte dela realiza através do **trabalho**, a constituição e materialização de sua história e sua própria historicidade, produzindo-se e reproduzindo-se. Marx e Engels (1967 citado por MINAYO, 2010, p. 111) referem que: “nada se constrói fora da história e nem a história é produto das ideias”. Pois é necessário para produzi-la sua materialização no dia-dia. Portanto nossos “pés no chão” indicando a materialidade e concretude da realidade e “campeando ideias” na mediação teleológica desta realidade. Imprimimos o reconhecimento da constituição histórica da cultura de uma população. Desta forma, há necessidade de reconhecer na relação método, história- cultura, dialética, o motivo pelo qual optamos por contemplar o termo tropeirismo, utilizando como metáfora as “tropeiradas”, coletivas e desbravadoras, assim como as “campeadas de ideias”.

Sobre a **totalidade**, Prates (2005, p. 134) ratifica que a totalidade é “mais do que a reunião de todas as partes, significa um todo articulado, conectado, onde a relação entre as partes altera o sentido de cada parte e do todo”. E refere Kosik para complementar:

A compreensão dialética da totalidade significa não só que as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes (KOSIK, 1989, p.42 citado por PRATES, 2005, p. 134).

A totalidade se apresenta como categoria que possibilita realizar mediações singulares entre as partes e o todo, e que este movimento altera tanto um, quanto o outro. Portanto, não podemos analisar a realidade, apenas em suas partes, ou somente na perspectiva do todo, pois eles se expressarão na sua interconexão, as quais são insubstituíveis. Ratificamos desta forma a essencialidade da interconexão das categorias do método no movimento dialético, embasando a interpretação e possível transformação da realidade. Marx ainda apresenta na *Miséria da Filosofia* (2000), bases para seu aprofundamento:

[...] uma vez que conseguiu se afirmar como **tese**, esta tese, este pensamento, oposto a ele mesmo, se desdobra em dois pensamentos contraditórios, o positivo e o negativo, o sim e o não. A luta destes dois elementos antagonistas, encerrados na **antítese**, constitui o **movimento dialético**. O sim tornando-se não, o não tornando-se sim, o sim tornando-se ao mesmo tempo sim e não, o não tornando-se ao mesmo tempo não e sim, os contrários se equilibram, se neutralizam e paralisam. A fusão destes dois pensamentos contraditórios constitui um pensamento novo, que é a sua **síntese**. Este pensamento novo se desenvolve ainda em dois pensamentos contraditórios, que se fundem por sua vez numa **nova síntese**. Nesse trabalho de reprodução nasce um grupo de pensamentos. Este grupo de pensamentos segue o mesmo movimento dialético de uma categoria simples, e tem por **antítese** um grupo contraditório. Destes dois grupos de pensamentos nasce um novo grupo de pensamentos que é sua **síntese**. (MARX, 2000, p. 93).

A referência à dialética que Marx realiza remete a um maior aprofundamento na compreensão do próprio movimento dialético, que é movimento “puro”. Mesmo na aparente estagnação, a tese, antítese e síntese estão em constante transformação, a realidade está em constante transformação e sua essência é movimento, a partir do devir (vir a ser) e detour (em medições do presente em sua concretude e sua interlocução com a história).

Portanto, o movimento constante no processo de pesquisa e da realidade em si, nos possibilita realizar uma análise crítica sobre a realidade, com vistas a transformá-la, tendo a ciência de seu movimento histórico e contraditório Prates (2005, p. 135) indica a **contradição** como “destruidora, mas também como criadora, já que se obriga à superação, pois a contradição é intolerável”, exigindo constantes mediações.

Conforme Silva (2007, p. 288): “as categorias não são construções unicamente teóricas criadas pela razão e sistematizadas em “títulos conceituais”, mas sim reconstruções possíveis

da dinâmica do real em uma dada historicidade”. Portanto, sugerimos este “enlace” que irá possibilitar que deixemos “pegadas” nestes “campos infinitos”... Pois é o método, o caminho para os pampas... E para isto, “pés no chão” e cabeça “campeando ideias”, mostrando a relação com a terra e realidade objetiva, a qual pretendemos contemplar.

## 1.2 METODOLOGIA: CAMINHANDO E CANTANDO, “CAMPEANDO E TROPEIRANDO” ...

Saí pelos pampas ainda criança. Peguei confiança na minha coragem. Ando de viagem prá qualquer lugar. De um dia parar eu não tenho esperança. Rumo ao horizonte eu vou indo agora, passando por outros que não vão embora. Aonde estarei ao romper da aurora (TEIXEIRINHA. Meu nome é Corisco).

Caminhando e cantando é como decidimos “campear e tropeirar rumo ao horizonte”, pois quem “sabe faz a hora, não espera acontecer! Pegamos confiança na nossa coragem para tropeirar pelo pampa de Viamão,” pois este saber se constrói ao caminhar e é cantando que almejamos compartilhar esta caminhada, pois além do método que nos orienta o caminho, trilhamos a metodologia que nos orienta como “tropeiramos” por este caminho. A qual construímos de forma planejada, de acordo com o tema o qual propomos pesquisar: **A População do Campo inserida na Atenção Básica em Saúde (AB) da região rural de Viamão e a interface com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), nos anos de 2014 e 2015.** Com esta delimitação constituímos o problema de pesquisa: **Como a População do Campo (PC) está sendo inserida na Atenção Básica em Saúde da região rural de Viamão?** E como direcionadoras deste caminho, constituímos questões para nortear ou “sul(ear)” nossa tropeirada: **a)** De que forma a AB atende as necessidades e especificidades em saúde das PC? Quais as possibilidades/potencialidades e desafios encontrados para se efetivar o cuidado integral a estas populações, preconizado no SUS e PNSIPCFA? **b)** Quais são as características singularidades e necessidades específicas, em saúde, destas populações? E quais as populações preconizadas na PNSIPCFA são encontradas em Viamão? **c)** Que ações voltadas para a PC estão em consonância com o SUS e com a PNSIPCFA? Esta política está sendo implantada ou implementada no município? **d)** Quais as características esperadas dos profissionais para trabalhar com essas populações?

Tendo em vista a objetivação destas perguntas elaboramos os seguintes objetivos: **Objetivo Geral:** Conhecer e analisar como vem se dando a inserção da População do Campo na Atenção Básica em Saúde da região rural de Viamão/RS, a fim de destacar as possibilidades, potencialidades e desafios para se efetivar o cuidado integral a esta população preconizado no SUS e PNSIPCFA. E os **Objetivos Específicos:** **a)** Conhecer e analisar o

processo de inserção da PC na AB, da região rural de Viamão; **b)** Conhecer e contribuir para caracterizar os usuários da AB procedentes do campo, considerando suas características singulares, necessidades específicas em saúde e suas formas de acesso; **c)** Mapear as ações específicas para a PC, destacando as consonâncias e dissonâncias com a PNSIPCFA e SUS; **d)** Conhecer e contribuir na caracterização do profissional indicado para trabalhar com a PC.

Ao elaborar os objetivos identificamos que o tipo de pesquisa a nos amparar seria a **pesquisa social de natureza qualitativa**, por responder a questões muito particulares:

[...] ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2008, p. 21).

A pesquisa qualitativa nos possibilita efetivar a finalidade de conhecer, reconhecer a realidade social e contribuir sobre o a inserção da População do Campo na Atenção Básica em Saúde. O que não pode ser somente quantificado em números, havendo uma implicação com o processo qualitativo. Desta maneira, será utilizado como nível ou tipo de pesquisa, a **exploratória**, “que tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”. (GIL, 2008, p. 27).

Para o desenvolvimento da pesquisa foram escolhidas e destacadas, quatro categorias explicativas da realidade, que são: **População do Campo, Atenção Básica em Saúde (AB), Território e Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Florestas e Águas (PNSIPCFA)** conceituadas ao longo do trabalho e trabalhadas de forma transversal, assim como as categorias centrais do método e as emergentes resultantes das análises dos conteúdos colhidos através de entrevistas semiestruturadas, grupos focais e análise documental.

Para viabilizar o estudo proposto e contemplar os objetivos elencados na pesquisa, foram utilizados instrumentos e técnicas para o seu desenvolvimento. Como a **técnica da entrevista do tipo semiestruturada** (roteiro nos anexos), auxiliando na coleta dos conteúdos analisados e que “parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante”. (TRIVIÑOS, 1987, p. 146). Esta técnica possibilita o contato direto do pesquisador com o sujeito da pesquisa, potencializando variadas formas de realizar a leitura da realidade, a partir desta aproximação.

Ainda na perspectiva da entrevista, em sua natureza prática foi utilizada a técnica de grupo focal, a qual implica na articulação dos participantes em uma discussão que possibilite a interação do grupo e o enriquecimento da pesquisa enquanto possibilitadora de uma análise que contribua com a realidade desta população, Bauer e Gaskell referem a partir de Habermas (1992) que o grupo focal “é um debate aberto e acessível a todos: os assuntos em questão são de interesse comum; as diferenças de status entre os participantes não são levadas em consideração” (BAUER; GASKELL, 2000, p. 79), trabalhando os pontos comuns de interesse dos participantes.

E a **observação não estruturada ou assistemática** que consiste: “[...] em recolher os fatos da realidade sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais ou precise fazer perguntas diretas”. (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 89). Ocorreram ao mesmo tempo das entrevistas, complementando-as. Assim como a técnica de **pesquisa documental** que compreende documentos as Atas do o GT, atual Comitê de Saúde das Populações do Campo, Floresta e Águas, do estado do Rio Grande do Sul. Resultando na triangulação<sup>9</sup> de técnicas, através das entrevistas, observação e pesquisa documental e triangulação de fontes: entrevista com gestor (a) (AB), profissional e usuário (agricultor(a) assentado (a) e não assentado (a), possibilitando aprofundar a análise sobre a temática proposta.

A presente pesquisa teve como critério de inclusão para os participantes: profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica e trabalhadores (a) rurais- agricultores (as) familiares assentados (as) e não assentados (usuários da Atenção Básica em Saúde) da área rural de Viamão. Os (as) usuários procedentes do campo e os (as) profissionais de saúde que os atendem e acompanham na AB, do município de Viamão. Em uma **amostragem por tipicidade ou intencional** que “constitui uma amostragem não probabilística e consiste em selecionar um subgrupo da população que, por base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda população” (GIL, 2008, p. 94).

Optamos por entrevistar um (a) profissional da gestão da Atenção Básica no município e dois (duas) profissionais que atendessem cada um (a) a um grupo: agricultores (as) familiares assentados (as) e o outro, não assentados (as), totalizando três profissionais. E os grupos focais ocorreram: um através de convite pelo sindicato do município e o outro pela liderança do assentamento, totalizando treze agricultores (as).

Pelo fato da população do campo possuir seu modo de vida específico, para as entrevistas, utilizamos como critério de inclusão: sua sobrevivência da terra, pois partimos do

---

<sup>9</sup> É o processo relacionado à coleta de dados em que o investigador procura utilizar fontes diferentes, ou técnicas diferentes, ou ambas, obtendo três vias diferentes de acesso aos dados. (LEOPARDI, 2002, p. 219).

pressuposto de que seu modo de subsistir reflete em sua inserção na rede de saúde. Para contribuir na mediação teórico-prática, e portanto, na análise, utilizamos a pesquisa documental mencionada.

Consideramos importante compartilhar, que a PNSIPCFA que se constitui objeto de análise na pesquisa, apresenta-se ampla ao contemplar as Populações do Campo, Floresta e Águas (PCFA), porém, considerado o período de vigência de 24 (vinte e quatro) meses, previsto para a pesquisa de mestrado delimitamos a pesquisa à População do Campo.

A análise dos conteúdos coletados foi realizada através da **Análise de Conteúdo** de Bardin (2009, p. 44). De acordo com a autora, a análise consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam inferências.

É composta por três fases: a **pré-análise**, “que corresponde à fase da organização propriamente dita”. (BARDIN, 2009, p.121); a **exploração dos materiais** que “consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas”. (BARDIN, 2009, p.127); e o **tratamento dos resultados obtidos e interpretação**, “da análise, de maneira a serem significativos (falantes) e válidos”. (BARDIN, 2009, p.127). Realizada a leitura flutuante e a constituição de quadros de operacionalização das categorias de análise.

Como pressupostos éticos desta pesquisa, este projeto foi submetido à Comissão Científica da PUCRS pela plataforma SIPESQ. Assim como apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Viamão e à Secretaria Estadual de Saúde/RS, sendo solicitado o Termo de Aceite das Instituições.

Com as aprovações das Instituições, o Projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa pelo sistema da Plataforma Brasil. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa pelo CAAE: 42024115.5.0000.5336. Com isto, foram agendadas e realizadas as Entrevistas. Salientando que a coleta ocorreu somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos (as) participantes, assegurados os preceitos éticos constantes da portaria 466/2012 do Ministério da Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Os nomes e dados de identificação são protegidos mesmo com as gravações autorizadas nas entrevistas.

A documentação incluída na pesquisa documental, em específico as Atas do GT/Comitê da saúde das Populações do Campo, Florestas e Águas foram utilizadas, através do Termo de Aceite Institucional para o acesso e utilização na pesquisa.

Para tanto, na perspectiva e no compromisso ético e político, compartilhamos o produto deste trabalho publicamente, tanto para os serviços, usuários (as), como para a população em geral, em espaços pertinentes para a discussão.

### 1.3 PEGADAS NO CAMINHO: “SEMEANDO A CAMPEADA E A TROPEIRADA POR ONDE ANDAMOS”

Amparadas no referencial dialético crítico e suas categorias centrais, interconectas e transversais no trabalho, objetivamos articulá-las para contribuir na análise da discussão. Neste momento, vislumbramos introduzir o que será abordado em cada capítulo. Portanto, no capítulo 2, abordamos o modo e as condições de vida da população do campo, destacando a terra e o trabalho como meios de vida e como se processa a relação do humano com a natureza, sua transformação e constituição de um modo de vida. Retomamos neste contexto, o feudalismo na idade média e suas heranças históricas, realizando uma interconexão do modo de vida camponês e sua interface com a saúde.

Reafirmamos que a questão social é anterior ao modo de produção capitalista e que este modo de produção a agrava cada vez mais, apresentando novas expressões para a mesma questão social. Desta forma, também apresentamos algumas reflexões sobre o movimento histórico brasileiro e as faces dos seus processos excludentes, desde a colonização do país, para compreendermos como a raiz histórica explícita, explica e é determinante para formação social, econômica e cultural de um país.

No capítulo 3 abordamos sobre a proteção social para a população do campo no Brasil, questionando se a terra que a saúde pisa é e foi a que o camponês viveu e vive. Nesta perspectiva contemplamos os movimentos sociais na constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e a importante conquista e desafio de implementação da PNSIPCFA, na perspectiva da intersetorialidade no campo da proteção social.

No capítulo 4 contemplamos a inserção da população do campo na Atenção Básica em Saúde, suas potencialidades e desafios, transversalizando a Política de Atenção Básica (PNAB) com a PNSIPCFA e iniciando a apresentação da pesquisa empírica sobre a inserção da População do Campo na Atenção Básica em Saúde, tanto na ótica de profissionais como da População o Campo e as ações específicas para esta população.

No capítulo 5 apresentamos a identidade pampeira da população, dos serviços e profissionais de saúde que a acompanha. Posterior, no capítulo 6: as considerações “do infinito deste pampa e desta campeada”, com considerações prévias que visam contribuir com trabalhos implicados com esta população.

## 2 CAMPEANDO IDEIAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO DESDE O FEUDALISMO

“Tentaram nos enterrar, mas não sabiam que éramos sementes” (Provérbio Mexicano).

Neste capítulo nos propomos a retomar ou até mesmo reavivar a memória dos camponeses do período feudal, o qual sua presença foi determinante para a manutenção da sociedade europeia, principalmente neste modo de produção, o caracterizando.

Traremos sobre seu modo de vida e os reflexos na saúde, através de seu trabalho na terra, naquele período, até a transição para o capitalismo. Pretendemos dar visibilidade a estes sujeitos essenciais em nossas vidas e invisibilizados pela sociedade feudal e atual. Eram “enterrados na sua história” naquele período, e principalmente posteriormente, com a transição para o modo de produção capitalista. Todavia, o que não se sabia é que eles eram “sementes” e ainda fazem brotar da terra, tão explorada e sendo explorados, o alimento! Independentemente de modelos de produção, estes são e serão continuamente, “sementes”!

### 2.1 CIO DA TERRA: MODO E CONDIÇÕES DE VIDA- A TERRA E O TRABALHO COMO MEIOS DE VIDA

Agindo assim, por seus movimentos sobre a natureza exterior e transformando-a, o homem transforma ao mesmo tempo a sua natureza. (MARX, 2013, p. 255).

O processo de transformarmos a natureza exterior nos faz transformar a nossa própria natureza e para objetivar este transformar, exige-nos realizar uma análise mais profunda sobre o movimento que implica essa relação que produz um determinado modo de vida. Partimos então, a “campear” e a garimpar algumas concepções sobre o próprio modo de vida que possui intrínseca relação com o trabalho, categoria central do método e da pesquisa. Colaborando com esta construção, Martinelli afirma que o modo de vida é um termo introduzido pelo historiador Edward Thompson: “Que nos mostra que o modo de vida é, exatamente, o modo que esse sujeito constrói e vive sua vida. Envolve portanto, seus sentimentos, valores, crenças, costumes e práticas sociais cotidianas”(MARTINELLI, 1999, p. 23).

Todavia, o modo de vida é constituído a partir das condições materiais disponíveis na natureza e constituídas socialmente, pois a “sociedade não é algo abstrato, se faz na totalidade das relações dos seres sociais, na força da conjugação dos múltiplos movimentos dos sujeitos que nela se inter-relacionam e a transformam constantemente” (FERNANDES, 2005, p. 2). Portanto, partimos do homem e de suas condições materiais reais de produção e reprodução,

para o seu modo de vida (MARX; ENGELS, 2009). No que se refere à população do campo, se faz pertinente contextualizar que esta possui modos de vida distintos da população que vive nas áreas urbanas e até mesmo em diferenciados espaços rurais. Incitando a uma contextualização mais profunda sobre seus meios de vida e sua relação com o modo de produzi-los. Processo que se dá no interior das relações sociais:

Ao produzirem os meios de vida, os homens produzem sua vida material. O modo de produzir os meios de vida refere-se não só à reprodução física dos indivíduos, mas a *reprodução de determinado modo de vida*. A produção da própria vida no trabalho e da alheia na procriação dá-se numa dupla relação natural e social; social no sentido de que compreende a cooperação de muitos indivíduos. Portanto determinado modo de produzir supõe, também, determinado modo de cooperação entre os agentes envolvidos, determinadas relações sociais estabelecidas no ato de produzir, as quais envolvem o cotidiano da vida em sociedade. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2010, p. 17).

Neste contexto, compreendemos que a produção e reprodução da própria vida, se dá a partir das relações e dos meios materiais passíveis de acesso e transformação e como estas relações são elaboradas socialmente em uma relação “natural e social”. O que contribui na objetivação de um modo de vida, ou seja, na concretude de produzir-se e reproduzir-se socialmente, em determinado espaço ou território. Contexto complexo que Marx & Engels problematizam na Ideologia alemã, ampliando a discussão e a possibilidade de compreensão sobre do modo de vida na realidade concreta:

A forma pelos qual os homens produzem seus meios de vida depende sobretudo da natureza dos meios de vida já encontrados e que eles precisam reproduzir. Não deve porém, considerar tal modo de produção de um único ponto de vista, ou seja, a reprodução da existência física dos indivíduos. Trata-se muito mais de uma forma determinada de atividade dos indivíduos, de uma forma determinada de manifestar sua vida, um *modo de vida determinado*. Da maneira como os indivíduos manifestam sua vida, assim são eles. O que eles são coincide, portanto, com sua produção, tanto com o que produzem como o *modo* como produzem. O que os indivíduos são, por conseguinte, depende das condições materiais de sua produção. (MARX; ENGELS, 2006, p. 45).

Ratificam que o modo como os homens manifestam suas vidas expressam o que são, e o que são, coincide com o que e como produzem, formando sua identidade, através das condições materiais de sua produção, resultando como produto: o seu modo de viver. Nesta possibilidade do homem transformar e transformar-se com a natureza, realiza teológica e ontologicamente, a mediação, através do trabalho e das relações sociais que constituirão sua identidade. Desta forma o homem manifesta sua vida, e seu modo de vida:

Vale destacar que, quando se fala de produção e reprodução das relações sociais inscritas num momento histórico, sendo a questão social uma inflexão desse processo, trata-se da produção e reprodução-movimentos inseparáveis na totalidade concreta-de condições de vida, de cultura e de produção de riqueza (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 52).

Importante ressaltar neste contexto de interconexões, que as mediações são inseparáveis da totalidade concreta. E que esta relação ontológica é mediada para vida no campo e sua cultura, que exprime processos identitários específicos e de uma riqueza incontestável. Ao passo que os camponeses também sofrem com a violação de direitos ao buscar reproduzir-se na realidade objetiva. Incidindo no agravamento das expressões da questão social (matéria-prima do trabalho do Assistente sócio)<sup>10</sup>. Está em seu complexo significado, a partir de Iamamoto é:

Apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2004, p. 27).

Todavia, a exploração do trabalhador é anterior ao capitalismo, corroborando com sua formação “naturalizadamente” exploratória e intensificando a concentração de riquezas socialmente produzidas, o que pretendemos abordar nesta discussão. Para isto, é importante compartilhar a concepção de trabalho para Marx, o qual embasa a pesquisa de forma transversal, pois é com enfoque no trabalho com a terra e, portanto, na relação com a natureza, que propomos dialogar:

O trabalho antes é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como uma potência natural [Naturmacht]. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza (MARX, 2013, p. 255).

O homem como ser genérico, passa a mediar este trabalho para a garantia de sua sobrevivência. Seu trabalho concreto na produção e reprodução na e da terra. Trabalho que se modifica nos processos históricos e dialéticos de desenvolvimento dos modos de produzir. Sendo que o trabalho concreto (exclusivamente) foi muito mais presente nas sociedades pré-históricas, antigas e até mesmo medievais, sem deixar de desconsiderar a exploração do trabalho que ocorria, inclusive no feudalismo, na relação dos Senhores feudais com os vassallos (camponeses) no uso da terra. Contudo, é na relação de mediação com a natureza que o homem a transforma e se transforma na realidade objetiva. Diferenciando-se dos demais animais:

---

<sup>10</sup> A formação profissional (do Assistente Social) tem na *questão social* sua base de fundação sócio-histórica, o que lhe confere um estatuto de elemento central e constitutivo da relação entre profissão e realidade social. (IAMAMOTO, 2010, p. 183).

No entanto, eles próprios começam a se distinguir dos animais logo que começam a produzir seus meios de existência, e esse salto é condicionado por sua constituição corporal. Ao produzirem seus meios de existência, os homens produzem, indiretamente, sua própria vida material (MARX; ENGELS, 2006, p. 44).

Materializando seu modo de vida, a partir das condições materiais que a natureza proporciona, passíveis para a manutenção sua de vida. O homem constitui sua identidade e se manifesta, nos processos de produção e reprodução de seus meios de vida, estes que são encontrados na natureza, produzidos e reproduzidos por ele em um determinado território. Espaço que não é simplesmente um conceito: “Ele só se torna um conceito utilizável para análise social, quando o consideramos a partir de seu uso, a partir do momento em que o pensamos juntamente com aqueles atores que dele se utilizam”. (SANTOS; SILVEIRA, 2006, p. 22).

Neste contexto, os homens entre si, com o trabalho e a própria natureza, se transformam. Relações permeadas e tecidas nos diferentes territórios, formando as características singulares das populações, a partir de suas condições materiais e das relações sociais, constituindo seu modo de vida. Essa mediação das suas relações sociais (inclusive de sua procriação), relação com a natureza e seu trabalho, produz e reproduz sua vida:

A produção da vida, seja da própria vida pelo trabalho, seja a de outros, pela procriação, nos aparece a partir de agora como dupla relação: de um lado, como relação natural, de outro, como relação social-social no sentido em que se compreende por isso a cooperação de vários indivíduos, em quaisquer condições, modo e finalidade (MARX; ENGELS, 2006, p. 5).

Portanto, o trabalho se apresenta como categoria central na mediação das relações sociais e como essência da riqueza. E o trabalho na terra também se insere neste contexto, como sendo essencial, principalmente, à subsistência e transformação humana:

A terra (que do ponto de vista econômico, também inclui a água), que é para o homem uma fonte originária de provisões, de meios de subsistência prontos, preexistente, independentemente de sua interferência, como objeto universal do trabalho humano. Todas as coisas que o trabalho apenas separa de sua conexão imediata com a totalidade da terra são, por natureza, objetos de trabalho preexistentes (MARX, 2013, p. 256).

A terra e a água como meios de sobrevivência se apresentam imprescindíveis para a produção e reprodução humana. Fornecendo meios de subsistência, são arsenais originários “de meios de trabalho” (MARX, 2013, p. 257). A terra ainda é considerada:

[..] um meio de trabalho, mas pressupõe, para servir como tal na agricultura, toda uma série de outros meios de trabalho e um grau relativamente alto de desenvolvimento de força de trabalho. Mal o processo de trabalho começa a se desenvolver e ele já necessita de meios de trabalho previamente elaborados (MARX, 2013, p. 257).

Contudo, com o advento tecnológico e a ascensão do modo de produção capitalista, o uso de máquinas torna mais variado os meios de trabalho, produção e concentração de

riquezas, para além da terra e além do trabalho humano, através da máquina. Porém este “avanço” não eximiu o ser humano da exploração, contraditoriamente o explorou mais intensamente. Em um período de tempo menor, o homem se torna a máquina e seu trabalho se torna mercadoria, no processo de troca. No capitalismo, amplia-se o tempo de trabalho excedente, sem resultar no aumento da jornada de trabalho e nem necessariamente na sua diminuição, pois objetiva-se gerar mais excedentes. Onde o trabalhador não usufrui necessariamente do lucro e sim, os donos dos meios de produção:

Com a extensão do maquinismo e da divisão do trabalho, o trabalho perdeu todo caráter de autonomia e, assim, todo atrativo para o operário. Este torna-se uma simples acessório da máquina. Só lhe exigem o gesto mais simples, mais monótono, mais fácil de aprender. Portanto, os custos que o operário gera limitam-se aproximadamente apenas aos meios de subsistência de que necessita para manter-se e reproduzir-se (MARX ; ENGELS, 2001, p. 35).

O que corrobora na explicação do trabalho abstrato: o trabalhador vende seu tempo de trabalho para os donos dos meios de produção (venda da força de trabalho que se torna mercadoria e gera valor de troca-trabalho abstrato). Sendo o trabalho abstrato o que mais interessa ao capitalismo, pois é o que gera lucro e mais-valia (o excedente que vai colaborar para a acumulação do capital). Reiteramos que a acumulação capitalista depende da exploração da força de trabalho abstrata, para se manter e expandir. Desconsiderando as singularidades de seus trabalhadores e sua realização pelo trabalho. Elemento de discussão para Marx e para a economia política. “O que caracteriza o trabalho que cria valor de troca é que as relações sociais das pessoas aparecem, por assim dizer, invertidas, como a relação social das coisas” (MARX, 2008, p. 60), a “coisificação” das relações.

Neste processo, o produto da agricultura, o alimento, perde sua essência de valor de uso para a subsistência, para ter em primeira instância, valor de troca, mercadoria, pela qual não necessariamente servirá de alimento. O alimento que se torna mercadoria, objeto meio de enriquecimento para os capitalistas, concretizado pelo exemplo do agronegócio, pela monocultura em larga escala e sem o objetivo principal, de alimentar a população. Este produto pode nem chegar a ser em sua totalidade, alimento, como em muitos casos na monocultura, visando essencialmente, gerar lucro, para o (a) capitalista, como exemplo de exportações em comódites, sem ao menos garantir a alimentação da população do país que exporta como ocorre no Brasil.

Contrapondo esta dinâmica, porém não livre destas determinações, inseri-se a agricultura familiar, que apesar de ser responsável por produzir 70% de nossa alimentação,

em cerca de 25% de terras produtivas no Brasil<sup>11</sup>, em muitos casos, arrendadas, sofre com as determinações do capital, nem sempre tendo condições de acesso ao seu próprio produto. Plantando não necessariamente para seu consumo, ao trocar (vender) o alimento, muitas vezes não garante uma alimentação saudável e com condições dignas para promover saúde. O que contraditoriamente é realizado para sua sobrevivência, pois o(a) agricultor(a) familiar necessita de outros meios materiais para sobreviver e também sofre com os fetiches do capitalismo. O alimento torna-se mercadoria e não mais produto, até mesmo para a agricultura familiar, pela necessidade de outros meios para subsistir e pelo fetiche do consumo industrial que também o afeta.

## 2.2 O FEUDALISMO E SUAS HERANÇAS HISTÓRICAS: O MODO DE VIDA CAMPONÊS E A INTERFACE COM SUA SAÚDE

“A semente que semeais outro colhe...” (HUBERMAN, 2011, p. 141).

Semear e colher o fruto como produto de nosso trabalho possibilita nos reconhecer neste processo. Todavia, a história que retomamos a partir do feudalismo, nos mostra que os camponeses - agricultores (as) semeavam e até poderiam colher, mas não usufruir com qualidade do fruto que plantavam. O alimento produto do trabalho e meio de subsistência: se transforma em mercadoria, mesmo no feudalismo, pois perde seu valor de uso para o (a) camponês que o troca para ter minimamente a possibilidade de ter acesso à terra e parte de sua produção. Reflexões essenciais para aprofundarmos o conhecimento sobre como vêm sendo constituídos e mantidos historicamente, os grupos sociais que vivem no campo e os reflexos históricos de sua organização social na sua saúde, a que nos propomos pesquisar.

A retomada histórica do período feudal, na Idade Média, nos faz refletir sobre a relação capital e trabalho que se instaura na sociedade, antes mesmo do modo de produção capitalista, principalmente na sua transição. O capital é anterior ao sistema e assim como as desigualdades oriundas desta relação, que com o capitalismo se acirram cada vez mais. Portanto, a necessidade de buscar na história, a raiz destas contradições e disputas que incidem na realidade social das nações até a atualidade. Reproduzidas como novas expressões, porém com a mesma e antiga questão social.

---

<sup>11</sup> De acordo com o último Censo Agropecuário do IBGE/2006, que recenseou 441.467 estabelecimentos agropecuários no Rio Grande do Sul, observou-se a predominância de 86% do cultivo de terra pela agricultura familiar, com cerca de 992.088 pessoas ocupadas, em especial, nas lavouras de mandioca, feijão e milho, resultando em 54% do Valor Bruto da Produção (VBP). O estado foi considerado como a 3ª unidade federativa com maior número de estabelecimentos familiares do país (8,7% do total) (ERVILHA, 2015, p. 5).

Neste contexto, exige-se extrair elementos históricos do período feudal que possibilitam compreender sobre a realidade atual da sociedade mundial, pois ele influi na forma de colonizar, produzir e reproduzir as sociedades, no continente berço da industrialização, colonização e do capitalismo mundial: a Europa.

Neste período a sociedade era dividida em estamentos: O Clero e a nobreza, a burguesia em ascensão e os servos e vilões. Os cavaleiros e servos da igreja viviam daqueles que do duro trabalho faziam. (HUBERMAN, 2011). No feudalismo o trabalho se dava predominantemente através da terra “cultivando o grão, ou guardando o rebanho para utilizar o lã no vestuário. Era o trabalho agrícola, mas tão diferente de hoje que dificilmente o reconheceríamos”. (HUBERMAN, 2011, p. 4). Este trabalho na Europa ocidental e central dividia-se em áreas chamadas feudos<sup>12</sup>. E cada feudo possuía um senhor, “o senhor, feudal”, pois não havia “senhor sem terra, nem terra sem um senhor” (HUBERMAN, 2011, p. 4). Um senhor poderia possuir vários feudos e viver em suas construções senhoriais medievais, verdadeiras fortalezas, os servos além de alimentarem os senhores, pagavam impostos pelo uso da terra.

A sua produção se dava em terras aráveis que não eram contínuas. Dividiam-nas em duas partes, em faixas para a produção, típicas do sistema feudal. Porém, essa organização era dispendiosa com grande desgaste do solo. O avanço ocorreu depois de séculos, com a substituição o sistema de dois por três campos (HUBERMAN, 2011). Essas eram as características marcantes do sistema feudal:

Primeiro, a terra arável era dividida em duas partes, uma pertencente ao senhor e cultivada apenas para ele, enquanto a outra era dividida entre muitos arrendatários; segundo, a terra era cultivada não em campos contínuos, tal como hoje, mas pelo sistema de faixas espalhadas. Havia uma terceira característica marcante - o fato de que os arrendatários trabalhavam não só as terras que arrendavam, mas também a propriedade do senhor. (HUBERMAN, 2011, p. 5).

Os camponeses se organizavam para cuidar da terra para seu senhor e para si, dando-o sempre prioridade. Estas condições são expressões da exploração da força de trabalho do camponês, existente anteriormente ao sistema capitalista. Onde a terra era a principal fonte de riqueza e sobrevivência. Este camponês (a) não era escravo (a), mas exercia um trabalho que

---

<sup>12</sup> Um feudo consistia apenas de uma aldeia e as várias centenas de acres de terra arável a circundavam, e nas quais o povo da aldeia trabalhava. Na orla da terra arável havia, geralmente, uma extensão de prados, terrenos ermos, bosques e pasto. Nas diversas localidades, os feudos variavam de tamanho, organização e relações entre os que os habitavam, mas suas características principais se assemelhavam, de certa forma. (HUBERMAN, 2011, p. 4).

se assemelhava ao escravo (a), pois à medida que a terra fosse vendida ele ia junto, por necessidade<sup>13</sup>. Com isto, suas condições de vida eram precárias:

O camponês vivia numa choupana do tipo mais miserável. Trabalhando longa e arduamente em suas faixas de terra espalhadas (todas juntas tinham, em média, uma extensão de 6 a 12 hectares, na Inglaterra, e 15 a 20, na França), conseguia arrancar do solo apenas o suficiente para uma vida miserável. Teria vivido melhor, não fora o fato de que, dois ou três dias por semana, tinha que trabalhar a terra do senhor, sem pagamento. Tampouco era esse o único trabalho a que estava obrigado (HUBERMAN, 2011, p. 7).

Vivia em casas de madeira precárias, dormia com os animais em cima de palhas secas. Alimentava-se precariamente, do que era possível, pois as sementes que plantava davam frutos, mas não era ele e sua família que usufruía dos alimentos que produziam, da forma que necessitavam e sim, o Senhor feudal e sua família. Além de ter que submeter-se a restrições alimentares, tinha de dar prioridade às necessidades de seus senhores, como na época de colheita, em uma “polivalência”, para além do trabalho “normal” e que acabara por tornar-se habitual. “A propriedade do senhor tinha que ser arada primeiro, semeada primeiro e ceifada primeiro”. Para moer seu trigo no moinho ou esmagar suas uvas na prensa de lagar do senhor “exigia-se pagamento para sua utilização” (HUBERMAN, 2011, p. 7).

Nesta realidade de profunda desigualdade e exploração, o camponês tinha baixa expectativa de vida, pelas condições precárias de sobrevivência: moradia, alimentação restrita, saneamento básico precário e exaustivas jornadas de trabalho:

Eram quase ilimitadas as imposições do senhor feudal ao camponês. De acordo com um observador do século XII, o camponês "nunca bebe o produto de suas vinhas, nem prova uma migalha do bom alimento; muito feliz será se puder ter seu pão preto e um pouco de sua manteiga e queijo[...]". (HUBERMAN, 2011, p. 8).

Com as precárias condições de moradia, alimentação, saneamento básico, explorado em sua força de trabalho, assim como sua família, inclusive filhos crianças, ficavam expostos à doenças. Ao passo que autores como George Rosen expõem informações sobre os avanços significativos na Idade Média, no que se refere às condições de saúde da população, estas não ocorreram de forma linear e com rupturas para todos e todas localidades:

Os conhecimentos de saúde e higiene sobrevivente se preservou em claustros e igrejas e foi usado na organização e nas regras das comunidades monásticas. Instalações higiênicas importantes, como água encanada, latrinas apropriadas, aquecimento, ventilação própria nos cômodos já existiam no início da Idade Média, sobretudo onde se erigiam grandes prédios de moradia, segundo um plano uniforme; ou seja, principalmente nos mosteiros. Localizados em importantes estradas, serviam também como albergues para viajantes, cuja recepção representava um ato de caridade cristã. (ROSEN, 1994, p. 53).

<sup>13</sup> Se o escravo era parte da propriedade e podia ser comprado ou vendido em qualquer parte, a qualquer tempo, o servo, ao contrário, não podia ser vendido fora de sua terra. Seu senhor deveria transferir a posse do feudo a outro, mas isso significava, apenas, que o servo teria um senhor; ele próprio permanecia em seu pedaço de terra. (HUBERMAN, 2011).

Estas construções influenciaram as comunidades das áreas comerciais (povoados), principalmente as áreas que o clero e a nobreza tinham acesso. Porém, a população que se mantinha no campo, ainda continuava à margem dos cuidados em saúde pública. Há relatos de organizações para obter água encanada, no ocidente por iniciativa do clero e nobreza. Assim como os cuidados com as águas dos rios colhidas: “pedia-se aos cidadãos para não lançar animais mortos, ou refugos, na corrente. Não permitia aos curtidores, lavar suas peles nos rios, proibia-se aos tintureiros de vazar nessa água os resíduos de corantes, como também a lavagem de linho ou roupas” (DOUAI citado por ROSEN, 1994, p. 55).

Com a ascensão dos povoados, a concentração de lixo também era preocupante, principalmente nos centros comerciais em ascensão, todavia o modo de vida não era muito diferente do campo, as características das casas das aldeias, a abundância de refugos, a considerável criação de animais. Em alguns lugares como na Alemanha houve a proibição de construir chiqueiros de frente para a rua (ROSEN, 1994). Era a vida camponesa se manifestando nos povoados que ainda não rompem com o modo de vida camponês:

A maioria dos habitantes das cidades [...] conservou por um longo tempo hábitos da vida rural. Por exemplo, mantinham-se dentro da cidade animais grandes e pequenos e se ajuntavam montes de excrementos onde houvesse espaço. Por muito tempo as ruas não tiveram calçamento e receberam toda a sorte de refugos e imundícies. Diante desses, e de outros problemas relativos à saúde da comunidade, todas as instituições necessárias a um modo de vida higiênico precisaram ser recriadas pelas municipalidades medievais. Nesse meio urbano a Saúde Pública na teoria e na prática, reviveu. E evoluiu. (ROSEN, 1994, p. 54).

Esta necessidade de não separação do termo cidade e campo são essenciais para compreender os processos territoriais que refletem no contexto social, econômico, cultural, jurídico e organizacional das cidades. Para compreender como se dava a vida no campo há a necessidade de dialogar com o ascendente centro urbano que carregava em suas raízes a cultura e o modo de vida camponês. Até mesmo para compreender como se deu os processos de adoecimento destas sociedades, se faz necessário fazer este diálogo, pois há no modo de vida, indicadores que explicam as causas e consequências dos variados modos de prevenir, adoecer, e tratar os adoecimentos.

Mediante esta realidade e os reflexos do modo de produção e de vida da população, torna-se interessante apontar que foi encontrada desde a antiguidade, ovos de esquistossomos em múmias egípcias<sup>14</sup>, predominante principalmente, nos corpos de camponeses que trabalhavam às voltas do Nilo, expostos às enchentes para irrigar as plantações, ficando vulneráveis à infecção. Esta doença causa um importante enfraquecimento, o que possibilitava naquela época, a uma maior exploração da classe dominante e à “passividade”

dos camponeses, com as diminuições das resistências pelo enfraquecimento que o adoecimento produzia.

“[...] Duas epidemias marcam o começo e o acaso da Idade Média: a peste de Justiniano e a Morte Negra” (ROSEN, 1994). Importante salientar que epidemias como estas dizimaram a população. O grande contingente de mortes fez com que os senhores feudais explorassem mais os servos (camponeses), tanto no trabalho no campo, quanto no aumento de impostos, agravando suas condições de vida e saúde. Resultando em movimentos como os dos Jacqueries<sup>15</sup> e portanto, as primeiras revoltas camponesas. “A Peste Negra foi um grande fator para a liberdade” (HUBERMAN, 2011, p. 47). A manifestação mais parecida que se conhece é uma epidemia ocasional de escarlatina ou de influenza, pois o número de mortes se eleva a centenas. Contudo, a Peste Negra, matou mais gente na Europa, no século XIV, do que a 1ª. Guerra Mundial (HUBERMAN, 2011, p. 47).

Nesta conjuntura, o fetiche de prosperidade que o capital oferecia, vinha ganhando espaço no feudalismo, com a comercialização, a expansão do mercado, possibilitado pelas cruzadas e pelas colonizações. Surgindo a necessidade de expandir a produção no campo. Com isto, as vias de liberdade para os camponeses passam a fortalecer-se, tendo em vista inclusive, as revoltas referentes aos altos impostos e explorações cada vez maiores, principalmente com a morte de muitos camponeses com a “Peste Negra”. Potencializando a mobilização por parte dos camponeses para ocupar e arrendar novas terras para a produção, com o sucessivo apoio dos srs. feudais que passavam a considerar mais lucrativo arrendar terras e assalariar que manter o camponês prestando serviços. A igreja foi um grande empecilho, pois resistiu junto à parte dos Senhores feudais que não almejavam “libertar” os “servos de sua terra”. (HUBERMAN, 2011).

Neste processo há a expansão do campo e dos centros urbanos em ascensão, todavia concentrando renda nas mãos da emergente burguesia sobre exploração do então, proletariado<sup>16</sup>. Neste movimento dialético, os camponeses também passam a ser expulsos das terras e obrigados a ocupar e arrendar outras terras e os “ascendentes” centros urbanos, desenraizando-se. Principalmente, com a revolução industrial mais adiante, no século XVIII, porém aqui mostramos suas raízes. Buscavam a garantia de sua sobrevivência, passando a

<sup>14</sup> Disponível em <<http://www.dec.ufcg.edu.br/saneamento/Esquisto.html>> Acesso em 10 out. 2015.

<sup>15</sup> O termo é decorrente de uma expressão francesa, Jacques Bonhomme, que significa Jacques, o simples, uma forma pejorativa utilizada pelas classes exploradoras francesas para designar os camponeses, o que no Brasil corresponderia ao João Ninguém. (PINTO, 2016).

<sup>16</sup> Por burguesia entendemos a classe dos capitalistas modernos, proprietários dos meios de produção social e empregadores do trabalho assalariado. Por proletariado, a classe dos operários assalariados modernos, que, não possuindo meios próprios de produção, reduzem-se a vender a força de trabalho para poderem viver. (Nota de Engels à edição inglesa de 1888). (MARX; ENGELS, 2001, p. 23).

intensificar o exôdo rural, tornando-se operários, em busca da proteção social não garantida no campo, nem mesmo nos centros urbanos.

Com tantas transformações, a própria terra passa a transformar-se neste contexto, não sendo o único meio de garantia da propriedade privada, reflexo do capital que interfere nas relações sociais, a partir da obtenção do lucro. A realidade passava a transformar-se em um contexto mais amplo. Marx no Segundo Manuscrito: A relação da propriedade privada refere:

A terra como terra, a renda de terra, enquanto renda de terra, perderam sua situação distintiva e tornaram-se capital e interesse mudos, ou melhor, que só falam dinheiro. (MARX, 1963-1964, p.173).

Marx e Engels mencionam que “o modo de funcionamento feudal e corporativo da indústria já não satisfazia o crescimento das demandas consecutivas à abertura de novos mercados” (MARX; ENGELS, 2001, p. 25). A manufatura foi tornando-se insuficiente e o vapor e o maquinismo foram revolucionando a indústria. A burguesia destruiu as relações feudais: “Tudo o que era estável e sólido desmanchava no ar”. (MARX; ENGELS, 2001, p. 29). A burguesia fragmentava as relações e os territórios:

A burguesia submeteu o campo à dominação da cidade. Criou cidades tentaculares, aumentou maciçamente a população das cidades em relação à dos campos e, portanto, arrancou uma parte expressiva da população do embrutecimento da vida rural. (MARX; ENGELS, 2001, p. 31).

Percebemos no movimento de transição para o capitalismo, a ampliação da propriedade privada, para além da terra e esta passa a ser capital. Amplia-se a exploração territorial, a exemplo do movimento das cruzadas e a expansão marítima. São colonizados outros territórios:

O comércio com as colônias trouxe riqueza à metrópole. Fez as primeiras fortunas dos comerciantes europeus. Particularmente interessante como fonte de acumulação de capital foi o comércio em seres humanos, os negros nativos da África. Em 1840 o Professor H. Merivale pronunciou uma série de conferências em Oxford sobre “Colonização e Colônias”. No curso de uma dessas conferências, formulou duas perguntas importantes, e deu-lhes uma resposta igualmente importante: “O que transformou Liverpool e Manchester de cidades provincianas em cidades gigantescas? O que mantém hoje sua indústria sempre ativa, e sua rápida acumulação de riqueza?” Sua presente opulência se deve ao trabalho e sofrimento do negro, como se suas mãos tivessem construído as docas e fabricado as máquinas a vapor. (HUBERMAN, 2011, p. 128).

Não podemos deixar de lembrar que esta concentração de riquezas advém da exploração humana, com raiz escrava, de animais e de recursos naturais, em grande parcela, atualmente extintos ou em extinção. A Colonização do Brasil no final do século XV sofre com estas raízes, apesar de não ser necessariamente feudal, como defendem alguns autores, os quais não discutiremos neste trabalho. Entretanto, o objetivo é dar visibilidade ao processo exploratório do (a) camponês, anterior ao sistema capitalista e reforçado neste sistema, principalmente com

“a descoberta do “novo mundo” representada como conquista e ocupação; para os indígenas, porém, esta ocupação significou violência e barbárie” (VIAL; FORTES, 2005, p. 19).

### 2.3 POPULAÇÃO DO CAMPO E O MOVIMENTO HISTÓRICO BRASILEIRO: AS FACES DOS PROCESSOS EXCLUDENTES

Para darmos continuidade à discussão histórica e contribuirmos com a população do campo brasileira, passamos a partir daqui a “abarcá-la” a colonização do Brasil que decorre no período de transição do modo de produção feudal para o capitalismo, na Europa. Considerando este período histórico, buscamos interconectar estes processos com a forma de colonização do país. Para introduzir as reflexões, consideramos neste contexto, as contribuições de José Murilo de Carvalho, ao referir sobre a exploração que se implanta no Brasil, desde a colonização portuguesa:

O efeito imediato da conquista foi a dominação e o extermínio, pela guerra, pela escravização e pela doença, de milhões de indígenas [...] a conquista teve conotação comercial. A colonização foi um empreendimento do governo colonial aliado a particulares (CARVALHO, 2004, p. 18).

Este autor instiga a reflexão sobre a forma de colonização no país, como um empreendimento comercial, que não visava um povoamento, mas explorá-lo em suas riquezas naturais e humanas (pela posse de riquezas materiais, com a escravidão e pelo extermínio):

A escravização de índios foi praticada no início do período colonial, mas foi proibida pelas leis e teve a oposição decidida dos jesuítas. Os índios foram rapidamente dizimados. Calcula-se que havia na época da descoberta cerca de 4 milhões de índios. Em 1823 restavam menos de 1 milhão. (CARVALHO, 2004, p. 20).

Extermínio que se deve à disputas territoriais e resistência à submissão. Há os que conseguiram escapar e até mesmo miscigenar-se. “A miscigenação se deveu à natureza da colonização portuguesa: comercial e masculina”. (CARVALHO, 2004, p. 20):

Miscigenar era uma necessidade individual e política. A miscigenação se deu em parte por aceitação das mulheres indígenas, em parte pelo estupro. No caso das escravas africanas, o estupro era a regra. (CARVALHO, 2004, p. 21).

A miscigenação tornava-se até mesmo, uma estratégia de sobrevivência, em meio ao extermínio e à barbárie social. Ainda que Portugal não tivesse a intenção de povoar o país, tendo na época, não mais que 1 milhão de habitantes (não teria como povoar toda colônia) e não era de seu interesse povoar, mas comercializá-la, pela expropriação, escravização e exterminação de nativos e negros (as). Os (as) últimos (as) vistos como mercadoria, pois estes eram considerados propriedade, posse, mercadoria e portanto, não era interessante exterminá-los a não ser quando considerassem “necessário”. Todavia assassinavam ao explorá-los e transportá-los em precárias condições ao Brasil e demais colônias. Com isto, a escravidão e

assim como ela, a grande propriedade “não constituíam ambiente favorável à formação de futuros cidadãos.” Em um país que não teve acesso às mínimas condições nem de sobrevivência, quanto menos políticas:

Os escravos<sup>17</sup> não eram cidadãos, não tinham os direitos civis básicos à integridade física (podiam ser espancados), à liberdade e, em casos extremos, à própria vida, já que a lei os considerava propriedade do senhor, equiparando-os a animais. (CARVALHO, 2004, p. 21).

Além dos escravos e senhores existia uma população “legalmente livre”, mas que lhes faltava quase todas as condições para o exercício de cidadania<sup>18</sup>, se é que alguém tinha naquele momento histórico esta possibilidade de exercê-la, pois “faltava o próprio sentido de cidadania” (CARVALHO, 2004, p. 21). Essa população dependia dos grandes proprietários para sobreviverem e serem protegidos. Neste contexto, a constituição de uma cidadania brasileira tornava-se longe de ser plena.

Todos estes: nativos (indígenas), negros (as), homens e mulheres “livres” dependentes de grandes proprietários e os mesmos, formavam a população que vivia nas zonas rurais, uma vez que o espaço urbano passou-se a ser constituir efetivamente, **com a industrialização**. Porém, a exploração, a concentração de riquezas (assim como a de terras) já era nítida neste período, dividindo cada vez mais a população do país. E com a industrialização fica mais explícita a divisão em proletariado e burguesia, com constantes disputas territoriais e de poder, com uma constante ampliação das desigualdades sociais.

Outro autor contribui para uma compreensão sobre o processo histórico e compulsório de colonização exploratória ocorrida no Brasil: Holanda (1995). Este autor narra como se realizou este processo colonizador, que além de compulsório foi de cunho feitoril, exploratório e extrativista dos recursos naturais e da força de trabalho dos nativos e afrodescendentes trazidos e também escravizados, no Brasil. Sem ter o compromisso de planejar ou pretender um povoamento, enquanto extensão de seu país.

A falta de planejamento dos portugueses, na constituição das cidades, mesmo que se delineando com a natureza, tinha o viés do menor trabalho. O autor ratifica que os portugueses instauraram no país, “uma civilização de raízes rurais. É efetivamente nas propriedades rústicas que toda a vida da colônia se concentra durante os séculos iniciais da ocupação europeia”. (HOLANDA, 1995, p. 73), ratificando que os portugueses visavam ter o

---

<sup>17</sup> Aos escravos só restava o recurso da fuga e da formação de quilombos. Recurso precário porque os quilombos eram sistematicamente combatidos e exterminados por tropas do governo ou de particulares contratados pelo governo. (CARVALHO, 2004, p. 22).

<sup>18</sup> Fenômeno complexo e historicamente definido [...] a cidadania inclui várias dimensões e que algumas podem estar presentes sem outras. Uma cidadania plena, que combine liberdade, participação e igualdade para todos, é um ideal

menor trabalho possível na colônia brasileira. Considerando-se que desde a colonização do país, a população sofre com a exploração do capital:

As origens desse modelo localizam-se no processo colonizador brasileiro, fortemente concentrador da propriedade da terra. No Brasil, o desenvolvimento do capitalismo no campo manteve a concentração da propriedade rural. (BRASIL, 2013, p. 5).

Neste contexto, José de Souza Martins (1997) aponta elementos importantes para enriquecer a discussão sobre a questão social, no que se refere às condições de vida da População do Campo, que historicamente sofre com as desigualdades no acesso à terra: Em movimentos contraditórios de submissão e “dependência pessoal em relação ao fazendeiro”, como no seu “desenraizamento” ocorrido pelas expulsões das terras que cultivava, reflexo da concentração da propriedade privada capitalista.

Este autor faz uma importante discussão sobre a realidade brasileira no desenvolvimento capitalista industrial, que excluía a “mão- de- obra de baixa qualificação, como a de origem rural” (MARTINS, 1997, p. 74). Agravando a exclusão sofrida por estas populações que ocorria a partir da expulsão da terra. Intervenção que se propunha a manter a prevalência do mercado, enquanto central na organização econômica, que reflete nas dimensões sociais, políticas, culturais e jurídicas do país. Mantendo-se como país periférico e dependente dos países centrais. E concentrador de riquezas, dentre elas a Terra.

No Brasil, esse desenraizamento ocorre com a colonização e é reforçada na década de 1950 “se completando nos anos 70 [...]”, “com uma espécie de revolução tecnológica no campo [...] no chamado de programa de erradicação do café” (MARTINS, 1997, p. 70). Processo excludente que para estas populações ocorria não somente na região rural, mas também dos centros urbanos das cidades.

Com isto, se faz pertinente salientar que no que se refere à População do Campo suas condições e seus modos de vida são diferenciados em relação ao seu território de existência, comparado a outros também ruralizados e urbanizados:

As populações do campo e da floresta são caracterizadas como povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. Neste contexto, estão os grupos que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas como também **os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados e acampados. Também estão compreendidos dentro dessa categoria os trabalhadores assalariados e temporários que residam ou não no campo.** Dentre esses grupos podem-se destacar as populações ribeirinhas; aquelas atingidas por barragens; e outras comunidades tradicionais como os quilombos. (BRASIL, 2013, p. 8).

---

desenvolvido no ocidente e talvez inatingível. Mas ele tem servido de parâmetro para o julgamento da qualidade da cidadania em cada país e em cada momento histórico. (CARVALHO, 2004, p. 9).

Todavia, o campo não deixa de fazer parte da cidade. Fragmentação herdada do “apogeu do feudalismo [...]. Cada país trazia em si mesmo a oposição cidade-campo.” (MARX; ENGELS, 2006, p. 50). Uma das inúmeras expressões da questão social, reproduzidas e agravadas no modo de produção capitalista, em um processo de não reconhecimento de pertencimento do campo à cidade, refletindo na sua fragmentação.

Há a necessidade de superação desta lógica que fragmenta e dissocia o campo da cidade a qual a ele pertence, resultando no não pertencimento à mesma e a um determinado isolamento e distanciamento que permeia não somente o território:campo-cidade, como as relações entre ambos e com as políticas sociais públicas, que necessitam conhecer e reconhecer suas especificidades dando subsídios para sua reprodução social.

No Brasil não foi diferente, sendo explorados e dizimados os povos originários nativos da terra, os chamados pelos “exploradores” de “indígenas”, assim como trazidos escravos negros que sofreram a exploração de sua mão-de-obra e o afastamento de sua terra. Considerando que desde a colonização brasileira, esta população sofre com a exploração do capital, em uma perspectiva de colonização exploratória, que trouxe marcas a esta população.

Com a industrialização a população do campo (nativos e estrangeiros) passam em grande parte, a viver nas grandes cidades. Sofrendo com precarização das condições de moradia, saneamento básico e de trabalho, afetando todos as dimensões de sua vida, nas variadas expressões da questão social, em uma agravante situação de pobreza. Processo que intensificava e se enraizava pelo mundo:

[...] Com efeito, se não era inédita a desigualdade entre as várias camadas sociais, se vinha de muito longe a polarização entre ricos e pobres, se era antiqüíssima a diferente apropriação e fruição dos bens sociais, era radicalmente nova a dinâmica da pobreza que então se generalizava. Pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas. (NETTO, 2001, p. 42).

A violência que impunham aos nativos da terra, os expulsando, escravizando e os dizimando das mais variadas formas. O que se percebe ainda na atualidade, na negação de direitos dos povos originários e afrodescendentes, assim como dos movimentos sociais pela garantia da terra, onde estes também se incluem. Iniciando pelo seu impedimento de livre circulação pelas terras e sua própria demarcação. Ora inclusive, reduzindo seus direitos às terras anteriormente demarcadas, que apesar de alguns avanços ainda é muito presente.

A característica predominante rural perdurou por alguns séculos, onde o país enriquecia a metrópole fornecendo as matérias-primas a que necessitasse, para seu consumo e comercialização. Portanto o país possuiu característica fortemente ruralizada, principalmente até sua independência e abolição da escravatura, incidindo na constituição e ampliação dos

centros urbanos que anteriormente, pouco eram ocupados reproduzindo a fragmentação: cidade-campo:

Salvo muito raras as exceções, a própria palavra “aldeia”, no seu sentido mais corrente, assim como a palavra “camponês”, indicando o homem radicado ao seu rincão de origem através de inúmeras gerações, não corresponde ao Novo Mundo a nenhuma realidade. E por isso, com o crescimento dos núcleos urbanos, o processo de absorção das populações rurais encontra aqui menores resistências do que, por exemplo, nos países europeus, sempre que não existiam, a pequeno alcance, terras para desbravar e desbaratar. (HOLANDA, 1995, p. 88).

Todavia mesmo com o processo de urbanização e intensivismo do êxodo rural, o país se constituiu como agroexportador de matérias-primas, até a década de 1930, onde com o intervencionismo intensifica a transição para o modelo urbano-industrial, com raízes conservadoras e dependente internacionalmente. Mantendo a importância do setor agroexportador e importador, “quanto das matérias-primas e alimentos requeridos pela expansão urbano-industrial”, com a intervenção estatal, não atingindo as instituições políticas do país. (MANTEGA, 1984). Realidade que se reproduz na atualidade, em um país com forte herança colonial, exploratória e com dívidas para além de econômicas, também sociais. Onde a propriedade privada, como as terras, ainda encontram-se concentradas nas mãos de uma minoria<sup>19</sup>.

O país possuindo um desenvolvimento econômico-industrial tardio reproduz as características coloniais ruralizadas de concentração e manutenção da propriedade fundiária. Onde a população do campo encontra-se inviabilizada pelos processos exploratórios ditados pela relação capital e trabalho. Com isto, é importante pontuar neste contexto, sobre a vida no campo que exprime “processos de exclusão ou reinserção marginalizada” (MARTINS, 1997) e violação de direitos no que tange ao seu acesso às políticas públicas. Incidindo no agravamento das expressões da questão social (matéria-prima do trabalho do Assistente social).

Porém, ora a população do campo ou em parte, migra para os centros urbanos para a garantia de seus direitos e da proteção social, rompendo com suas raízes e seu modo de vida. Ora se mantém no campo e sofre com a escassez de políticas públicas para sua produção e reprodução. Ora mobiliza-se coletivamente a exemplo do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-terra (MST), em prol da reforma agrária e condições dignas para a vida no

---

<sup>19</sup> A estrutura fundiária reforça a forte desigualdade da sociedade brasileira no campo, quando avaliada a distribuição de terra. Segundo o Censo Agropecuário de 2006 (IBGE, 2009), dos mais de cinco milhões de estabelecimentos agropecuários, 47% deles possuem área de até dez hectares. Ou seja, quase a metade das propriedades rurais é composta de pequenos produtores e ocupa menos de 3% de área. Inversamente, os maiores estabelecimentos, com áreas iguais ou maiores do que 1.000 hectares representam cerca de 1% das propriedades e ocupam uma área de 43% do total de estabelecimentos. Quando considerada a condição do produtor em relação às terras, 23% dos estabelecimentos não são de propriedade dos produtores.

campo. Alguns passam por todos estes processos, na busca de dignidade humana, em movimentos que são dialéticos e heterogêneos, de constantes disputas, “conflitos e pelas lutas populares de resistência ao modelo autoritário e repressor, como Canudos, Quilombos, Ligas Camponesas e, hoje, os diversos movimentos sociais do campo e da floresta” (BRASIL, 2013).

Portanto, para reconhecer essa realidade tão diversa que caracteriza o país, a pesquisa no município de Viamão pretende trazer subsídios para a discussão sobre as especificidades em saúde da população do campo e sua inserção na Atenção Básica. A pesquisa priorizou o atendimento e acompanhamento no território, a partir da relação desta população com a terra, tendo como pano de fundo a PNSIPCFA<sup>20</sup>.

---

Cerca de 29,9 milhões de pessoas residem em localidades rurais, em aproximadamente 8,1 milhões de domicílios (BRASIL, 2013, p. 12).

<sup>20</sup> A população rural brasileira caracteriza-se por uma diversidade de raças, etnias, povos, religiões, culturas, sistemas de produções e padrões tecnológicos, segmentos sociais e econômicos, de ecossistemas e de uma rica biodiversidade. Assim, a riqueza deste Brasil rural vai além de seus recursos naturais, pois se encontra também na diversidade de sua gente, representada pelas populações tradicionais quilombolas, por povos indígenas, povos das florestas (agroextrativistas, seringueiros), povos do cerrado, do semiárido, da caatinga, dos campos, das montanhas, dos pampas e do pantanal, pelas comunidades ribeirinhas, pelas vilas litorâneas de pescadores artesanais e dos manguezais e pelas mulheres quebradeiras de coco babaçu das florestas de palmares (BRASIL, 2013, p.12).

### **3 PROTEÇÃO SOCIAL PARA A POPULAÇÃO DO CAMPO NO BRASIL: A TERRA QUE A SAÚDE PISA É A MESMA QUE O CAMPONÊS VIVE?**

Para alavancarmos o diálogo e análise sobre a proteção social<sup>21</sup> para a população rural brasileira, exige-se que esta seja mediada e desvendada em sua historicidade, contradições e na totalidade em que os processos sociais ocorrem. Desvendando as faces ocultas destes processos, interconectando a realidade à sua totalidade, tanto conjuntural, quanto estrutural, em que se insere a proteção social. Tanto na sua criação, implantação quanto na sua implementação, no Brasil.

Para contribuir nestas análises, no interior do sistema capitalista, realizamos um aprofundamento sobre as características rurais e dos movimentos históricos que resultam na atual conjuntura de proteção social para a população rural, mais especificamente para população do campo. Pretendemos contribuir para a problematização sobre a proteção social para a população rural brasileira. Retomamos elementos históricos desta proteção até se conquistar a Política Nacional de Saúde Integral para a População do Campo Floresta e Águas (PNSIPCFA). Trabalhamos com o conceito ampliado de saúde, legitimado pela constituição de 1988 e pela lei 8.080/1990, os quais potencializam a intersetorialidade, a partir da necessidade de articulação entre as políticas públicas, através principalmente, da Seguridade Social, e demais políticas, visando a concretização do cuidado integral aos sujeitos, usuários destas.

Mediante este contexto, damos enfoque para a agricultura familiar, que basicamente alimenta a população brasileira, em uma pequena extensão de terra e em condições adversas, permeadas e resultantes dos movimentos contraditórios, exploratórios e excludentes, do modo capitalista de produção, no contexto em que se insere essa população, no sistema de proteção social brasileiro.

A presente discussão apresenta reflexões sobre o sistema de proteção social brasileiro para a população rural, termo que é problematizado por muitos autores das ciências sociais, que se implicam a discutir sobre a proteção social, no interior do capitalismo, e seus reflexos no modo e nas condições de vida da população. Realizamos reflexões sobre os espaços

---

<sup>21</sup> [...] a centralização do capital propicia o desenvolvimento desigual das economias, sociedades e classes sociais, demonstrando que o processo de acumulação capitalista, independentemente de seus diferentes ritmos e velocidades, não se reduz à economia, mas abarca relações sociais em geral. É a centralização do capital acumulado que responde por formas de dominação históricas, como o colonialismo, o imperialismo e os variados tipos de regulação estatal, dentre os quais a denominada proteção social [...] (PEREIRA, 2013, p. 47). Um tipo de intervenção social que, não obstante seus diferentes patrocinadores (públicos ou privados) e configurações assumidas no espaço e no tempo, visava, em sua versão mais aparente, aliviar e prevenir a privação material de grandes parcelas das sociedades. (PEREIRA, 2013, p. 14).

contraditórios e de disputas das políticas sociais públicas. Discutindo sobre a população rural, afunilando para a população do campo em específico a agricultores (as) familiares, pois a população rural contempla diversos grupos, dentre eles, os (as) de agricultores (as) familiares<sup>22</sup>.

Tendo-se como pano de fundo da discussão, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), instituída pela portaria 2.866 de 2011. Política transversal esta, que reitera a necessidade de uma proteção social intersetorial (termo em voga), para esta população e que desafia os trabalhadores das políticas sociais públicas, a resgatar, problematizar e constituir formas de gestão e atenção (intervenção) que contemple a diversidade de um país continental, na busca pela garantia de direitos a estas populações.

### 3.1 PROTEÇÃO SOCIAL PARA A POPULAÇÃO DO CAMPO: OS MOVIMENTOS SOCIAIS NA CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Após remontarmos em linhas históricas, processos vivenciados pela população do campo desde o feudalismo, a partir daqui, buscamos apresentar o campo contraditório da proteção social para a população rural brasileira:

Se por contradição dialética, no campo do bem-estar, se entender, como aqui entendido, um processo inserido numa totalidade contraditória cujas tendências refletem as raízes da sociedade capitalista entre forças produtivas e relações de produção – ter-se-á em mente que a proteção social exibirá traços positivos e negativos, isto é: ela poderá atender interesses diferenciados, embora esteja estruturalmente comprometida com os interesses dominantes (PEREIRA, 2013, p. 48).

Na perspectiva de Pereira (2000 citada por COUTO et al., 2012), “os sistemas de proteção social podem ser traduzidos no conjunto de políticas públicas que visam efetivar, através do asseguramento de normas e regras, os processos de segurança social às situações de risco que afetam negativamente a vida dos cidadãos”, podem ser institucionalizadas ou não, com objetivo de proteger toda ou parte da sociedade “dos riscos naturais e/ ou sociais decorrentes da vida em comunidade” (COUTO et al., 2012, p. 43). Contudo, no modo de produção capitalista, a sociedade civil cada vez mais vem assumindo a responsabilidade com a proteção social de seus cidadãos, onde o Estado passa a se eximir desta responsabilidade

---

<sup>22</sup> Salientamos que há autores que fazem uma importante diferenciação de agricultura familiar e camponesa, contudo, neste trabalho, visamos apresentar que há diferenciações nos modos de organização dos (as) agricultores (as) a exemplo de assentados (as) e não assentados (as), mas não temos a intencionalidade de traçar uma diferenciação entre população camponesa e a agricultura familiar. Até mesmo porque a agricultura camponesa pode ser familiar e a PNSIPCFA, contempla a agricultura familiar como camponesa. Ambas são afetadas com as refrações do modo de produção capitalista,

repassando-a à própria sociedade, através inclusive, da terceirização dos serviços e com ações focalistas e assistencialistas.

Apesar dos avanços do chamado neodesenvolvimentismo, enquanto projeto capitalista que “substitui” o neoliberalismo, não se rompe com a reprodução da lógica do capital (ALVES, 2014) e nem ao menos com as premissas neoliberais. No momento, vivenciamos mais uma crise da estrutura capitalista, que vem contribuindo no desmonte dos avanços conquistados, mesmo na contradição dialética da proteção social.

Importe retomar que a “existência de formas de atendimento aos pobres remonta a períodos antes mesmo das formas capitalistas de organização do modo de produção na sociedade” (JESUS, 2014, p. 31). O Estado e a sociedade se organizavam para prestar atendimento, com ações assumidas principalmente, pela igreja e através da caridade, que podem ser consideradas como “formas de existência da política social, já que esta perpassa a sociedade de classes” (JESUS, 2014, p. 31). “Característica da política social herdada não propriamente da ordem burguesa, mas de todos os modos de produção divididos em classe (escravista, feudal, capitalista)” (PEREIRA, 2009, p. 27), como apresentamos ao retomar o modo de produção feudal. Entretanto, é no capitalismo que se acirra cada vez mais a questão social, tornando-a evidente. Nas palavras de Iamamoto (2006, p. 27) “a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

Nesta perspectiva, iniciamos este capítulo destacando as primeiras ações protetivas do Estado a esta população no Brasil. Consideramos neste contexto, que as ações iniciais mais concretas e específicas legitimadas no país são vinculadas à previdência social<sup>23</sup>. Autores como Brumer (2002) contribuem para esta análise, por abordar a inclusão dos trabalhadores rurais, principalmente os familiares, como sendo tardia, havendo momentos em que a concessão de seus benefícios previdenciários resultaram da ação estatal, ao passo que, em outros momentos, há a presença de sua mobilização para a melhoria de seus benefícios; **assim como** a previdência social rural ser deficitária (BRUMER, 2002, p. 51).

Estas três perspectivas contribuem na busca pelo desvendar sobre a constituição das ações de proteção para a população rural até a atualidade, permeada por processos desiguais, de resistência e busca pela garantia de um acesso equânime às políticas públicas. A autora

---

como apresentamos no trabalho. Reforçamos ainda, que mesmo as diferenciando, pertencem a uma mesma classe social. Para um aprofundamento sobre esta questão, sugerimos autores como Bernardo Mançano Fernandes.

<sup>23</sup> Juntamente com as políticas e ações que visam ao atendimento à saúde da população e à assistência social dirigida aos necessitados, a previdência social integra o conjunto de políticas e ações que formam a seguridade social de um determinado país. O modo como isso é feito depende da história institucional do país e, em cada caso, da conjuntura e do jogo de forças entre os diversos grupos de poder que compõem a sociedade. (BRUMER, 2002, p. 53).

aponta que a partir da década de 30 a previdência social, após ter sido privada a seletas categorias profissionais, ora por ferroviários, ora por bancários, por exemplo, através das CAPS e IAPS, passa neste período, a contemplar quase toda a parcela de trabalhadores assalariados urbanos e autônomos, exceto trabalhadores rurais, empregadas domésticas e parte dos autônomos, passando a ser administrada pelo Estado, que define “o sistema de seguridade social” (BRUMER, 2002, p. 54).

Ainda complementa fundamentada em Santos (1979), que nas primeiras leis referentes à proteção social dos trabalhadores, “a preocupação central do governo estava na acumulação” que “não exacerbasse as iniquidades sociais”, para não torná-las “ameaçadoras” e, estabelecer uma “política voltada para o ideal da equidade” que ajudasse na acumulação. Processo excludente que resultou na mobilização de trabalhadores (as) rurais, que em meados da segunda metade da década de 50<sup>24</sup> passaram a mobilizar-se (BRUMER, 2002, p. 54).

Todavia, ao passo que é atribuído um conformismo ao rural, a autora também explicita que as mobilizações pela terra têm e tiveram correlação com a consciência de ampliação dos benefícios conquistados. Todavia, essa consciência foi sendo gradativamente desenvolvida, pois a constituição da cidadania, enquanto participação e implicação política, no país, foi muito prejudicada historicamente. E os camponeses foram um dos principais atores nesta implicação política pelo coletivo. Autores como José de Souza Martins abordam o significativo movimento que os camponeses alavancaram nos anos 50<sup>25</sup>:

Camponeses de várias regiões do país começaram a manifestar uma vontade política própria, rebelando-se de vários modos contra seus opressores, quebrando velhas cadeias, levando proprietários de terras aos tribunais para exigir o reparo de uma injustiça ou o pagamento de uma indenização; organizando-se em ligas e sindicatos; exigindo do Estado uma política de reforma agrária; resistindo de vários modos a expulsões e despejos, erguendo barreiras e fechando estradas para obter melhores preços para seus produtos (MARTINS, 1986, p. 10).

Estes movimentos mostram o não conformismo dos camponeses com a realidade de expropriação e exclusão que sofriam e a qual o Estado vinha historicamente, negando. Sendo a partir destes movimentos, em prol de seus direitos, que desencadeia-se uma série de outros movimentos, que refletirão na ação Estatal para sua “proteção”, principalmente, na luta pela reforma agrária:

---

<sup>24</sup> A partir de meados da década de 50, no período que antecedeu o golpe militar, a agitação social no campo brasileiro foi intensa, centrada principalmente na luta pela terra, salientando-se a organização das Ligas Camponesas, no Nordeste, e a ocorrência de diversos conflitos pela posse da terra. Como resultado, parece existir uma certa relação entre lutas sociais e concessão de benefícios. (BRUMER, 2002, p. 64).

<sup>25</sup> Isto se deve ao período do pós- I guerra mundial, com a expulsão em massa de camponeses, das terras que trabalhavam ou eram submetidos à cultura da cana-de açúcar. Após a II guerra, com a crise, a erradicação de cafezais resulta em expulsões de camponeses. (MARTINS, 1986).

A reforma agrária por essência é política pública com forte impacto social, sem diminuir os argumentos econômicos de aumentar a produção e de inclusão de parcela da população no circuito do mercado de produtores e de consumidores [...] não é uma medida pontual e nem concerne somente aos interesses exclusivos dos sem-terra, mas ao contrário, se insere na concepção de um projeto de sociedade. (GEHLEN, 2004, p.101).

Os camponeses tendo consciência das consequências da efetivação de uma reforma agrária estariam propiciando a mudança de projeto societário que refletiria na vida de toda população. Estes movimentos também resultaram no surgimento da CONTAG<sup>26</sup>. Brumer ainda ressalta as primeiras iniciativas de proteção social aos trabalhadores rurais na década de 60:

Na década de 1960, foram tomadas as primeiras iniciativas para estender a cobertura previdenciária aos trabalhadores rurais. A primeira dessas iniciativas, o Estatuto do Trabalhador Rural, de 2 de março de 1963, regulamentou os sindicatos rurais, instituiu a obrigatoriedade do pagamento do salário mínimo aos trabalhadores rurais e criou o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural - FAPTR, posteriormente, em 1969, denominado FUNRURAL. Na prática, a cobertura previdenciária aos trabalhadores rurais não se concretizou, pois os recursos (financeiros e administrativos) necessários à sua efetivação não foram previstos na legislação. (BRUMER, 2002, p. 54).

Negação que se manteve durante este período, mas não livre de disputas. Representando avanços na perspectiva de constituição de direitos neste campo. A previdência ainda sofria constantes mudanças, a exemplo de 1966, com a unificação e criação do INPS administrado pelo Estado, onde os trabalhadores passam a ser excluídos dos conselhos administrativos e em 1970 ao lançar-se o “Programa de Assistência Rural (PRORURAL) ligado ao FUNRURAL”:

Que previa benefícios de aposentadoria e o aumento dos serviços de saúde até então concedidos aos trabalhadores rurais. Entre outras medidas, o PRORURAL previa a aposentadoria por velhice e por invalidez para trabalhadores rurais maiores de 70 anos de idade, no valor de ½ salário mínimo; pensão, equivalente a 70% da aposentadoria, e auxílio funeral, para dependentes do beneficiário; serviços de saúde, incluindo assistência médico- cirúrgico-hospitalar e tratamento odontológico; serviço social em geral. (BRUMER, 2002, p. 56).

Neste período, a Previdência e Assistência Social são estendidas aos trabalhadores rurais e seus dependentes. E com a criação do MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social)<sup>27</sup> em 1974, para centralizar as políticas da previdência, provoca a extinção do FUNRURAL, onde o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) passa a ter o “monopólio da concessão dos benefícios” (BRUMER, 2002, p. 56).

<sup>26</sup> Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura. Considerada como o mais importante resultado político desse período, para o campesinato e a estrutura sindical que lhe corresponde. (MARTINS, 1986, p. 10).

<sup>27</sup> Em março de 1990, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) foi extinto e suas funções divididas entre o Ministério da Assistência Social e Saúde e o Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS). O MTPS incluía, como um órgão auxiliar, o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), que tomou lugar do INPS e do IAPAS. Em novembro de 1992, foi feita uma nova reforma administrativa, dividindo o MTPS em dois, o Ministério do Trabalho e o Ministério da Previdência Social. Este incorporou o INSS (BRUMER, 2002, p. 58).

Na década de 70 organizaram-se movimentos sociais, em prol do fim da repressão ditatorial, pela democratização no país e pela constituição de um sistema unificado de saúde, promovido pelo Estado, que apesar das disputas ideológicas inerentes a estas questões, foi a bandeira de luta do principal movimento universalizante deste período: a Reforma Sanitária. Em disputa ao modelo de “*seletividade*”, reforçado pelo retorno do pensamento liberal nos fins dos anos 70, largamente difundida como “focalização a pobreza”, pelo Banco Mundial, como forma “mais eficiente e eficaz de alocação de recursos escassos” (PEREIRA; STEIN, 2010). Referente às políticas públicas, o que demonstra o terreno árduo de disputas que a sociedade se encontrava.

No interior destes movimentos<sup>28</sup>, a Reforma Sanitária é representada pelo Movimento Popular em Saúde (Mops) que contribuiu na elaboração da Constituição Federal de 1988 e de suas disposições, principalmente, no que se refere à Seguridade Social, mais especificamente, à política de Saúde.

Neste período, destacamos a partir de Sandra M. Vial e Cristina L. Fortes (2005) que o período correspondente aos anos de 1979 a 1984, pode ser considerado a “gênese” do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), enquanto instituição, pois sua “construção foi paulatina”. Com o importante apoio da igreja católica, através das Comunidades Eclesiais de Base (1960), que apoiou “as organizações que lutavam pelo acesso à terra”, contribuindo com os movimentos sociais no período de Ditadura Militar. A criação da Pastoral da Terra (1975) passou a organizar eventos para discutir sobre a terra no Brasil e foi decisiva para construir o MST.

Salientamos que em um dos seus encontros no Paraná, (1982) avaliaram a organização dos diversos movimentos nos estados, chegando a algumas conclusões, dentre elas: que o modelo econômico era o maior inimigo dos trabalhadores, por representar apenas os interesses dos latifundiários e a necessidade de aumentar a articulação e solidariedade entre os movimentos, organizando-se em comissões de sem terra, nos sindicatos. O MST surge em janeiro de 1984, enquanto instituição e sua “questão central estava aliada à antiga luta pela Reforma Agrária, entendida como modelo de concretização dos direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais”. Não livre de disputas e contradições entre si, e com latifundiários, o movimento foi se formando no “andar da luta” (VIAL; FORTES 2005, p. 51). Estas autoras salientam que apesar das várias ações em âmbito nacional promoverem a formação do

---

<sup>28</sup> As origens dos movimentos foram marcadas por sua atividade em nível local. O centro de preocupação nos bairros e nas **comunidades rurais** era o atendimento médico, os remédios caseiros, as parteiras, a formação dos agentes de saúde etc., tudo enfim que fazia parte do cotidiano desses movimentos e que era contemplado pela concepção da ‘medicina comunitária’. (GERSCHMAN, 2004, p. 101).

Movimento, “o Rio Grande do Sul é o estado que representou o início do processo de formação e organização do MST” (VIAL; FORTES 2005, p. 58).

Portanto, a partir desta organização, no interior do MST e do MOPS encontra-se representantes de trabalhadores rurais que entendiam ser necessário mobilizar-se com os demais, visando constituir ações coletivas e universalizantes:

A novidade naquele momento foi a preocupação dos movimentos populares em discutir e acompanhar as propostas institucionais-como por exemplo, o caso do Prev-Saúde. A assistência médica foi considerada dever do Estado e o sistema de saúde como devendo ser universal, igualitário-referindo-se a um tratamento igual para os **trabalhadores rurais**- e com a participação dos trabalhadores, em conjunto, na elaboração da Política Nacional de Saúde. No aspecto organizativo, a comissão organizadora passou a ser composta por um representante de cada estado do país. (GERSCHMAN, 2004, p. 97).

Reiterando que os trabalhadores rurais compunham o movimento e assim como reivindicavam direitos universais para a população em geral, reivindicavam para as suas especificidades. Realizava-se encontros do movimento para tais discussões, como relatado no IV encontro realizado em 1983, tendo como tema: “Saúde, uma Conquista do Povo”:

Controle dos serviços de saúde pelos trabalhadores; melhoria e igualdade de direitos previdenciários e de serviços de saúde no **campo e na cidade; ações preventivas para a conquista da saúde, tais como terra para plantar e morar**, salário justo, emprego, saneamento. (GERSCHMAN, 2004, p. 98).

Explicitando o caráter universalizante<sup>29</sup> do movimento, que apesar de mencionar campo e cidade, ao invés de urbano e rural (negação do campo pertencente à cidade), faz um movimento de superação desta lógica, na tentativa de inclusão deste território à conquista de direitos pelo Mops, que passa neste período, a ter sua posição política emergindo, ao caráter marcadamente reivindicatório que vinha se constituindo.

Sobre o V Encontro com ênfase para a Política Nacional de Saúde, cabe salientar na relatoria, no que tange a População do Campo, o registro sobre a diretriz da “igualdade, nos serviços de saúde para o homem do campo e da cidade”. (GERSCHMAN, 2004, p. 99).

O VI Encontro do Mops em fevereiro de 1986 se voltou para a Constituinte e apresentou uma novidade: “a inclusão do Mops como delegado na conferência” (GERSCHMAN, 2004, p. 103). Esta inclusão reflete na discussão do Encontro que passa a planejar sua participação na VIII Conferência Nacional de Saúde<sup>30</sup>, importante espaço

<sup>29</sup> Uma razão histórica fundamental para a adoção do princípio da *universalidade* tem relação direta com o objetivo democrático de não discriminar cidadãos no seu acesso a bens e serviços que, por serem públicos, são indivisíveis e deveriam estar à disposição de todos. (PEREIRA; STEIN, 2010, p. 4).

<sup>30</sup> Convocada pelo Ministério da Saúde através do Decreto Lei nº 91466 de 23/07/85, convidou as organizações da sociedade civil a participar através de delegados que as representassem, diferentemente de conferências anteriores. Assim, o evento contou com representantes de várias entidades da sociedade civil-da CGT, da CUT, da **CONTAG**-de associações de associações de profissionais de saúde e também do Movimento Popular em Saúde, chegando a somar mil representantes de organismos societários. (GERSCHMAN, 2004, p. 103).

democrático de planejamento e decisão sobre a Política de Saúde do país, sendo a conferência que possibilitou o fortalecimento da luta por um Sistema Unificado de Saúde.

O Encontro resultou na produção de um documento que defendia dentre outras questões: a estatização dos serviços de saúde e controle do mesmo pela população; autonomia dos movimentos populares em relação ao Estado [...] aumento de verbas para a saúde com a criação de um Fundo único de Saúde; recomendação da suspensão do pagamento da dívida externa; o direito de greve; **a reforma agrária**; a proibição de propaganda de medicamentos; reformulação da lei que instituía amparo previdenciário para as pessoas com mais de 70 anos [...] (GERSCHMAN, 2004, p. 104), sendo que representantes do campo se faziam presentes nas discussões, principalmente através da CONTAG. Na segunda parte, o documento contou, dentre as reivindicações: “a diminuição do poder das empresas multinacionais de tecnologia médica e, sobretudo, da indústria farmacêutica no setor da saúde e a implantação de medicinas alternativas” (GERSCHMAN, 2004, p. 104).

No VII e último encontro em fevereiro de 1987 o movimento em saúde<sup>31</sup> se voltou para a formulação de um sistema único, descentralizado para os estados e municípios, com encontros substituídos pela Plenária Nacional, descentralizando a proposta da Reforma para estados e municípios (GERSCHMAN, 2004, p. 105):

A dinâmica foi semelhante aos encontros anteriores e os temas tratados foram: Saúde do trabalhador, Saúde da Mulher, Saneamento Básico, Pastoral da Criança e da Saúde, Hanseníase. **Plantas Medicinais, Hortas Comunitárias** e Saúde do Consumidor. A constituinte ainda tema deste encontro, foi debatida: delineou-se o perfil de seus integrantes-conservadores em sua maioria-, assim como as possibilidades das teses populares serem incluídas no texto constitucional. Foram discutidos também os temas apresentados pelos assessores sobre a conjuntura nacional, o sistema de saúde do país e a **reforma agrária**. (GERSCHMAN, 2004, p. 106).

Apresentando mais uma vez questões voltadas ao campo ou dele originárias, como potencializar o cultivo e uso de plantas medicinais, hortas comunitárias e a proposta persistente da reforma agrária, enquanto um dos essenciais determinantes em saúde. Uma vez que todos tenham terra para plantar e morar, maiores são as condições de sobrevivência, de igualdade, qualidade de vida, e portanto, de saúde.

“As conclusões espelhavam o amplo consenso em torno da necessidade de introduzir mudanças no setor de forma a torná-lo democrático, acessível, universal e equitativo” (GERSCHMAN, 2004, p.104), desta forma, garantido na Constituição Federal, o Sistema

---

<sup>31</sup> Enquanto as origens foram marcadas pela medicina comunitária como modo de dar conta das carências de saúde das populações pobres das grandes cidades e do interior, nesse segundo momento, ligado à realização da VIII Conferência, passou-se a enfatizar a política de saúde. (GERSCHMAN, 2004, p. 106)

Único de Saúde, como parte do tripé da Seguridade Social, com vistas ao conceito ampliado de saúde vinha se constituindo com a contribuição do Mops, em seus encontros:

As propostas convergentes à formulação da Reforma Sanitária brasileira se sustentavam numa conceituação de saúde que, como direito, extravasava os limites da assistência médica, implicando uma série de direitos correlatos-educação, moradia, lazer, participação e liberdade, organização e expressão-, direitos dos cidadãos a serem efetivados pelo Estado. (GERSCHMAN, 2004, p.104).

Dando subsídios para a Constituição Federal de 1988 e com isto, a legitimação do conceito ampliado de saúde, consolidado também, com a lei 8.080 de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990).

Conceituação que imprime a relação da saúde com as demais políticas públicas, de proteção social, as implicando nos movimentos de luta por um sistema de proteção que vá ao encontro das necessidades da população. Sendo importante resgatar que na década de 1980, ainda emerge com mais força o liberalismo, designado no período, como neoliberalismo, debate “reposicionado pela CEPAL, em face das reformas de mercado e crescente financeirização da economia”. A discussão nesta perspectiva resulta no entendimento de que as reformas estruturais na economia devem passar pela privatização dos serviços públicos. (MOTA, 2012, p. 156), o que implicara no movimento contrário e de disputa pela Reforma Sanitária, inclusive, interferindo no seu interior, perdurando na atualidade. Uma vez que órgãos internacionais, como o Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI) interferem direta e indiretamente na proteção social do país.

**Quadro dos encontros do Mops com representação da Contag e propostas com reflexos diretos para a população do campo ou propostas por esta:**

<b>Encontro</b>	<b>Propostas relacionadas ao campo</b>
IV-1983	Tema: “Saúde, uma Conquista do Povo”: Controle dos serviços de saúde pelos trabalhadores; melhoria e igualdade de direitos previdenciários e de serviços de saúde no <b>campo e na cidade; ações preventivas para a conquista da saúde, tais como terra para plantar e morar</b> , salário justo, emprego, saneamento.
V-1984	Igualdade, nos serviços de saúde para o homem do campo e da cidade.
VI-1986	Autonomia dos movimentos populares em relação ao Estado [...] aumento de verbas para a saúde com a criação de um Fundo Único de Saúde; recomendação da suspensão do pagamento da dívida externa; o direito de greve; <b>a reforma agrária</b> ; a proibição de propaganda de medicamentos; reformulação da lei que instituiu amparo previdenciário para as pessoas com mais de 70 anos [...]
VII-1987	<b>Plantas Medicinais, Hortas Comunitárias</b> . Foram discutidos também os temas apresentados pelos assessores sobre a conjuntura nacional, o sistema de saúde do país e <b>a reforma agrária</b> .

Quadro produzido pela autora deste trabalho, a partir de Gerschman (2004), salientando que as demais propostas também influem nas condições de saúde da população do campo, todavia objetiva-se com este quadro, melhor visualizar algumas reivindicações mais específicas, propostas por esta e ou para esta população. Importante mencionar que os primeiros encontros foram voltados para a medicina comunitária, a partir dos encontros mencionados, estes tomam caráter nacional, de movimento popular em saúde.

### 3.2 PNSIPCFA E A INTERSETORIALIDADE NO “CAMPO” DA PROTEÇÃO SOCIAL

Considerando o contexto contraditório, de lutas e disputas no campo da proteção social brasileira, e principalmente para a população do campo, se instituiu a PNSIPCFA, através da articulação do Ministério da Saúde junto aos movimentos sociais na formação do **Grupo da Terra** que contribuiu no planejamento da **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCFA)**, instituída pela portaria 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Legitimando a necessidade de ações que contemplem a garantia de direitos para que estas populações possam produzir e se reproduzir-se dignamente, a partir da terra, da floresta e da água, ou seja, em seus territórios específicos e diferenciados de existência e trabalho, caracterizando as especificidades destas populações.

Neste contexto, compreendemos que a produção e reprodução da própria vida, se dá a partir das relações e dos meios materiais passíveis de acesso e transformação. O que contribui na objetivação de um modo de vida, ou seja, na concretude de produzir-se e reproduzir-se socialmente, em determinado espaço ou território.

Considerando os modos e condições de vida destas populações, a PNSIPCFA, além de legitimar seus direitos de acesso, essencialmente à saúde, propõe dar visibilidade a estas, incitando as demais políticas públicas e instâncias de governo a atentar para seus objetivos :

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo da Floresta e das Águas expressa o compromisso político do Governo Federal de garantir o direito e o acesso à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), além de contribuir para a concretização dos seus princípios de equidade, universalidade e integralidade. Esta política traduz o desafio dessa garantia e também contempla o atual momento brasileiro de desenvolvimento do campo, de forma a incluir as peculiaridades e especificidades das demandas e necessidades em saúde dos trabalhadores rurais, dos povos da floresta e comunidades tradicionais. (BRASIL, 2013, p. 3).

Considerando-se que a política preconiza o cuidado integral a estas populações que necessitam de ações que atendam sua realidade de forma efetiva. Portanto, nesta perspectiva, a discussão objetiva trazer subsídios que dialoguem com sua realidade e assim, com a operacionalização da política. Contemplando a perspectiva da **interdisciplinariedade**<sup>32</sup>, que

<sup>32</sup> [...] pode-se dizer que a interdisciplinaridade surgiu não propriamente do avanço real da ciência, mas do sintoma de uma espécie de “patologia do saber” ou de uma “alienação científica”. Ou melhor, a interdisciplinaridade surgiu da consciência de um estado de carência no campo do conhecimento, causado pelo aumento exagerado das especializações e pela rapidez do desenvolvimento autônomo de cada uma delas (PEREIRA, 2014, p. 27).

concerne em trabalhar com objetos e objetivos comuns, articulando seus saberes específicos e complementando-se na perspectiva da integralidade das ações. E assim, a interdisciplinariedade<sup>33</sup> corrobora com a lógica da **intersetorialidade**, pois como os profissionais necessitam articular-se de forma interdisciplinar, sem deixar de perder suas especificidades, as políticas públicas também necessitam. Sendo ratificada a necessidade do trabalho intersetorial na PNSIPCFA<sup>34</sup>:

A operacionalização desta Política depende do comprometimento de gestores das secretarias estaduais e municipais do SUS e dos técnicos, assim como de prefeitos, governadores e outros dirigentes no âmbito da saúde, e da articulação com políticas que promovam melhorias nas condições de vida e saúde como a educação, saneamento e ambiente. Destacam-se ainda, políticas intersetoriais, dirigidas para a questão agrária e o financiamento da assistência técnica, em particular, à agricultura familiar e camponesa. (BRASIL, 2013, p. 3).

A intersetorialidade se apresenta como uma “estratégia” que as políticas públicas encontram para sustentar suas ações. Porém, ainda não possui um conceito consolidado, apresentando-se como um “princípio ou paradigma norteador” (PEREIRA, 2014) das ações das políticas públicas. Pereira ainda contribui na sua análise, buscando indicar subsídios para embasar seu conceito:

[...] uma nova lógica de gestão, que transcende um único “setor” da política social, e/ou uma estratégia política de articulação entre “setores” sociais diversos e especializados. Relacionada à sua condição de estratégia, a intersetorialidade também é entendida como: instrumento de otimização de saberes; competências e relações sinérgicas, em prol de um objetivo comum; e prática social compartilhada, que requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas. (PEREIRA, 2014, p. 23).

Realizando esta necessária interconexão, reconhece-se que a PNSIPCFA busca dar visibilidade à intersetorialidade no campo da proteção social. Considerando as especificidades destas populações, que em grande parte, sofrem com a falta de acesso às políticas públicas ficando expostas aos variados riscos que isto implica. Portanto, para contribuir na mudança desta realidade, a política possui como objetivo geral:

Promover a saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual e religiosa, visando o acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. (BRASIL, 2013, p. 12).

<sup>33</sup> Importante salientar que há autores que trabalham na perspectiva da transdisciplinariedade, como Nicolescu. Contudo, para atender a perspectiva dialética, a qual nos propomos trabalhar, entendemos que a interdisciplinariedade, a partir de Pereira (2014) contempla os objetivos propostos. Entretanto, para um aprofundamento sobre a transdisciplinariedade sugerimos a leitura da produção de Basarab Nicolescu.

<sup>34</sup> O acesso dessas populações ao SUS requer uma articulação de saberes e experiências de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação permanente das ações intersetoriais, bem como das responsabilidades e informações compartilhadas, a fim de alcançar a atenção à saúde com qualidade e integralidade (BRASIL, 2013, p.17).

Pautada na discussão sobre a PNSIPCFA e a intersetorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética, Pereira (2014) propõe, compreender a necessidade de abordar a intersetorialidade para além da relação entre os setores. Sendo um termo “polissêmico e complexo”, que exige sua maior apropriação para que haja uma efetiva conceituação. Sendo considerada até o momento, como uma “terminologia e não um conceito”, pois as políticas sociais não são setores divisíveis (PEREIRA 2014, p. 23). Incitando uma discussão dialética pautada no movimento contraditório, histórico e totalizante no que se refere às políticas sociais e públicas no sistema de proteção social brasileiro, potencializando sua articulação, a PNSIPCFA aponta:

Nessa estratégia de intersetorialidade, é importante a articulação de um colegiado de gestão, com o objetivo de promover os ajustes necessários às suas práticas, assim como a articulação com outros programas governamentais, em especial aqueles que objetivam o desenvolvimento social e econômico [...].

A intersetorialidade, nos últimos 20 anos “vem despertando crescente interesse intelectual e político, particularmente no âmbito das políticas sociais públicas” e a intencionalidade de utilizar os termos “inter”, corresponde à perspectiva dialética de superação da setorialidade (PEREIRA, 2014, p. 23). Pereira ainda referencia: “[...] é pela perspectiva dialética, e não linear, ou meramente agregadora, que a intersetorialidade das políticas sociais deve se pautar, caso queira ser fiel à realidade”. (PEREIRA, 2014, p. 24).

Salienta-se que a PNSIPCFA constitui-se em um grande avanço para a busca da garantia de direitos destas populações que possuem raízes histórias legítimas na sociedade brasileira. Sendo importante mencionar a relação dialética que se estabelece ao instituir somente em 2011, uma política<sup>35</sup> para estas populações que constituem a essência das raízes históricas e, portanto, identitárias brasileiras. Todavia, este período foi um momento sócio-político propício para a constituição desta política.

Refletimos a partir da perspectiva dialética, que houve avanços, mesmo que insuficientes e tardios, pois o próprio processo de formação identitária de um país, assim como de suas políticas públicas, é contínuo, gradual<sup>36</sup> e incessante, envolvendo “reciprocidade e contradição”:

[...] da relação dialética: a de ser *unitária* ou *total*. Essa característica sempre foi necessária ao progresso do conhecimento e das conquistas sociais. Mas, essa mesma

<sup>35</sup> As políticas sociais e a formação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento-em geral setorializadas e fragmentadas-às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo enfrentamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho (Netto, 1992), e por outro lado, os sujeitos históricos engendram formas de seu enfrentamento. (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 51).

<sup>36</sup> Princípio da gradualidade [...] é preciso reconhecer publicamente a alteração de patamar de uma situação, mesmo que ainda não seja pleno, para que o resultado da ação se torne visível para a sociedade, para a ação do governo, para os agentes institucionais e com isto seja assimilado, não se voltando à estaca zero. (FERREIRA, 2009, p. 20).

relação possui outras características que devem ser consideradas, como a *reciprocidade* e a *contradição*. Isso quer dizer que a totalidade dialética propiciada pela relação dinâmica e interdependente entre partes, comporta ao mesmo tempo atitudes recíprocas e antagônicas. (PEREIRA, 2014, p. 33).

A interdisciplinariedade e a intersetorialidade se encontram nestes “emaranhados” dialéticos, no campo das políticas públicas, potencializados no cotidiano profissional, permeado por disputas e lutas pela concretude da qualidade das políticas públicas. Os movimentos sociais são importantes exemplos nesta caminhada, que deve ser coletiva e legitimada pelo público e para o público. Sendo estas populações potencializadoras de grandes movimentos sociais, em prol do coletivo e, na busca pela superação da exploração capitalista fragmentadora e precarizadora de seus modos de vida e consciência coletiva. Onde a PNSIPCFA se apresenta como uma importante conquista.

## 4 A INSERÇÃO DA POPULAÇÃO DO CAMPO NA ATENÇÃO BÁSICA: POTENCIALIDADES E DESAFIOS

Neste capítulo abordamos questões pertinentes à inserção da População do Campo na Atenção Básica em Saúde, suas potencialidades e desafios, a partir da transversalização com a PNSIPCFA. Apresentamos a inserção da população pela ótica dos (as) profissionais e usuários (as), como estratégia para analisar e contribuir com a reflexão sobre as ações para estas populações que sejam consonantes com suas necessidades e realidade, assim como a dos (as) profissionais e serviços, na perspectiva do SUS e da PNSIPCFA.

### 4.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E SUA INTERFACE COM A PNSIPCFA

Para adensarmos os estudos sobre a população do campo exige-se apropriar-nos do histórico sobre as transformações societárias que permearam a sociedade mundial e brasileira e que refletem na realidade destas populações. Para isto, foram escolhidas as seguintes categorias explicativas da realidade: **População do Campo**, conceituada anteriormente<sup>37</sup>, **Atenção Básica em Saúde (AB)**, **Território e a PNSIPCFA**. Contudo, há a necessidade de conceituá-las, concomitantemente aos estudos da constituição do SUS no Brasil, iniciando pelo conceito de Atenção Básica:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica, 2012, p. 19).

A Atenção Básica é um termo utilizado no Brasil, porém sua origem se dá internacionalmente. Surgiu com a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, que ocorreu em 1978, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, realizada a partir da Organização Mundial de Saúde (OMS), definindo-se como Atenção Primária à Saúde (APS) a partir dos seus cuidados primários :

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

<sup>37</sup> Sua conceituação é apresentada conforme a PNSIPCFA, por isto não se separou cada população.

Apresenta-se na forma de serviços, que objetivam essencialmente, estar no território onde as pessoas vivem e trabalham, pois representam o primeiro nível de contato dos (as) usuários e da comunidade, com o sistema de saúde, “pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (ALMA-ATA, 1978). Starfield (2002, p. 28) expressa que a “atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece a atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade)”. Porém, nem sempre são próximos e constituem o primeiro contato que os (as) usuários (as) possuem com os serviços de saúde, na perspectiva da prevenção, promoção e recuperação da saúde. Necessitando maiores aprofundamentos e problematizações nas suas formas de concretizar-se na realidade objetiva.

Cuidados que visam a superação da centralidade biomédica, através da interdisciplinariedade, fornecendo subsídios para se trabalhar o conceito ampliado de saúde intersetorialmente. Salientamos a solicitação, no evento mencionado, da utilização dos recursos, que por ora eram direcionados a armamentos, para que fossem direcionados à promoção da saúde mundial. Em um período que o Brasil passava pela ditadura militar, ao passo que a população mobilizava-se contra o modelo governamental, através de diversos movimentos sociais como o da Reforma Sanitária. Em prol da constituição de um sistema de saúde que atendesse população de forma universal e por uma reforma que abrangesse para além da saúde, um novo sistema estatal de governabilidade democrática.

Movimentos internacionais e nacionais que influíram e resultaram na consolidação e concretização da Constituição Federal de 1988, em suas particularidades. E com ela, a Seguridade Social, onde o SUS se constitui como uma das pontas de seu tripé. Salientando que em 1986, anterior à Constituição Federal de 1988, realiza-se a I Conferência Mundial de promoção da saúde em Ottawa, constituindo o documento conhecido pela “Carta de Ottawa”. Andrade (2006, p. 50) expressa que, a carta esclarece o conceito de promoção de saúde, ao definir que a “promoção de saúde consiste em proporcionar aos povos os meios para melhorar a saúde e exercer maior controle sobre ela”. E que esta deve ser percebida não como objetivo, mas como “fonte de riqueza da vida cotidiana”.

Desta forma, as conferências contribuíram ao subsidiar o conceito ampliado de saúde, que no Brasil, se legitimou com a Constituição Federal e suas leis posteriores como a 8.080 e 8.142 de 1990, legitimando o SUS para construir possibilidades de articulação de uma atenção ampliada para a saúde. Principalmente por ratificar a saúde como direito:

[...] adotando o conceito ampliado de saúde, no qual o processo saúde-doença é dependente dos determinantes sociais de saúde. O SUS se contrapôs à visão de saúde como mercadoria e adotou uma política que se fundamenta e se estrutura em princípios constitucionais de direito universal e deveres do Estado em relação à saúde, garantindo a integração de políticas sociais e econômicas com vista à redução do risco de doenças e agravos e ao acesso às ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2013, p. 7).

Portanto, reitera-se a necessidade de articulação das políticas públicas, trabalhadores (as) e usuários (as), para que as intervenções façam sentido e contribuam para que estes espaços sejam de protagonismo e pertencimento, atendendo as necessidades singulares das populações usuárias. A considerar a necessidade de articulação da Atenção Básica, problematizando a trajetória da população do campo e suas condições de vida na atualidade. Com isto, vislumbrando a constituição e o acesso aos direitos sociais, trabalhamos com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA)<sup>38</sup>, instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 dezembro de 2011, para auxiliar em seu embasamento:

Esta Política parte do reconhecimento da necessidade de novos rumos para o desenvolvimento econômico e social brasileiro. É preciso romper com a lógica perversa de reprodução do capital calcada num modelo de produção agrária que vem acarretando, de forma interdependente, a degradação do meio ambiente e da qualidade de vida e saúde das populações do campo e da floresta. (BRASIL, 2013, p. 5).

A presente política busca dar visibilidade a estas populações, que em grande parte, sofre com a invisibilidade na falta de acesso às políticas públicas, ficando expostas aos variados riscos que isto implica. Mediante este contexto, as categorias auxiliam no direcionamento da pesquisa facilitando seu processo de análise, assim como a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) reitera sobre a necessidade de ampliação do acesso à Atenção Básica em seu 1º eixo:

Este eixo trata-se de adoção de mecanismos gerenciais e de planejamento para **a promoção de equidade em saúde** de grupos em condições de vulnerabilidade; instituição de espaços de promoção de equidade em saúde; produção de informação e comunicação; desenvolvimento de estratégias voltadas para a implementação de ações intersetoriais, com interfaces nas questões de saúde dessas populações, por meio da articulação com os órgãos corresponsáveis, processo de articulação para a participação de representação do movimento social do campo da floresta e das águas nos conselhos de saúde; aperfeiçoamento dos sistemas de informação, inserindo o quesito campo/floresta/água e a **realização de estudos e pesquisas sobre a situação de saúde dessas populações, garantir o acesso da população aos serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a Política de Atenção Básica e a Atenção Especializada [...]** (BRASIL, 2013, p. 32).

<sup>38</sup> De acordo com a portaria 2.311, de 23 de outubro de 2014, as Populações das Águas são inclusas no nome da política, que passa a ser nominada: Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Alterando a portaria 2.866 de 2011.

Desta forma, para que a política de saúde possa ser efetivamente concretizada ao encontro das necessidades destas populações há a necessidade de articulação de diversos dispositivos de garantia de direitos, assim como das políticas públicas intersetoriais, além da descentralização da gestão das políticas públicas, para os municípios, e a descentralização dos serviços, através da regionalização/ territorialização, dos mesmos. Para isso é imprescindível que estes dialoguem e construam um processo de trabalho que vá ao encontro das reais necessidades da população. Esta política também ratifica a necessidade do trabalho intersetorial:

O reconhecimento de que a saúde é determinada pelas condições econômicas, sociais e ambientais em que vivem as comunidades e populações, foi incorporado nesta Política, indicando ações intersetoriais, consideradas como imprescindíveis para o impacto sobre o nível de vida e saúde das populações do campo e da floresta. (BRASIL, 2008, p. 4)

Ratifica o conceito ampliado de saúde e a busca da superação do enfoque da doença nos processos de promoção de saúde, que se objetiva na realidade concreta. Onde o **território**, se torna espaço “chave” neste contexto, o qual a PNSIPCFA traz seu conceito :

Espaço que possui tecido social, trama complexa de relações com raízes históricas e culturais, configurações políticas e identidades, cujos sujeitos sociais podem protagonizar um compromisso para o desenvolvimento local sustentável. (BRASIL, 2013, p. 23).

Assim, como a PNSIPCFA contempla o território como locus essencial de suas intervenções, dando ênfase à sua complexidade, a Política Nacional de Atenção Básica, também o aponta em seus princípios, considerando sua delimitação e a dinamicidade de sua população. Portanto, a essencialidade da política social pública contemplá-lo no enfrentamento das expressões da questão social de forma intersetorial, o que vem tendo avanços, neste contexto dialético de busca de acesso, fragmentação e resistência, as políticas sociais públicas fundamentam o sistema de proteção social que contraditoriamente ora protege ora desprotege o (a) usuário (a).

Nesta trama buscamos analisar uma amostra parcial da realidade e problematizar como está sendo articulada a Atenção Básica em Saúde, enquanto locus de pesquisa e política social pública, junto à população do campo, priorizando a integralidade, universalidade e equidade<sup>39</sup> nas ações. Para além do SUS, estes princípios devem perpassar todas políticas intersetoriais, superando o enfoque fragmentado dos setores. Para Mattos:

<sup>39</sup> **Integralidade:** Princípio fundamental do SUS que considera os sujeitos em sua indivisibilidade biopsicossocial e as comunidades humanas em sua relação com o ambiente, garantindo as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. **Universalidade:** princípio que orienta as políticas públicas dos governos para a garantia do acesso aos serviços por elas prestados a todos, sem distinção; **Equidade:** promoção do direito à igualdade como princípio da justiça redistributiva e implica reconhecer necessidades especiais e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo. (BRASIL, 2008, p. 21).

A integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma bandeira de luta, pois a proposta da integralidade é uma ruptura com estruturas organizadas dos serviços de saúde (centralidade no saber biomédico) e com as práticas fragmentárias e reducionistas. (MATTOS, 2001 citado por BREDOW; DRAVANZ, 2010, p. 234).

Compreendemos que quem movimenta a Rede intra e intersetorial são os trabalhadores e usuários e que esta deve ser articulada conforme a realidade de cada território, mas sempre articulada. Visando o cuidado integral dos (as) usuários (as) que a ela acessam e buscar aqueles que ainda não tiveram condições de acessá-la. Portanto, visamos aprofundar o conhecimento e contribuir com a implantação e implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. O presente trabalho vem ao encontro desta política que preconiza cuidado integral a estas populações que necessitam de ações que atendam sua realidade de forma efetiva.

Complementando, a população que sobrevive do trabalho no campo possui um ritmo por ora acelerado, mas diferenciado da população dos centros urbanos, pois trabalhar com a terra exige um tempo diferenciado no que tange a sua preparação e desenvolvimento natural dos seus produtos. Não é o tempo humano que predomina, mas o tempo da natureza.

Sabe-se da existência da influência da manutenção humana neste processo. Todavia, mesmo com a interferência humana no plantio, cultivo e colheita, naturais nesta relação homem-natureza, há a interferência no uso de substâncias para acelerar e garantir uma produção em maior quantidade e aparente qualidade, como os agrotóxicos, ocultamente chamados de “defensivos agrícolas”. Esta prática influenciada pelo capitalismo na aceleração do processo, muitas vezes, independente da qualidade, prejudica a saúde deste trabalhador, dos consumidores dos produtos e da população do em torno da área de produção, conceito legitimado no RS:

Designar os agrotóxicos como defensivos agrícolas é o artifício retórico mais elementar para dissimular a natureza nociva desses produtos. Por um lado, ele sugere que os agrotóxicos supostamente protegem os cultivos; por outro, oculta os efeitos deletérios desses produtos sobre a saúde humana e o meio ambiente. Ainda na década de 1980, uma verdadeira contenda semântica foi desencadeada por ocasião dos debates sobre a regulação do registro e uso dos venenos agrícolas no Rio Grande do Sul, resultando na criação de uma legislação estadual específica que oficializou o conceito de agrotóxico, fato posteriormente repetido em âmbito federal por meio da promulgação da Lei 7.802/89 (ABRASCO, 2015, p. 28).

Compreendemos portanto, que a saúde do(a) trabalhador(a) em geral, assim como do(a) trabalhador(a) rural deve estar contemplada na Atenção Básica, tendo como premissa, o desocultamento e superação de práticas que agravam sua situação de saúde, expondo-o (a) a riscos e precarização. Em seu 5º caderno sobre a saúde do trabalhador, a Atenção Básica apresenta a necessidade de se “considerar os diversos riscos ambientais e organizacionais aos

quais estão expostos, em função de sua inserção nos processos de trabalho”. Portanto, as “ações de saúde do trabalhador devem ser incluídas formalmente na agenda da rede básica de atenção à saúde”. A própria política aponta que a assistência ofertada aos trabalhadores (as), deve os considerar como “sujeitos a um adoecimento específico que exige estratégias – também específicas – de promoção, proteção e recuperação da saúde”. (BRASIL, 2001, p. 9).

O mesmo documento ainda salienta:

No que se refere à população em geral, é preciso ter em mente os diversos problemas de saúde relacionados aos contaminantes ambientais, causados por processos produtivos danosos ao meio ambiente. Vale citar como exemplos os problemas causados por garimpos, utilização de agrotóxicos, reformadoras de baterias ou indústrias siderúrgicas, cuja contaminação ambiental acarreta agravos à saúde da população como um todo, além dos específicos da população trabalhadora (BRASIL, 2001, p. 9).

Apresentando a ampla necessidade de trabalhar as questões específicas de produção do trabalho na terra, o que mostra que esta população, assim como a sociedade que consome estes produtos, sofrem constantemente com os reflexos do uso dos agrotóxicos, que pela falta de acesso e incentivo público, torna-se em muitos casos, o meio de garantir sua produção e portanto, subsistência. E mesmo que sofra menos com a poluição comum aos centros urbanos, sofre com este tipo de intoxicação que não exime o urbano.

Ainda é importante mencionar que viver e sobreviver neste território possibilita usufruir do contato maior com a natureza: animais, plantas, ervas- terra. Contato que possibilita o estabelecimento de relações distintas com a natureza e com os sujeitos que destes territórios fazem parte. Salientando ainda que o trabalho na terra implica no respeito e disciplina ao trabalhá-la, pois há exposição maior aos raios solares, grande desgaste físico e demais riscos e agravos que irão também depender das condições de trabalho.

Este modo de viver implica também no distanciamento dos serviços e consequentemente na necessidade de constituir estratégias para a manutenção da vida, como o uso de ervas e práticas tradicionais na prevenção e no tratamento de doenças. Porém, o difícil acesso aos serviços, principalmente públicos e demais dispositivos que possibilitem inclusive uma vida mais rendosa, contribui para o agravamento das doenças e desigualdades sociais. Aprofundar o conhecimento e fazer a articulação com esta política torna a discussão com uma grande relevância social, principalmente, pelo fato de que no país, ela está sendo recentemente implementada.

## 4.2 A INSERÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE PELA ÓTICA DE PROFISSIONAIS

O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e abrir-se para os ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano. Com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação, pode-se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente (MEHRY, 2007, p. 71).

O trabalho vivo para Mehry, fundamentado em Marx, remete ao processo de transformação do humano, em constante construção na sua ação ontológica e teleológica com a natureza e nas relações sociais em si, através dos componentes do processo de trabalho. Exemplificando o trabalho de uma abelha a de um arquiteto para expor que “no final do trabalho, chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente” (MARX, 2013, p. 256). Assim se processa a importante diferença do humano para a abelha ou uma aranha, a potência de idealizar o produto de seu trabalho. Contudo, ao se trabalhar com o humano há de se reconhecer as múltiplas formas deste produto expressar-se e para isto, a potência de construir coletivamente, processos de trabalho planejados e em constante análise, primando pelo trabalho vivo em ato e pela potência das tecnologias leves as quais nos propomos dialogar, essencialmente.

Nesta perspectiva e para atender aos objetivos propostos na pesquisa, versaremos e realizaremos a partir daqui, as inclusões das falas, análises e problematizações sobre as entrevistas realizadas com os (as) profissionais. Os objetivos da pesquisa visam refletir sobre as formas de inserção dos (as) agricultores (as) familiares na Atenção Básica em Saúde do município de Viamão. Neste momento, pela perspectiva dos (as) profissionais deste nível de atenção, onde realizaremos a interface com a PNSIPCA.

Para adensarmos a discussão é pertinente fundamentar sobre a escolha do termo **inserção** na pesquisa, que se dá a partir de alguns pressupostos, pois ao inicializar a busca de seu significado, não encontramos até o momento, autores que se debruçaram a conceituá-lo, apesar de seu uso sucessivo em muitas discussões. Pretendemos articulá-lo com a discussão na saúde, em específico aos serviços da Atenção Básica, mas que pode ser ampliado para os demais níveis e discussões.

Iniciamos, portanto, a busca pelo dicionário Aurélio. Este indica que o termo **inserção** refere-se ao “ato de inserir”, ou seja, de “colocar, introduzir, intercalar, **incluir**” (FERREIRA, 2004, p. 1.111). E **inclusão**: o ato ou efeito de incluir, significa “conter em si, envolver, implicar” (FERREIRA, 2004, p. 1.088). Todavia, esta conceituação de inserção/ inclusão,

também utilizada em algumas discussões, apesar de importante, no nosso entendimento, não dá conta de expressar com profundidade seu significado, para a discussão a qual nos propomos realizar, dada a complexidade como vem sendo utilizada também, por profissionais de diversas áreas. Nossa escolha é fundamentada pela necessidade de articular as ciências sociais, inclusive as aplicadas, como o Serviço Social<sup>40</sup>: à saúde, e portanto, neste trabalho, à Atenção Básica, possibilitando uma maior aproximação e diálogo. Interconectando estas categorias a partir de considerações não esgotadas, mas potencializadas neste trabalho.

Reiteramos que esta escolha é reforçada pelo sucessivo uso destes termos em discussões que contemplam a questão social e suas expressões, justificando nossa opção. Autores como José de Souza Martins contribuem ao problematizar o termo **exclusão**, atenta-nos para a utilização indiscriminada e irreal do termo, pois na sua perspectiva:

*[...] não existe exclusão: existe contradição, existem vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes; existe o conflito pelo qual a vítima dos processos excludentes proclama seu inconformismo, seu mal-estar, sua revolta, sua força reivindicatória e sua reivindicação corrosiva. Essas reações, porque não se trata estritamente de exclusão, não se dão fora de sistemas econômicos e dos sistemas de poder. Elas constituem o imponderável de tais sistemas, fazem parte deles ainda que os negando. As reações não ocorrem de fora para “dentro” da realidade que produziu os problemas que as causam (MARTINS, 1997, p. 14).*

Indicando que a exclusão não existe, e sim, “processos excludentes e ou de **reinserção** marginalizada” (MARTINS, 1997), pois de alguma forma os sujeitos são inseridos em algum processo social e sofrem processos excludentes de outros. Entretanto, o termo exclusão e “excluídos (as)” ainda são muito utilizados, o que seria o antônimo (contrário) de inclusão e, portanto, de inserção. Contudo, “o que vocês estão chamando de exclusão é, na verdade, o contrário da exclusão. Vocês chamam de exclusão aquilo que constitui o conjunto das dificuldades, dos modos e dos problemas de uma *inclusão precária e instável, marginal*” (MARTINS, 1997, p. 26) na sociedade atual. Estas questões instiga-nos a problematizar estes termos, em uma perspectiva que, mobilizada por sua complexidade e para além da saúde, são seus determinantes. Desta forma, visamos contribuir com uma análise da realidade dos (as) agricultores (as) familiares no que tange a própria questão social, em suas múltiplas expressões e os reflexos de sua inserção na Atenção Básica.

Complementando, há outros autores como Castel (2004, p. 24) que fazem uma crítica ao uso impreciso do termo exclusão, utilizando-se das categorias afiliações e desfiliações, que apesar destes não terem tradução específica para a língua portuguesa, indicam que referem a sujeitos “cuja trajetória é feita de uma série de rupturas em relação a estados de equilíbrio

---

<sup>40</sup> Sendo que o Serviço Social também é uma profissão da saúde, mas que ainda tem poucos índices de inserção na Atenção Básica, não sendo prevista nos serviços territorializados, como ESFs e UBS. Uma discussão pertinente de ser realizada,

anteriores mais ou menos estáveis, ou instáveis”. O autor critica o uso indiscriminado do termo exclusão, pois entende que seu uso é “sintomático, isto é, oculta e traduz, ao mesmo tempo, o estado atual da questão social [...]. A questão da exclusão torna-se então a “questão social” por excelência” (CASTEL, 2004, p. 18), vendando suas múltiplas determinações e a possibilidade de articulação para sua problematização e a constituição de estratégias para atuar nas suas expressões, para além de reparadoras, que sejam preventivas.

Castel (2004, p. 21-42) ainda indica as características que deveriam permitir um uso controlado da noção de exclusão como: “Heterogeneidade de seus usos”, encobrendo as especificidades de cada situação, pois “falar em termos de exclusão é rotular com uma qualificação puramente negativa que designa a falta, sem dizer no que ela consiste nem de onde provém”; A principal característica: a “Autonomização de situações limites” que “só tem sentido quando colocadas num processo [...]”; Na maioria dos casos o “excluído” é um “desfiliado”; a “Armadilha de focalizar” a atenção sobre a exclusão, “tanto para a reflexão como para a ação social” na reparação, pois apesar de seus méritos, as políticas de inserção “num primeiro plano, são pensadas para a reparação de danos” e nem ao menos a reparação, pois agem sobre as consequências e não sobre as causas dos processos excludentes, o que possibilitaria o trabalho preventivo e universalizante.

Desta forma, “as políticas de inserção se tornam estratégias limitadas no tempo [...]” O provisório se torna permanente; Neste contexto, apresentamos a “inconsistência” e contraditoriamente o “consenso” da utilização do termo que se torna pragmático e homogêneo, pois “as medidas contra a exclusão tomam lugar das políticas sociais mais gerais, com finalidades preventivas e não somente reparadoras, que teriam por objetivo controlar sobretudo os fatores de dissociação social” (CASTEL, 2004, p. 24) e portanto, Castel reforça que não devemos proscriver o termo exclusão, mas se “perguntar sob que condições seu emprego é legítimo”, principalmente nas vulnerabilidades criadas pela degradação das relações de trabalho. Reafirma as lógicas heterogêneas em questão: “De discriminações oficiais e de processos de desestabilização, como a degradação das condições de trabalho ou a fragilização dos suportes de sociabilidade” (CASTEL, 2004, p. 43), portanto a necessidade de analisar cautelosamente em que situações utilizar o termo exclusão e até mesmo “excluí-lo”.

Com as importantes aproximações entre os autores, como entender a exclusão como processo e que seu uso impreciso, oculta suas determinações as homogeneizando, optamos por trabalhar na perspectiva de Martins, no que se refere à utilização do termo “processos

excludentes” ou de inclusão, inserção ou reinserção marginalizada. O autor reforça que “o discurso corrente sobre a exclusão é basicamente produto de um equívoco”, de uma fetichização conceitual da exclusão que se transforma em uma palavra “mágica” que explicaria tudo. (MARTINS, 1997, p. 27). Este autor ainda trata da realidade brasileira, principalmente no que se refere à questão agrária, sendo um dos autores bases deste trabalho. Portanto, o articulamos com as premissas de Castel, principalmente, na problematização sobre a focalização das políticas a que ele refere ser de “inserção social” (CASTEL, 2004).

Articulamos ainda com autores (as) como Yazbek, no Serviço Social, ao encontro das referências de Martins, que indica que a abordagem conceitual da exclusão a configura como uma “forma de pertencimento, de inserção na vida social”. Expressa que “trata-se de uma inclusão que se faz pela exclusão, de uma modalidade de inserção” e reitera a exclusão integrativa assinalada por Martins nos processos sociais desiguais sobre o usufruto da riqueza socialmente produzida (YAZBEK, 2001, p. 34). Onde também almejamos trabalhar, pois a questão agrária e de saúde no campo, perpassa por estes processos que são determinantes à produção de qualidade de vida, e, não somente no campo.

Com esta explanação que indissocia os processos de exclusão, inclusão e inserção, nos processos sociais e portanto, nas políticas sociais e públicas, propomos uma análise, que permeia, além destas categorias, e às interconectando, aos termos acesso e acessibilidade, que em suas múltiplas conceituações, contempladas por autores (as) como Cláudia Travassos e Mônica Martins (2004) ao realizar a revisão dos termos indicam que, quanto à terminologia, a acessibilidade é preferida pelos autores que a descrevem como uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, seja esta uma característica geral, seja restrita à acessibilidade geográfica. Já os autores que optam pelo termo acesso, em geral, centram-no na entrada inicial dos serviços de saúde.

As autoras contribuíram na fundamentação de trabalhos propostos por Leny A. B. Trad et al., as introduzindo na perspectiva da equidade, ao realizarem estudo com o objetivo de analisar a acessibilidade de famílias negras de um bairro popular da Bahia, aos serviços de atenção básica do SUS. Indicam neste contexto, o acesso como “a disponibilidade dos serviços de saúde do ponto de vista da oferta”; e o termo acessibilidade que trata da “possibilidade concreta de aceder aos serviços ou recursos ofertados” (TRAD et al., 2012).

Entretanto, torna-se pertinente referir que a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs um conceito de acesso baseado na cobertura efetiva, entendida como a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001, citada por MENDES, 2011,

p.74). Neste contexto, o termo acesso torna-se mais amplo. Contudo, há variações nas conceituações de acesso e acessibilidade, Starfield (2002, p. 225), pontua que sua utilização é “intercalada e, geralmente, ambígua”. O que nos desafia a discutir, pois para esta autora a “acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços”, em um aspecto estrutural de um “sistema ou unidade de saúde”, sendo “necessário para atingir a atenção ao primeiro contato”. E o “acesso é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde.” Portanto, a ambiguidade.

Travassos e Martins (2004) ao fazer análise conceitual sobre o termo acesso e acessibilidade na saúde, nos remetem a construir que a acessibilidade está para além da dimensão sócio-organizacional e geográfica, como aborda Donabedian, mas refere-se também, aos atributos “sociais, culturais, econômicos, psicológicos”, envolvendo as características, necessidades específicas das populações e sujeitos singulares e como os serviços os acolhem, garantindo o atendimento de qualidade: “é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso” (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 191), assim como as barreiras e possibilidades de acessá-los, no processos anteriores, durante e após o acesso.

“O termo comporta dimensões socioeconômicas, geográficas, culturais e políticas do contexto social e assistencial, que podem expressar-se como barreiras no atendimento das necessidades dos usuários (efetivos e/ou potenciais) do sistema de saúde” (TRAD et al., 2012, p. 1008). Nesta linha, nossa implicação apresenta-se em interconectar os pontos mais relevantes de cada conceituação, a qual entendemos ir ao encontro da proposta deste trabalho.

No que tange à acessibilidade, torna-se essencial referir autores das ciências sociais como Fernandes e Lippo (2013), que abordam o termo acessibilidade universal, tendo em vista a diversidade<sup>41</sup> humana, o princípio da equidade e as condições materiais para se manifestar na vida social, ratificando que a acessibilidade se diz respeito ao meio socialmente produzido em meio à esta diversidade: na condição de utilização, por qualquer pessoa “com segurança e autonomia, dos espaços construídos, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, transporte e dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação”, acesso à equidade de oportunidades e inclusão social (LIPPO, 2012, p. 80).

---

<sup>41</sup> Consideramos as diferenças como propulsoras da dinâmica das transformações do social, ao contrário do que se tem produzido no imaginário e na vivência concreta das sociedades. A natureza respeita as diferenças. No universo natural não há padronização de corpos, de cores, de formas, tudo é muito diverso, e esse fato é o que engrandece o mundo natural, é o que lhe dá vida e expressividade. (FERNANDES; LIPPO, 2013, p. 284).

Para nosso contexto, ela se refere para além das estruturas urbanas, as rurais, em um conceito a partir de Lippo, de “acessibilidade universal” como uma “nova forma de pensar a arquitetura das cidades, a construção de formas alternativas de comunicação”, na construção de uma “nova cultura”. “Construir um mundo acessível para todos e todas requer desmontar velhos conceitos de homogeneidade e perceber a imensa riqueza presente na diversidade”. (FERNANDES; LIPPO, 2013, p. 290). Lippo (2012, p. 81) refere que há barreiras arquitetônicas e ou de comunicação que são entraves para o “acesso, liberdade de movimento, circular com segurança, se comunicar e trocar informações”, expressas em barreiras: urbanísticas, nas edificações, transporte e nas comunicações e informações que impedem o uso pleno dos espaços e relações, as quais neste trabalho, também direcionamos para o espaço rural, contemplando a acessibilidade universal, englobando o todo social de forma universal, pois a acessibilidade deve ser para todos em suas múltiplas diferenças.

Salientamos nesta linha, que para o sujeito-usuário (a) do serviço de saúde acessá-lo, há de se produzir socialmente e não individualmente, as condições materiais para isto. Portanto, para acessar e usufruir do serviço ofertado há de se superar barreiras estruturais-ambientais, sociais e comportamentais destes e dos espaços sociais que também influem em seu acesso, na garantia da acessibilidade universal, que passará pelos espaços de circulação. Portanto, há de se considerar as dimensões da acessibilidade, para que se concretize como universal, assim como as políticas públicas, na perspectiva dos direitos humanos e para além da questão estrutural-física, mas na plenitude de autonomia dos sujeitos nos variados aspectos da vida. Desta forma, a saúde insere-se como essencial nesta relação de busca pela plenitude, em seus contextos contraditórios que o próprio sistema capitalista potencializa, ao segregar principalmente, as pessoas com deficiência, assim como outros exemplos: as populações com culturas e etnias diferenciadas, tornando o desafio ainda maior para trabalhadores (as), usuários (as), sociedade e assim, para as políticas públicas em um conceito ampliado de saúde, pois a acessibilidade deve ser universal.

Neste contexto, salientamos a importância do trabalho intersetorial para a garantia da inclusão, acesso, acessibilidade, portanto da inserção nas políticas públicas, pois “promover a acessibilidade, então, é tornar a sociedade capacitada, apta a reconhecer que a diversidade faz parte de seu movimento, de sua constituição”. Sendo necessário “uma transformação nas condições materiais e simbólicas da vida em sociedade” (LIPPO, 2012, p. 85), materializar as condições objetivas para que a diversidade possa se inserir nos processos, políticas sociais e públicas intersetoriais.

Fernandes (2012, p. 56) expressa ser “necessário falar em acessibilidade universal, a fim de que se possa retornar às causas das interdições sociais e superá-las [...]”. Interdições que impedem os sujeitos de inserir-se nos processos sociais. Portanto, entendendo que não podemos dissociar o acesso seja ele referente à oferta de serviços, sua experiência ou efetividade, do termo acessibilidade, o qual entendemos ser contemplado para além da estrutura dos serviços e espaços transitáveis pelos sujeitos, que refletirão na sua qualidade, mas em uma perspectiva universal, contemplando as necessidades humanas, no que se refere às condições materiais e concretas (objetivas) de produção e reprodução de sua vida, quanto as subjetivas, que implicam e são implicadas na qualidade da inserção nas políticas públicas e sociais, produzidas coletiva e dialeticamente. Ou seja, neste trabalho entendemos ser indissociável o acesso da acessibilidade, assim como a inclusão, pois se apresentam intimamente interconectados ao ponto de não ser possível fragmentá-los. Desta forma, trataremos esta interconexão dialética, como **inserção**.

Baseadas nestas discussões, o termo inserção indica, neste trabalho, a partir de nossa construção: a interseção<sup>42</sup> *e interconexão dos termos: inclusão, acesso e acessibilidade*, que resulta em um conjunto, indissociando-os e indicando a categoria inserção, a qual optamos por trabalhar. Tendo em vista a análise da inserção dos (as) agricultores familiares na Atenção Básica em saúde, com vistas ao seu cuidado integral, princípio do SUS como a equidade e universalidade, expressando que a inserção na saúde, assim como nas demais políticas públicas e sociais, exige uma análise profunda dos processos sociais que refletirão direta e indiretamente nas suas formas de inserção pela população. E que este termo o qual optamos por trabalhar, indique “a inserção digna”, respeitando os princípios do SUS, que visa ser uma política universal, pois defendemos esta proposta para as políticas públicas e desta forma, para além de um sistema de proteção social capitalista, políticas públicas universais. Portanto, “a inserção” que almejamos, respeitando as premissas expostas, com vista à dignidade humana.

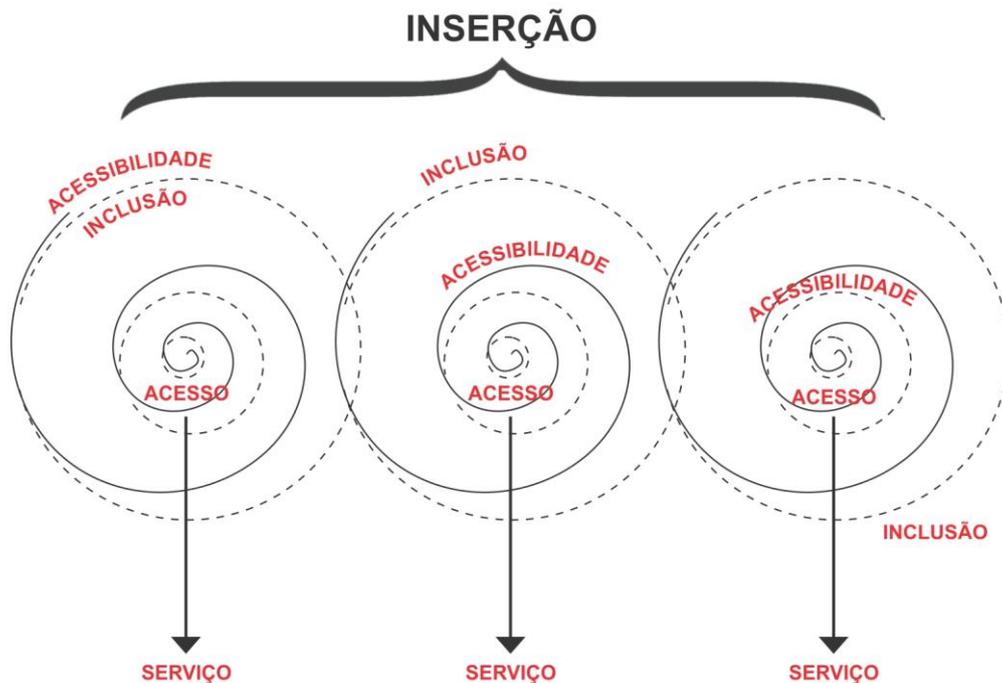
Contudo, sabemos que no sistema capitalista não há um forma de inserção efetiva nas políticas públicas e sim, variadas formas de inserção como processos, portanto, apresentaremos as formas diversas de inserções na Atenção Básica em Saúde, dos (as) agricultores familiares (as) como amostra parcial, no município de Viamão, considerando

---

<sup>42</sup> Utilizamos o termo **interseção** também fundamentadas em Mehry (2007) que o utiliza para “designar o que se produz nas relações entre “sujeito”, no espaço de suas interseções, que é um produto que existe para os “dois” em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos” (MEHRY, 2007, p. 87). Desta forma indicamos que a relação dos termos propostos resultam em um produto processual das relações entre os sujeitos usuários (as) trabalhadores (as) e seus territórios de existência e trabalho, em constante transformação.

suas múltiplas determinações, tanto na ótica dos (as) profissionais, quanto dos (as) agricultores (as). Starfield (2002, p. 226) indica que “a acessibilidade e o acesso podem ser medidos a partir do ponto de vista tanto da população quanto da unidade de saúde”. O que para nós apresenta a possibilidade de contribuir com a pesquisa a partir das diferentes, mas não necessariamente antagônicas experiências, que enriquecem a dinâmica das potencialidades e desafios da inserção na saúde.

**Processo de inserção à Rede de Atenção à Saúde- Espiral dialético da Inserção:**



**Espiral dialético dos processos de Inserção:** Antes de analisar o espiral, imaginemos muitos espirais interconectados uns aos outros, onde cada um corresponde ao *conjunto dos: percursos-trajetos, serviços e processos vivenciados* para acessar a Rede de Atenção à Saúde. Sendo que o centro de cada espiral representa o **Acesso** aos serviços: *com sua oferta, a possibilidade de “chegar” neles e experienciá-los*, principalmente, pelos (as) usuários (as). Porém, o acesso não garante a acessibilidade do atendimento em relação ao trabalho vivo em ato e suas tecnologias, no que tange a contemplar as singularidades e necessidades específicas dos (as) usuários (as). Salientando que o acesso também corresponde a cada território e serviço acessado neste processo, na imagem se apresenta no centro, por ser um dos principais objetivos a serem alcançados: chegar ao serviço de saúde; A linha que forma os espirais, corresponde à **Acessibilidade** universal que se refere às *condições concretas* de acessibilidade, para que os sujeitos possam acessar os serviços intersetoriais e da Rede de Atenção à Saúde, de forma digna, assim como a possibilidade de usufruir do atendimento (no

trabalho vivo em ato), conforme suas necessidades em saúde e referente às suas especificidades: sejam elas pela deficiência, gênero, geração, cultura, etnia, orientação sexual e religiosa e seus reflexos também subjetivos, correspondendo ao processo anterior, durante e posterior ao acesso no serviço; Os pontilhados correspondem à **Inclusão**, ou seja *o que envolve e interconecta estas categorias, no processo de acesso aos serviços*. E como *produto e correspondente ao todo deste processo interseção, e portanto, indissociável, constitui-se a Inserção* que vislumbramos ser digna, aos serviços. Com vistas aos princípios do SUS e da Atenção Básica, como a longitudinalidade (continuidade do atendimento, a partir das necessidades dos (as) usuários (as)), pautada essencialmente no trabalho vivo em ato e em suas tecnologias. Enquanto pertencimento aos processos, tanto pelos (as) usuários (as), quanto por profissionais. Quando a inserção não se constitui desta forma, podemos entender que ocorreu uma forma de “*inserção ou reinserção marginalizada*” (MARTINS, 1997) ou não integral aos serviços de saúde.

Amparadas nesta perspectiva da categoria **inserção**, realizamos três entrevistas com profissionais da Atenção Básica de Saúde de Viamão, sendo um(a) gestor(a) e dois profissionais que atendem agricultores (as) familiares nos seus territórios de moradia e trabalho. Sendo que um atende agricultores (as) familiares assentados (as) e quilombolas e o outro, parte dos (as) não assentados (as) do município e população em geral, do seu território de trabalho.

Neste contexto, esclarecemos que, segundo dados acessados pelo portal da prefeitura municipal e de acordo com o censo demográfico do IBGE (2014) o município possuía cerca de 239.384 habitantes, neste período e atualmente, cerca de 251.000 habitantes. Sendo que no ano de 2014, cerca de 45% da população foi atendida pela Atenção Básica em Saúde. Também a partir de dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do município: 25 mil usuários atendidos na Atenção Básica são procedentes da área rural, 280 profissionais faziam naquele momento, parte da Atenção Básica, dentre estes (as) dois/duas profissionais compõem o colegiado gestor e cerca de 20 destes (as) profissionais trabalham ou trabalhavam na área rural.

Após a explanação sobre dados da Atenção Básica do município, informamos que as perguntas realizadas visam responder ao objetivo: Conhecer e analisar o processo de inserção da população do campo na Atenção Básica de Saúde, da região rural de Viamão. Na análise das respostas dos (as) profissionais emergem categorias para além das do método, transversais na pesquisa como: totalidade, contradição e historicidade, trabalho e mediação e as centrais da pesquisa: população do campo (representada neste trabalho pelos (as) agricultores (as)

familiares), território, Atenção Básica e PNSIPCFA. Além destas, emergem subcategorias conectadas às centrais da pesquisa e do método que são: Acesso e acessibilidade, através da inserção, equipe, agravos em saúde, interdisciplinariedade, intersetorialidade, conceito ampliado em saúde, atenção em saúde e participação social.

Ao perguntar aos profissionais sobre quais as comunidades atendiam, todos (as) mencionaram populações específicas da PNSIPCFA, como populações do campo: assentados e quilombolas e da floresta: indígenas, a partir dos atendimentos/acompanhamentos nos seus territórios de vida e trabalho, ou seja, cada profissional atende determinados territórios e não todas estas populações ao mesmo tempo: “As comunidades mais afastadas tu diz! Na área rural atende os quilombolas, os assentamentos E, F, G e H<sup>43</sup>. Também tem a população indígena que é atendida por uma equipe específica do Ministério da Saúde (Margarida<sup>44</sup>).”

A PNSIPCFA não especifica quem deva atender as populações indígenas, e no município, quem atende é a SESAI<sup>45</sup> e não a prefeitura. Salientamos que Margarida não contemplou na fala, os (as) pescadores (as) (população das águas) do município. Indaga-se se estas populações não estão sendo consideradas como populações específicas? Todavia, incitamos que há especificidades no seu modo de vida, o que exige um levantamento de suas necessidades singulares, como às demais populações previstas na política. Ratificamos esta questão, embasados na portaria 2.311 de 23 de outubro de 2014, sobre a inclusão das populações das águas na Política Nacional: “Art. 1º: A ementa da Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, passa a vigorar com a seguinte redação: “Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA).”

O Ministério da Saúde, a partir da reivindicação dos movimentos sociais, principalmente dos que envolvem a população das águas, passou a reconhecer e legitimar estas populações já contempladas na política, porém, ainda não reconhecidas no nome desta, o

<sup>43</sup> O assentamento é dividido em setores e usamos letras fictícias de identificação.

<sup>44</sup> As mulheres, tanto profissionais da Atenção Básica quanto agricultoras, serão chamadas por nomes de flores em homenagem à Margarida Alves : Símbolo de luta das mulheres do campo que foi uma trabalhadora rural e presidente do Sindicato de Trabalhadores Rurais do município de Alagoa Grande /PB. Foi assassinada e após sua morte, tornou-se símbolo das mulheres trabalhadoras rurais, que deram seu nome ao evento denominado a “Marcha das Margaridas”, um mobilização nacional que reúne em Brasília, milhares de mulheres trabalhadoras rurais no dia 12 de agosto. (BRASIL, 2015). Além desta homenagem à Margarida, utilizamos o nome científico da Flora Riograndense ameaça de extinção. Estes nomes da flora indica um importante vínculo com a feminilidade, a relação com a terra e identidade territorial, a qual nos propomos trabalhar, pois a flora representa além da beleza e sensibilidade feminina a força e a resistência da mulher na luta pela terra.

<sup>45</sup> A **Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai)** é a área do Ministério da Saúde responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Criada em outubro de 2010, a Sesai surgiu a partir da necessidade de reformulação da gestão da saúde indígena no país, demanda reivindicada pelos próprios indígenas durante as Conferências Nacionais de Saúde Indígena. (BRASIL. Conheça a Secretaria Sesai, 2016).

que passou a modificar-se com a citada portaria. Salientamos ainda, que Margarida referiu haver quatro assentamentos, todavia há um com quatro setores.

Contemplando a mesma questão referente à população que atende, Antônio Conselheiro<sup>46</sup> refere:

A gente atende a zona rural de Viamão, no foco: os assentados, do programa sem-terras, que eles recebem vários lotes de terra pra trabalhar em cima e a gente trabalha também com os quilombolas que é um descendentes de negros. A gente trabalha nessas duas áreas, meu programa é assentamentos e quilombolas.

Antônio ao referir a área (território) em que atua no município, contemplando os assentados e os caracterizando como pertencentes a um programa: sem-terras, pode estar reduzindo o movimento social a um programa. E referindo-se aos quilombolas como descendentes de negros, demonstra sua recente aproximação com estas populações, pois os (as) sem-terras, neste caso, atualmente assentados, são parte de um movimento social de trabalhadores rurais (MST) que “é um movimento formado basicamente por trabalhadores rurais, camponeses, assalariados, e trabalhadores da cidade que lutam por uma reforma agrária clássica que é a distribuição dos latifúndios improdutivos” (MST, 2009).

E a população quilombola refere-se a grupos de negros que mantêm sua cultura afro, através de experiências vividas em sua trajetória histórica, enquanto escravos que fugiam de seus “donos” para o mato e formavam seus **quilombos**<sup>47</sup>. Mantinham-se em grupos na manutenção dos vínculos que se davam pelas condições de vida e pela sobrevivência. A partir da organização em quilombos, mantinham sua cultura, seu modo de vida e subsistiam. Estes vínculos possibilitavam a constituição de famílias em um determinado território, os quais atualmente são reconhecidos no Brasil:

As comunidades quilombolas são grupos sociais cuja identidade étnica os distingue do restante da sociedade: A associação Brasileira de Antropologia define as comunidades quilombolas como “grupos que desenvolveram práticas de resistência na manutenção e reprodução de seus modos de vida característicos em um determinado lugar”. São comunidades que se constituíram a partir de uma grande diversidade de processos, tanto durante a vigência do sistema escravocrata, que por mais de 300 anos subjugou negros trazidos da África para o Brasil, quanto após sua abolição no século XIX, enfrentando as desigualdades que se arrastam até o presente século. (BRASIL. Programa Brasil Quilombola, 2004).

A população quilombola representa a resistência da população negra, que sofreu e ainda sofre, ao longo da história, com os processos excludentes que resultam na perversa

---

<sup>46</sup> Assim como as mulheres são indicadas com nomes da flora em homenagem à Margarida e à flora Riograndense: sua relação mulher e terra, para preservar sua identidade. Os homens: profissionais e agricultores serão chamados com nomes de lideranças masculinas, de movimentos sociais, principalmente, do campo. Antônio Conselheiro foi líder da revolta de Canudos.

<sup>47</sup> Restava a eles a permanente vigia pela liberdade, assim habitavam locais ermos, distantes das cidades e próximos a recursos hídricos, para que pudessem plantar e colher seu próprio alimento. Surgindo desta forma os primeiros Quilombos. Com origem na língua Quimbanda, a palavra quilombo traduz-se como acampamento ou refúgio militar no meio da mata, registrado oficialmente no século XVI (SANTOS, 2015, p. 25).

desigualdade social, que a “acorrenta” até a atualidade. Apresentando-se com uma dívida social impagável, mesmo que se busque garantir a equidade social para esta população. O Brasil foi “o país que mais importou escravizados e aquele que por último aboliu legalmente a escravidão. Cerca de 40% dos africanos escravizados tiveram como destino o Brasil.” (PROGRAMA BRASIL QUILOMBOLA, 2004). O histórico e persistente processo de submissão a que sofreram não há conquista que repare. Porém há muito a se conquistar no que tange a seus direitos, apesar dos avanços conquistados.

Antônio Conselheiro, por provavelmente, trabalhar somente com estes territórios, não contemplou os (as) indígenas e pescadores (as) que pertencem ao município. Sujeitos assim como a população negra, pertencentes a populações e movimentos sociais essenciais na formação sócio-histórica brasileira e que ao longo de séculos sofrem e resistem à exploração desta terra e violações de direitos. Portanto, para se trabalhar e reconhecer o modo de organização e de vida destas populações há a necessidade de adensar teórica e empiricamente sobre sua realidade, ao fazer a relação com a historicidade, categoria do método, essencial na compreender sua constituição identitária na atualidade. Estas populações formam a identidade brasileira e ainda são invisibilizadas e estigmatizadas, o que parece interessante para o sistema capitalista.

Retomando a fala dos (as) profissionais, ao ser feita a pergunta sobre as populações que atende, Cícero refere o nome do bairro, aqui não identificado, para não identificar o profissional. Esta resposta pode parecer pragmática, todavia ela representa no decorrer da entrevista, o quanto o profissional busca universalizar o atendimento à população. Pois teve uma formação para a saúde pública, em um país que se organiza em um outro sistema, ou modo de produção, que não é o capitalista. Portanto, infere-se que ao referir o território na sua fala, representa a diversidade e universalidade com a qual concretamente trabalha, enquanto princípio intrínseco às suas intervenções, demonstrada na sua fala:

Em ... (país de origem) temos experiências, "missiones" em 04 países. Lá estudamos 06 anos medicina geral, sendo 1 ano na área rural. 04 e 05 anos medicina geral integral, se quiser outra especialidade é mais 04 anos, mais ou menos. Se precisar na área rural vamos, onde precisar..." (Cícero).

Interpretamos a partir desta fala, o quanto sua formação para a saúde pública visa a universalização, através do atendimento das necessidades humanas da população, sendo estas passíveis de generalização e universalização. Potyara Pereira ratifica e refere sobre as consideráveis polarizações a respeito das necessidades humanas básicas:

Contudo, não obstante a diversidade dessas abordagens, é possível observar que elas têm se encaminhado para uma polarização que aglutina, majoritariamente de um lado, as que identificam necessidades básicas com estados subjetivos e relativos de

carecimentos e, minoritariamente de outro, as que encaram essas necessidades como um fenômeno objetivo, passível de generalização, com as quais nos identificamos (PEREIRA, 2006, p. 39).

Inferimos que o profissional parte do princípio de que as necessidades humanas básicas da população são comuns e as acolhe como e onde o necessitarem. Disponibilizando-se para deslocar-se a qualquer lugar. Todavia, o fato dele não indicar as especificidades da população que atende, pode remeter dialeticamente, na inferência de que isto se deva também ao fato de ter trabalhado com uma importante diversidade e pelas populações serem tão diversas, suas necessidades humanas comuns e a diferença ser tão presente em sua trajetória, o profissional estar homogeneizando (naturalizando) suas especificidades, neste trabalho endossadas a partir de seu modo de vida.

Não se pretende seguir o pólo que considera as necessidades humanas básicas unicamente explicadas por processos individuais o que indica Pereira, mas sim considerar que o modo de vida dos sujeitos incide, e é produto da sua relação com os outros humanos (sociais) e com a natureza. O que remete às singularidades desta relação, seja elas culturais, étnicas, religiosas, dentre “outras formas peculiares de os sujeitos situarem-se no social” (FERNANDES, 2012, p. 50). E que não deixam de serem necessidades que exigem uma atenção com vistas ao princípio da equidade, o que ocorre com os (as) agricultores (as) familiares, que trabalham, produzem e se reproduzem, através do trabalho na terra. “As políticas públicas nem sempre estão atentas a essa diversidade e tratam de todas as questões de uma forma homogênea” (FERNANDES, 2012, p. 50), exigindo uma atenção das políticas sociais e públicas para sua realidade social, não unicamente individual, mas singular e coletivamente, pois são processos vivenciados nas especificidades de cada grupo social, seja de agricultores (as) como as demais populações específicas preconizadas na PNSIPCFA e dentre outras populações.

No que se refere ao profissional entrevistado, ele ainda pode desconhecer as especificidades da população que atende em sua amplitude, também pelo fato de não ter condições materiais de acessar todo território que trabalha, até o momento da entrevista, ou seja, circular por ele para conhecer e reconhecer melhor os modos de vida, destas populações que acompanha, ou seja, inserir-se e utilizar o território a que trabalha, pois “devemos levar em conta a interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade, que inclui a natureza, e o seu uso, que inclui a ação humana, isto é, o trabalho e a política” (SANTOS; SILVEIRA, 2006, p. 247), para isto, o território em uso, movimentando-o “defrontamo-nos com o território vivo, vivendo” (SANTOS; SILVEIRA, 2006, p. 247).

Tem-se portanto, 3 questões a serem inferidas, o fato deste profissional ter uma formação para a saúde pública que contempla uma importante diversidade territorial e populacional, o que é muito positivo, pois passa a estar disponível e qualificado para as diversas situações que exigirem sua atuação, universalizando as necessidades. Assim como esta diversidade estar sendo homogeneizada em sua fala, ao passo que pode-se vender as especificidades das populações, dificultando o reconhecimento de suas necessidades singulares. E/ ou, isto ocorrer também pelo fato de não ter as condições materiais de acesso pelo território, o que de forma objetiva dificulta o conhecimento e reconhecimento das especificidades da população a qual atende, neste momento dando ênfase aos (as) agricultores (as) familiares.

Ainda que todos (as) trabalhem com agricultores e agricultoras familiares, nenhum fez menção nesta questão a este termo (agricultor (a)), por ora, os (as) generalizando, ora somente os referenciando na pronúncia "assentados e quilombolas". Os (as) demais agricultores (as) que não são parte destas populações, não foram mencionados (as), inferindo-se a necessidade de melhor reconhecer esta população como população específica. Assim como também não houve referência aos (as) pescadores (as), como populações específicas, que vivem das águas, remetendo a uma generalização destes (as) aos demais. O que se infere que há uma necessidade de conhecer e reconhecer com mais profundidade sua identidade.

Salientamos que o fato dos (as) demais profissionais entrevistados (as) não atenderem pescadores (as), explica em parte, não os (as) mencionarem. Importante apontar neste aspecto, que estes (as) atuam em territórios adscritos e como o município possui ampla extensão territorial, resulta em que os mesmos profissionais não atendam todas as populações contempladas na PNSIPCFA e que o habitam. O que não quer dizer que elas não sejam atendidas por outros(as) profissionais da Atenção Básica.

O que indicamos é que não há um (a) profissional, de acordo com as informações da Secretaria Municipal de Saúde, até o momento da entrevista, que atendesse ao mesmo tempo, todas as populações contempladas na PNSIPCFA e existentes no município. O que demonstra a necessária integração, para uma identificação e atenção para estas populações, em suas especificidades, na perspectiva da PNSIPCFA, através da formação de vínculos entre profissionais e as diversas populações, integradamente. Vínculo que nas palavras de Gastão Wagner é um “vocábulo de origem latina”, “algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa” (WAGNER, 2003, p. 68), que depende das formas de aproximação

destes (as) e tem como condição básica a capacidade da equipe “responsabilizar-se pela atenção integral à saúde dos que vivem em um dado território” (WAGNER, 2003, p. 71).

O vínculo como a educação permanente, são estratégias para este processo, pois é necessário compreender que a educação permanente implica “conhecer e compreender a subjetividade e complexidade”, para que se possa desenvolver as ações. “Neste sentido, o fazer cotidiano relacionado ao trabalho se constitui como espaço permanente de aprendizagem, o que, por sua vez, ressignifica-o quando se instituem os processos de educação permanente” (VIAL et al., 2009, p. 9). Com isto, ao se questionar sobre a aproximação dos (as) profissionais e serviços com a população do campo, os (as) profissionais referem:

O que eu percebo é que na verdade vem se trabalhado muito para se aumentar esse acesso, porque na verdade até há 2 anos atrás essas comunidades [...] (assentamento, quilombos e indígenas), eles tinham 1 ônibus [...]. Em 3 meses num 1 turno, então, percebo que tem melhorado muito com a equipe itinerante da saúde da família que vai 1 vez por semana nesses locais e agora com a equipe bem estruturada da saúde indígena, então, acho que aumentou bastante o acesso (Margarida).

A profissional relata períodos de difícil inserção dos (as) profissionais aos territórios de trabalho, e com isto, dos (as) usuários (as) aos serviços, que perdurou até 2 anos atrás, no município, a partir de sua fala. Refere que atualmente o acesso melhorou com a nova conjuntura de organização das equipes de saúde: itinerante e indígena. Portanto, neste contexto, a atenção em saúde avançou, pois a aproximação está sendo construída mais recentemente, com uma maior assiduidade na frequência das idas ao território de existências destas populações. Sendo que nestes “territórios vivos” devemos considerar os fixos que geralmente são “constituintes da ordem pública ou social”, e os “fluxos” formados por elementos “públicos e privados” (SANTOS; SILVEIRA, 2006, p. 247). Neste caso, pelo serviço público que juntamente aos movimentos da população, contribui para o “trabalho vivo” com o “território vivo.”

A profissional ainda menciona sobre a estruturação da equipe que atende os indígenas, pelo Ministério da Saúde, no município, o que demonstra que há uma importante interlocução desta equipe com a Atenção Básica do município. Porém, não detalha as ações e como se dá cotidianamente esta aproximação, informando de uma forma mais generalizada.

Antônio Conselheiro que atende no território relata:

O contato é bem legal, eles entendem que a gente tá lá pra ajudar eles. Então, eles tentam nos passar o máximo de informações possíveis e a equipe tá lá para ajudar eles, funciona bastante. A gente otimiza muito os exames pra eles. Eu trago pra marcar na secretaria. Levo todos carimbos necessários, eles não precisam se deslocar pra nenhum lugar, só vão direto fazer o exame que a Dra pede. Então, o trabalho é meio resumido pela necessidade deles e a distância. Têm locais que a gente tem que ir, é uma hora e meia para chegar, mais ou menos, assim.

Refere um vínculo importante se constituindo com as populações, pelo diálogo, através das tecnologias<sup>48</sup> leves “é neste encontro do trabalho vivo em ato com o usuário final, que se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde” (MEHRY, 2007, p. 122). São elas “tecnologias articuladas à produção dos processos interseçores, as das relações, que se configuram, através das práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, entre outras” (MEHRY, 2007, p. 122). E, portanto, na troca de informações que são essenciais na atenção em saúde, na prevenção, promoção e contribuindo para identificar quando é necessário acessar as tecnologias leve-duras e duras<sup>49</sup> como a otimização para a realização de exames que realizam, evitando que os usuários fiquem se deslocando constantemente, em função da distância.

Antônio Conselheiro refere a importante troca de informações, aproximando e facilitando a inserção desta população a estes serviços. Porém, nesta fala remete à pontualidade nas ações resumidas pela “necessidade e distância” as quais exemplificou com “exames e carimbos” e ainda na centralidade “biomédica”. Interpretamos que isto ocorra principalmente, pelas difíceis condições de inserção que se tinha anteriormente, agravando a situação de saúde da população e pela lógica ainda medico-centrada que permeia historicamente as práticas em saúde. E ao retomar este acesso com acessibilidade, em primeira instância, recorre-se comumente, às tecnologias duras e leve-duras:

Historicamente a formação do modelo assistencial para a saúde, esteve centrado nas tecnologias duras e leve-duras, visto que, aquele se deu a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde. No plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, onde o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras e leve-duras. (MEHRY, FRANCO, 2003, p.5).

Conforme mencionado, a centralidade médica ainda permeia em muitos setores da saúde e nas falas aparece, pois ainda “permanece a disputa entre distintos paradigmas e modos de organizar a atenção no interior do SUS” (WAGNER, 2003, p. 109). Todavia, no transcorrer das entrevistas atentamos para os movimentos de gradativa superação desta lógica. Este profissional ainda relata que os (as) usuários (as) entendem que os (as) profissionais

---

<sup>48</sup> Sobre tecnologias o autor Mehry aborda a sua relação do humano com o produto do trabalho vivo, também fundamentado em Marx, pois com seu “saber tecnológico” junto ao fato de projetar, a exemplo do artesão e a cadeira em seus atos “vivos”, exige-se dele, “um saber fazer-saber tecnológico”, para juntar os três componentes do processo de trabalho: trabalho, matéria-prima e as ferramentas ou instrumentos de trabalho, que se transformam em um produto específico, fundamentando a ação teleológica e ontológica do saber tecnológico e sua relação com o trabalho vivo em ato, que é remetido ao trabalho em saúde. “Podemos também buscar compreender como o homem que é trabalho vivo em potência, em virtualidade, vai sendo “desenhado” para construir uma nova “ação tecnológica [...] Portanto, “a ideia de tecnologia está muito vinculada não só a de equipamento tecnológico, mas também a de um certo *saber fazer*, e um *ir fazendo*, que dão sentidos ao que será ou não “a razão instrumental do equipamento”(MEHRY, 2007, p. 82-84).

estão os (as) ajudando. A ajuda pode se caracterizar pela atenção à saúde baseada na população:

A atenção à saúde baseada na população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, sob sua responsabilidade, segundo os riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências (TUFTS MANAGED CARE INSTITUTE, 2000 citado por MENDES, 2011, p. 252).

Porém, ainda pode remeter a uma "apreensão do termo desvinculado do direito". Apesar de no decorrer na entrevista, não apresentar enquanto sua concepção, pois o profissional se apresenta de forma a compreender as ações enquanto direito. Sendo que o “direito à saúde tem sua garantia claramente vinculada às políticas sociais e econômicas, as diretrizes do sistema expressamente formuladas, envolvendo a participação da comunidade, e suas atribuições enumeradas no próprio texto constitucional” (DALLARI, 2009, p. 9).

Sobre a aproximação com a população que atende, Cícero refere que atualmente é boa, porém, que através do carro e da equipe completa, salientando a contratação dos (as) ACS<sup>50</sup>, terão mais condições para circular pelo território e assim, trabalhar com as comunidades com mais qualidade. Há uma grande expectativa na contratação destes (as) profissionais que circularão pelo território, além de a ele pertencer. O que também é um grande desafio a ser trabalhado na constituição do vínculo para além do pessoal, para o profissional.

De forma geral, todos (as) referem um importante avanço na aproximação com os usuários e portanto, na formação e fortalecimento de vínculos com as populações atendidas, que se dá devido à conquista de se completar as equipes, inclusive com os (as) ACS, a equipe itinerante, a indígena (SESAI) e as demais equipes que estão se estruturando. O que resulta como produto, a melhoria da atenção em saúde. E mais que isso, é a garantia de direito a uma inserção de qualidade aos serviços da Atenção Básica do município. Porém ainda, as ações mencionadas são mais focadas para o tratamento-recuperação em saúde, como a “otimização de exames”, mas não menos importantes.

O que é compreensível pelo fato de que a estruturação das equipes é recente e com a falta de condições de trabalho que se teve, agravou-se as situações de saúde, as quais estão buscando superar, para se poder trabalhar a promoção e a prevenção. Portanto, referem que a a inserção, vem melhorando gradativamente. Processo em construção que ainda tem a

<sup>49</sup> Tecnologias leve-duras “(como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia...)” dentre outras. E “dura (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais)” (MEHRY, 2007, p. 121).

<sup>50</sup> O Agente Comunitário de Saúde tem como uma de suas atribuições: desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade [...]. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAB, 2012, p. 49).

necessidade de avançar, inclusive com a obtenção de automóvel para um dos casos mencionados, para contribuir no conhecimento e reconhecimento deste território, das necessidades e especificidades das comunidades.

Sobre como organizam os processos de trabalho para atender a população no serviço e território, a frequência, se contempla as necessidades em saúde desta população e como. Os (as) profissionais referem:

Os Primeiros movimentos que a equipe itinerante fez foi tentar fazer um mapeamento, pelo menos, nem que fosse mais por cima assim, do diagnóstico dos locais onde eles estão indo, porque até então, não se contava com agentes de saúde (ACS), agora eles estão entrando. Então, com a entrada do Agente de Saúde, as informações vão ser mais precisas (Margarida).

O que possibilita a criação das redes de atenção à saúde que respondam as necessidades destas populações:

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010, p. 4).

Para que se constituam estas redes, há de se conhecer e reconhecer estas populações e seus territórios de vida, acompanhando-as através do contato frequente. Diagnosticar e atuar a partir deste diagnóstico construído coletivamente, considerando as condições de saúde desta população. Referente à atenção em saúde salientamos a necessidade de construir com a população, um diagnóstico de saúde que possa direcionar o trabalho, a partir das condições em saúde desta e não somente realizar intervenções a partir da demanda do usuário, constituindo um diagnóstico baseado na necessidade. Possibilitando formar os sistemas de atenção à saúde:

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. Assim, ao se discutir uma proposta de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), deve-se começar por analisar que necessidades de saúde se expressam na população brasileira. A situação de saúde dos brasileiros é analisada nos seus aspectos demográficos e epidemiológicos (MENDES, 2010, p. 1).

Consideramos que para se constituir sistemas de atenção à saúde há de se constituir um diagnóstico de saúde das populações a serem contempladas, tendo em vista seus aspectos demográficos e epidemiológicos, para que efetive um trabalho pautado em suas necessidades, para além do foco em suas demandas curativas e pragmáticas. Para isto, a necessidade de aproximação dos (as) profissionais com a população usuária, o que contribui na formação de Linhas de Cuidado, enquanto fruto de um “pacto entre todos atores que controlam serviços e recursos assistenciais”, para constituir os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário,

atendendo às suas necessidades de saúde (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2007, p. 130). Correspondendo ao desenho do itinerário que o usuário faz no interior de uma rede de saúde incluindo a rede intersetorial, público, privado e a comunidade.

Margarida e Antônio Conselheiro explicam como acontece a organização e frequência das visitas ao assentamento com a Unidade Móvel, que se dá através de um cronograma de visitas, cada comunidade possui uma “referência que é o organizador desses dias [...] a equipe se organiza [...]. Carrega a unidade móvel vai até o local e atende livre demanda e algumas coisas que já estão pré-agendadas por esses líderes locais” (MARGARIDA). Indicam que a equipe vai ao assentamento uma vez por semana e pelo quantitativo e frequência das idas, se tem conseguido trabalhar com a prevenção e promoção em saúde, que não se conseguia antes. Demonstram a importância de se ter a Unidade Móvel para atender estas populações, permitindo sua proximidade, com a participação da própria comunidade e da contratação de ACS para colaborar no mapeamento e diagnóstico territorial em saúde, resultando na construção do planejamento das ações, conjuntamente. Abordam de forma concreta os avanços e consonância do trabalho com o SUS e PNSIPCFA. Antônio Conselheiro refere que cerca de 20 pessoas, os aguardam quando vão ao assentamento, conforme a escala.

Realizam um acolhimento para avaliar a necessidade do “paciente”. Descreve o planejamento, os instrumentos e os processos de trabalho realizados cotidianamente nos territórios, os quais prestam atenção à saúde às populações, Iniciando pelo acolhimento, onde são realizadas intervenções comuns à UBS como a avaliação dos sinais vitais e a avaliação das necessidades de cada usuário para direcionar as intervenções. Neste ponto mostra a gradual superação da lógica centrada no (a) profissional da medicina<sup>51</sup>. Principalmente ao referir o acolhimento, a escuta e o diálogo (tecnologias leves), como ponto inicial do trabalho.

Sobre o acolhimento, podemos afirmar que existem muitas definições e que a partir do Caderno nº 28 da Atenção Básica: “revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo”. Entretanto, o essencial é ter ciência “da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades”. Portanto, entendemos que o “acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Caderno AB, n. 28, 2013, p.19). O mais importante neste contexto é problematizar como se

---

<sup>51</sup> O modelo médico-hegemônico é o que se desenvolveu com base no Relatório Flexner que analisou o ensino médico nos E.U.A. em 1910, produzindo ampla reforma na formação médica, voltando-a para o campo de pesquisa biológica e a especialização sobre o corpo. A clínica flexneriana tornou-se hegemônica, influenciando a modelagem dos serviços de

dá este acolhimento, categoria emergente na discussão, assim como o vínculo, por ele possibilitado, pois é no acolhimento, que se irá direcionar a intervenção profissional, a partir da necessidade apresentada na escuta do(a) paciente-usuário(a). Dando continuidade à questão, Cícero responde:

Acolhimento. Pode vir de Porto Alegre, Alvorada, se tem febre, dor, sintoma que precise. O técnico, médico, enfermeira acolhe e depois referencia ao posto de saúde de referência. Para fazer registro no território é feito acolhimento, abertura de prontuário, indica tratamento e continua seguindo no posto a que pertence. Começando com os agentes, ainda não tem cadastrado a totalidade da população. Começou em março. Vai ser muito melhor didaticamente, muito melhor. A população interagindo com o posto, ainda são 4 (ACS), mas a estratégia pode mudar. Atividades: Fico no posto: Consulta agendada, Acolhimento, Visita Domiciliar, Trabalho 40 horas e realizo poucas vds, terá carro para vd.

Resume os processos de trabalho, através do acolhimento, pois é com esta ferramenta que identifica as necessidades da população usuária e direciona as ações de atenção em saúde. E da forma que é descrito os processos de trabalho, remete à inferência de que o acolhimento respeita o princípio da universalidade, acolhendo usuários (as) de todos territórios e os (as) direcionando para os serviços de seus territórios de moradia, após realizar as primeiras ações de cuidado. Contribui também, com a interação não somente da população da região, como as de áreas próximas, as acolhendo, dando a atenção inicial de acordo com suas necessidades e as direcionando para o acompanhamento em seu território, de forma humanizada. A “proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAB, 2012, p. 21) apresentando-se com parte de seus fundamentos.

Ressaltamos em todas as falas, os significativos avanços que o acolhimento proporciona para a busca do trabalho de qualidade e universal. Acolhendo quem chega independentemente do território de moradia. Com isto, realizam o trabalho humanizado:

As conversas com os usuários e, sobretudo, as experiências de acolhimento vividas por eles podem facilitar a construção de vínculos com os trabalhadores, bem como ampliar a capacidade de autocuidado, na medida em que se veem capazes de reconhecer sua situação (fatores e sinais de risco e de proteção) e seguros quanto à possibilidade de serem acolhidos na unidade de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Caderno AB, n. 28, 2013, p. 47).

Desta forma, sobre como se dá cotidianamente a inserção: acesso, acessibilidade e inclusão desta população no atendimento e como usuários (as) do campo chegam nos serviços da Atenção Básica, os (as) profissionais relatam:

---

saúde, que passaram a operar por processos de trabalho centrados no saber e na pessoa do médico (NOGUEIRA, 1994; FRANCO, 1999 citados por FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2007, p. 128).

Tem espaços que são fixos. O que a equipe nos passa é isso assim: tem locais que eles têm atendido que tem uma estrutura um pouco melhor, que são locais fixos, tem locais que tem mais dificuldades e o usuário pra chegar usa diversos meios de transporte, cavalo carro bicicleta à pé, os meios são esses assim, mas a equipe tem se estruturado para atender no local que facilite o máximo possível para aquela comunidade.[...] acho que só o fato de ter se implantado o acolhimento nas UBS isso por si só já abriu um leque que não se tinha antes. O agricultor que morava lá na C. e tinha que vir agendar uma consulta porque ele via por exemplo que, “Bah! Agora não tem mais jeito eu preciso ir no médico!” E não se tinha nem o acolhimento antes, o cara tinha que vir dormir na fila e certamente pra ele tomar a decisão de vir no médico é porque a coisa já tava num estágio. Então ele vir dormir na fila pra ver se ia conseguir uma consulta pra daqui há 15 dias, 1 mês. Então hoje o fato de se ter um acolhimento de se conseguir um pronto atendimento, que não se conseguia antes e de se pensar em planejar um atendimento em saúde mais programado, acho que isso já foi um salto de qualidade bem grande, acho que é isso, que o acolhimento contribui bastante para o acesso deles também (Margarida).

Nesta perspectiva, o acesso assume um significado mais amplo, no atendimento em saúde. Exemplifica referindo os desafios que o(a) agricultor(a) familiar atravessava para acessar em condições limites, um serviço de saúde muitas vezes fora de seu território. Aponta elementos importantes que reiteram os avanços na atenção em saúde para a área rural, mencionando o (a) agricultor (a) familiar, que com o acolhimento oferecido a toda população do município, este também terá a possibilidade de ser atendido em suas demandas com mais brevidade e resolutividade. Possibilitando desta forma, a formação de vínculo “na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAB, 2012, p. 21). Referencia sobre a ética que envolve a escuta e exige intervenções referentes às suas necessidades e demandas, o quanto o acolhimento contribui para a gradativa superação da lógica fatalista e pragmática dos atendimentos, assim como a estruturação das equipes, inclusive com o projeto dos mais médicos, contratação de ACS e ampliação das equipes, contribuindo também, com na descentralização do poder biomédico e a potencialização da interdisciplinariedade e articulação de rede. Com o acolhimento nas Unidades de Saúde facilitou o acesso do usuário (a) aos serviços, um avanço significativo a partir das tecnologias leves:

O acolhimento foi implantado justamente pra que, com essas possibilidades que são abertas, eu consiga trabalhar. Porque como tu não ouviu o usuário, tu não sabia o que ele trazia de demanda. Então, no momento que se implanta acolhimento e tu estabelece que todo mundo que chega na unidade vai ser ouvido, eu preciso fazer alguma coisa com essa informação, com essa escuta. Então, quando a gente fala de melhoria de acesso, também é nesse sentido assim (Margarida).

Para Merhy e Franco, o trabalho em saúde corresponde a um processo relacional, produzido através “do trabalho vivo em ato”, ou seja, a partir do encontro entre pessoas estabelecendo-se acolhimento, vínculo e responsabilização (MEHRY ; FRANCO, 2003). Esta forma relacional de trabalhar a gestão do cuidado possibilita aos usuários (as) dos serviços

expressarem suas necessidades, angústias, sofrimentos, mas ao mesmo tempo, a criação de vínculos, afetos e afetações que exprimem o compromisso profissional de fazer algo, intervir sobre a informação obtida. Desta forma, Margarida refere que se avançou no acompanhamento:

As pessoas não iam até a unidade porque sabiam que não adiantava. Porque em via de regra, tu vai procurar atendimento médico, ponto. É isso que as pessoas querem. Então, nesses dois anos de trabalho, de implantação, de amadurecimento de acolhimento, que a gente percebe é que os profissionais agora eles tiveram que conhecer de rede, pra saber quais as alternativas que existem e que podem ser usadas e que não eram usadas, até então. Então, o fato de tá tendo que fazer ponte, de ligar pra uma unidade saber:” Se bom, eu não tenho como te atender aqui, mas eu vou fazer a ponte na outra unidade...”. “Não, esse caso não é pra unidade básica já é um caso pra pronto atendimento ou pra hospital” (Margarida).

Isto foi também possibilitado pelo acolhimento, que exige uma escuta mais aprofundada da realidade do usuário, implicando os (as) profissionais no compromisso ético em fazer algo com as informações por eles trazidas. Exigindo inclusive, uma maior articulação de rede para o atendimento:

[...] Tá tentando pontes, assim. Isso o acolhimento possibilitou, porque os profissionais não precisavam pensar em alternativas. Tu simplesmente não tinha. “Eu quero atendimento médico!”: Não tem. “Mas será que tu precisa do atendimento médico?” “É só esse profissional que vai resolver tua demanda? Tua necessidade?” Daí foi se descobrindo: “Opa! Eu tenho como ajudar de outra forma, se não for caso de uma necessidade médica, e eu tenho condições técnicas de avaliar se é ou não uma demanda médica.” Então acho que nesse sentido o acolhimento foi muito positivo (Margarida).

Os (as) profissionais pelo relato, têm se sentido mais capacitados (as) e autônomos (as), em atender sem depender necessariamente, do (a) médico (a) quando a demanda não o (a) compete. O que expressa a essencialidade de investir em tecnologias leves-relacionais, o que vem gradualmente contribuindo também, com a superação da visão biomédica, biologicista, pragmática e suas formas de captura (MEHRY, 2007). Através do acolhimento, o (a) profissional passa a reconhecer que há outras possibilidades de cuidado e que ele (a) pode intervir.

Mediante estas condições, Margarida indicou que se possibilitou a implantação do teleagendamento<sup>52</sup>, que propicia a organização da demanda e do serviço, como a qualificação do acolhimento e do trabalho, a partir também do planejamento das ações graduais que implicaram no amadurecimento do trabalho e desta forma, dos avanços para a promoção e prevenção em saúde, pois o que era possível, quando possível era tratar os agravos em saúde devido à falta de acesso de agricultores (as) e residentes mais distantes da rede de saúde.

<sup>52</sup> Agendamento de consultas por telefone, através de uma central telefônica para casos não emergenciais, pois os emergenciais são atendidos via acolhimento, a partir da fala da profissional .

Abriu-se possibilidades para que o teleatendimento seja mais um instrumento facilitador da inserção da população na Atenção Básica:

E a gente está pra instalar pra junho o Teleatendimento, que não seria possível fazer se a gente não tivesse trabalhado com tanto afinco o acolhimento [...]. As consultas serão agendadas via telefone. A unidade básica vai atender via acolhimento, a parte mais urgente mesmo, que não pode esperar e que é da competência da unidade. Se nós não tivéssemos trabalhado com acolhimento, hoje os nossos profissionais não estariam capacitados e maduros, para saber o que fazer quando chega uma demanda dessa. Então hoje, com o tele, o enfermeiro vai ter tempo de poder fazer as atividades de promoção, de prevenção, que segundo ele, só pelo acolhimento não dava, porque ele passava muito tempo envolvido no acolhimento. As consultas eletivas só poderão ser marcadas por telefone. O que eu posso esperar vai ser via telefônico, o que não posso esperar a unidade vai ter que resolver. O acolhimento vai ser um pouco mais afinado (Margarida).

Isto demonstra que o acolhimento contribuiu com a implantação do teleatendimento e este contribuirá com o próprio acolhimento, que será mais “afinado”, possibilitando a formação de vínculos. Interconexões imprescindíveis e processuais, pois a partir de (MENDES, 2015) “a proposta de construção social da Atenção Primária em Saúde está referida por um modelo de gestão da saúde da população.” Este modelo possibilita mover um sistema estruturado por sujeitos que buscam atenção em um sistema que se responsabilize por uma população determinada e a ele vinculada. Para isto, deve “conhecer essa população, captar suas necessidades reais e discriminá-la segundo critérios de riscos e acesso” (MENDES, 2015, p. 17).

Porém, ainda emergem indagações sobre as situações que poderão surgir e necessitarão de estratégias para serem superadas: Quem reside em áreas com sinais precários de telefonia conseguirá fazer o agendamento por telefone? A demanda de ligações não agravará a situação das dificuldades de agendamento, ampliando a lista de espera? Esperamos que o acolhimento mediado seja uma estratégia que possibilite uma inserção equânime e acessível para quem não poderá agendar por telefone.

Sobre a inserção na Atenção Básica, Antônio Conselheiro refere ser “centralizado”. Os usuários são informados com antecedência as datas, através da escala que é deixada um mês para eles se organizarem. Informa que:

Eles buscam uma melhora de vida pra eles. Porque eles entendem que precisam estar bem de saúde pra poder exercer as funções deles. Eles não podem trabalhar doentes, que muitos deles trabalham. Então, a gente tenta passar pra eles que não adianta eles irem capinar lá, o dia inteiro, no olho do sol com dor nas costas, eles vão aguentar um ou dois, três dias e no quarto vão ir pra cama. Então é melhor eles irem lá consultar, tomar uma medicação, fazer um exame pra ver o que tem, repousar, para depois voltar pro trabalho (Antônio Conselheiro) .

Apesar do profissional referir uma centralização no atendimento, este se dá ao passo que a equipe se planeja com a comunidade para ir a cada setor do assentamento, contribuindo

na sua descentralização. Contudo, aborda o que faz o (a) agricultor (a) buscar o atendimento: os agravos decorrentes do trabalho. Mendes e Wünsch (2011, p.464) fundamentadas em (ANTUNES, 1999) referem que “a centralidade do trabalho nas vidas das pessoas é repleta de antagonismos e contradições”, por propiciar qualidade de vida e satisfação das necessidades básicas, ao passo que pode também “representar o seu anverso”, pela precarização “da organização do trabalho, na lógica do capital que pode determinar a produção de doenças e mortes”. Concretizadas na necessidade de recuperação da saúde, para retornar ao trabalho, porém deve ser mais que isso: prevenir e tratar para se ter qualidade de vida, e, não unicamente para retornar ao trabalho. Até mesmo porque estes agravos são previsíveis e portanto, passíveis de prevenção:

Os acidentes e as doenças relacionados ao trabalho são agravos previsíveis e, portanto, evitáveis. As dores osteomusculares também podem estar associadas a uma sobrecarga do trabalho braçal. O setor agrícola participou com 3,9% do total de acidentes registrados em 2008, segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social. Entre as doenças relacionadas ao trabalho, as mais frequentes são as lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/Dort), as formas de adoecimento mal definidas e o sofrimento mental, que convivem com as doenças profissionais clássicas como a silicose e as intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos (BRASIL, 2013, p. 12).

Cícero relata como principal problema, que incide na inserção da população à Atenção Básica de seu território, o “esquecimento. Aqui tem 1 igreja, 1 posto.” Expressa o esquecimento como o “abandono” por setores públicos e privados, em proporcionar as condições mínimas de sobrevivência e autonomia neste território. Relata que se tem muito trabalho, os horários de transporte são escassos, muito caros e nem ao menos teriam arrumado a avenida até a Unidade de Saúde. “Aqui para transporte é discriminado, com esta parte da população deve ter o mesmo nível de acessibilidade.” Aponta que ao chegar na Unidade de Saúde a população é acolhida, mas que o “seguimento pelo mesmo médico deve ser planejado”. Porém, a falta de transporte se apresenta como uma barreira de acessibilidade que impede o acesso e portanto, a inserção nos serviços de saúde.

Indica o território dos (as) agricultores (as) familiares que mais estiveram presentes no grupo do sindicato, no centro da cidade, como o mais prejudicado nesta questão. Além do transporte, entende que tenham que trabalhar o fato de não ter “farmácia, banco e caixa eletrônico” no território: “não tem os serviços vitais.” Assim como a logística de exames não dar conta da demanda e a existente ser distante. Indica que as potencialidades são muitas, mas na prática não tem acesso à empresa de ônibus que atende o território.

Inferimos que o território mencionado sofre com “processos excludentes ou de inserção marginalizada” nesta questão, a partir da concepção de (MARTINS, 1997) no sentido de não

ser contemplado com as condições mínimas ou vitais, como o profissional menciona, para garantir sua saúde, entendendo-a em seu conceito ampliado. A falta de serviços como reforça: farmácia, banco, caixa eletrônico, para o sistema capitalista, tornam-se vitais, uma vez que a cultura de saúde, ainda perpassa diretamente pela medicação, assim como o acesso a bancos, ao dinheiro, etc. Reitera-se que este processo é excludente baseado na perspectiva trabalhada.

Há interferências históricas conjunturais e até mesmo estruturais que influirão nestes processos complexos de exclusão. Fortalecidos pelo sistema capitalista, que passa a inverter lógica das necessidades e portanto de suas mediações. Onde estes dispositivos mencionados pelo profissional, se tornam vitais, pois o sistema exige este acesso, garantindo as ilusórias condições, inclusive, de saúde. O que em um outro sistema, que não exija garantias principalmente, através do capital, a saúde assim como as condições de acesso a ela, não seriam exatamente ou principalmente, através destes dispositivos. Portanto, a crítica neste momento exposta é ao **sistema capitalista** que impera nesta inversão: A inversão da lógica societal, ao se efetivar, consolidou então, as mediações de segunda ordem, que passa a se constituir como elemento fundante do sistema de metabolismo social do capital. (ANTUNES, 2003, p. 17).

Antunes fundamentado por Mézaros entende que o capital é anterior ao sistema, mas que este potencializa a inversão da lógica das “mediações de primeira ordem, cuja finalidade é a preservação das funções vitais da reprodução individual e societal”, pelas mediações de segunda ordem, “isto é, os meios de produção alienados e suas “personificações” como o dinheiro [...] fetichizando-os”. Onde há a sobreposição “à atividade produtiva essencial dos indivíduos sociais e à mediação primária existente entre eles (ANTUNES, 2003, p. 17)”. Contudo, o profissional passa a ser coerente ao mencionar estas questões, por estar trabalhando em um país em que o sistema é o capitalista e este exige estes dispositivos, inclusive como garantia de acesso que incide na saúde.

A falta de acesso, também passa pelo transporte escasso e caro, vital para estes (as) usuários (as) prejudicados ainda, pelas estradas precárias e serviços distantes ou inexistentes, como os que possibilitam exames. A exemplo da ressonância magnética, que neste momento, inexistente no município. O que reside em apontar a necessidade de trabalhar a intersectorialidade, pois a política de saúde não é a principal responsável pelas estradas e serviços que não pertencem à política, mas pode contribuir para a discussão **intersectorial** na superação das barreiras de acessibilidade que irão refletir na saúde da população, considerando o seu conceito ampliado:

A intersetorialidade, em relação íntima com a interdisciplinariedade, fundamenta, juntamente com a integralidade, os princípios básicos do conceito ampliado de saúde. Cada um desses pilares potencializa, no conjunto de suas possibilidades, o acesso de qualidade às políticas sociais pela população que a elas recorre. (BELLINI et al., 2014, p. 13).

É através da intersetorialidade que se efetiva a articulação entre os setores, das políticas sociais e públicas, ao engendram-se em prol de um objeto e objetivo comum, assim, viabilizando a garantia de direitos. Desta forma, emergem nas falas a inserção dos trabalhadores aos territórios de vida destas comunidades, assim como destas aos serviços, vislumbrando a articulação da política de saúde com a população, uma outra face que possibilita a participação do profissional e da população no processo de cuidado no território e contribui na construção da participação social e da intersetorialidade.

Além disto, este profissional incita a uma reivindicação sobre o transporte coletivo, mas que ainda não teria acesso aos seus responsáveis. Neste contexto, há a necessidade de uma organização coletiva, o que emerge na participação social, para se pensar e reivindicar transporte público de qualidade e acessível:

Uma realidade indiscutível é que a participação é processo existencial concreto se produz na dinâmica da sociedade e se expressa na própria realidade cotidiana dos diversos segmentos da população. Estimular o avançar desse processo implica ter compreensão clara sobre ele e também sobre a própria realidade social na qual se processa. (SOUZA, 1993, p. 79).

A participação por ser processo, movimenta-se e este movimento exige apreender a dinâmica social. A história nos mostra que as conquistas sociais se dão através dos movimentos coletivos que viabilizam a legitimação das necessidades e da garantia de direitos à elas referentes.

No que tange ao cotidiano, os profissionais apresentam como estabelecem a relação com os instrumentos e processos de trabalho, visando a garantia do atendimento de qualidade aos usuários. Margarida refere o teleagendamento como um desafio que contribuirá com a organização, planejamento, monitoramento e avaliação das ações, para que os profissionais possam trabalhar mais a promoção em saúde, pois ficavam muito tempo no acolhimento. Todavia há o desafio e a necessidade de se ter a sensibilidade de trabalhar barreiras ambientais, de transporte e comunicacionais de acessibilidade, como a dificuldade de se ter acesso à telefonia com sinal, em alguns pontos da região, principalmente na zona rural, para o teleagendamento. Contudo, a centralidade do acolhimento a partir da sua fala, tem produzido um amadurecimento dos profissionais para lidar com as adversidades do cotidiano de trabalho.

Outra questão que emerge em duas falas são os agravos em saúde que esta população (campo) sofreu com a inserção marginalizada aos serviços de saúde e pelo desgaste físico que o trabalho na terra produz. Questões que incitam discussões para se construir estratégias de intervenções que atendam as necessidades específicas desta população. Buscando superar o desafio de se ter ou recuperar saúde somente para o trabalho, mas para a qualidade de vida, isto influenciou nas formas de inserção na Atenção Básica, pois ao buscar o atendimento, sua situação de saúde comumente encontra-se agravada.

Sobre as possibilidades e dificuldades que encontram no cotidiano de trabalho com usuários (as) procedentes do campo (agricultores familiares), para se efetivar o cuidado integral a esta população, o que entendem ser necessário realizar e as possibilidades de enfrentamento, os (as) profissionais referem:

Me parece que o problema maior que a equipe enfrenta é a dificuldade geográfica mesmo é o acesso. Porque Viamão tem a particularidade de ter uma grande extensão territorial e ter as populações pulverizadas. A gente tem 3% da população morando na zona rural, então, tu imagina o que que é isso. 250 mil habitantes, a gente tem concentrados muito expressivos na zona urbana... Isso pra nós também é uma dificuldade, porque daí pra ti montar a estratégia de saúde da família que é delimitada, tu tem que ter um número x de pessoas para atender, então isso, por si só, é difícil da mesma forma é difícil na zona rural, que daí tu vai pra atender uma população que mora muito distante. Tem problema da locomoção então, por mais que se tente nunca vai ser ideal assim, a localização vai ser o mais próximo do que for possível, menos pior digamos assim. De avanço o que eu acho é que vai subsidiar muito a equipe é a questão de ter como referência o agente de saúde, isso por si só, vai dar uma qualidade importante para o trabalho. Porque ele vai ser o agente que vai trazer a demanda, a necessidade da população e acho que daí sim, começar a trabalhar na questão da promoção mesmo (Margarida).

Margarida apresenta elementos importantes para a análise das dificuldades do trabalho, como a distribuição geográfica do município de Viamão, que possui uma grande extensão territorial, porém com maior concentração da população na zona urbana: cerca de 250 mil habitantes em uma área de 280 km<sup>2</sup> e 3% da população na zona rural, em uma extensão de terra de cerca de 1.200 km<sup>2</sup>. Apresentando as dificuldades em garantir o atendimento de qualidade para população, principalmente rural, pois a Atenção Básica possui critérios para a implantação de ESFs. Todavia, apresenta os avanços como a recente contratação dos (as) ACS.

Antônio Conselheiro afirma que enfrentam muitas dificuldades, uma delas é o fato dos (as) “assentados não costumarem ir ao médico” agravando a sua situação de saúde. Refere que trabalham com toda família, pois não tratam somente os sintomas das doenças, mas o histórico familiar e genético, assim como seu modo de vida, através de visitas, para abordar os cuidados higiênicos com a casa, alimentos, dentre outros, pois “a gente não trata só a doença, a gente quer ver dá onde veio, pra poder trabalhar toda família, este que é o objetivo desta

equipe.” Conhecendo melhor o cotidiano das famílias: como se organizam e se relacionam, para também se trabalhar a prevenção e promoção em saúde.

Aponta a articulação com outras políticas públicas de saúde como: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), e intersetoriais como o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), pois indica que “eles têm muito problema social.” Refere sobre a importante articulação entre as políticas de saúde para segmentos sociais, assim como as intersetoriais, salientando a importante aproximação e contribuição do CRAS, nas ações que refletem na saúde dos usuários e nos fluxos de atendimentos, conforme as necessidades e o contato prévio nestas relações. Sendo essencial salientar a necessidade do planejamento para isto, tendo o CRAS como um dos maiores parceiros intersetoriais. Importante lembrar da participação nas escritas do projeto “Vai dá pano prá manga” junto ao CRAS que inclui ações intra e intersetoriais<sup>53</sup>.

Refere sobre os problemas sociais que permeiam o assentamento, as barreiras nos transportes para o acesso, inclusive à escolas fora deste espaço, os quais a equipe se articula com o CRAS, indicando ser questões para além da saúde. Porém, mesmo que refira os problemas sociais separados aos de saúde, ao relatar seu trabalho mostra a intrínseca relação do social com a saúde, reafirmando o trabalho em seu conceito ao tratar sobre o trabalho em conjunto. Apesar de salientar o (a) profissional da medicina na sua centralidade, aborda a articulação entre os programas de saúde e os serviços intersetoriais, afirma a importância do trabalho interdisciplinar e intersetorial para se concretizar o trabalho em saúde, considerando que a política de assistência social e saúde são:

[...] lócus em que mais se verificam práticas e estudos sobre a intersetorialidade, são, também, campo de intervenção de diferentes áreas do conhecimento e diferentes categorias profissionais, entre elas, os assistentes sociais. Por essa razão são espaços de trabalho e fomento para o aprofundamento de conhecimentos da realidade. Ao comporem os pilares da seguridade social, juntamente com a política de previdência social, reforçam a importância da intersetorialidade para a efetividade dos princípios preconizados por essas políticas na materialização de suas ações. (BELLINI et al., 2014, p.14).

Políticas que possuem em seus princípios o fomento à intersetorialidade, porém esta não pode surgir de uma ou outra política, mas de todas, para consolidar-se como intersetorial.

São apresentadas pelos profissionais consideráveis dificuldades na atenção em saúde para a população do campo, principalmente no que tange à questão territorial, pois a estrutura geográfica do município é muito ampla, resultando no distanciamento e barreiras para a

<sup>53</sup> Consideramos importante compartilhar a experiência com o CRAS rural no período de dois meses entre 2013 e 2014 e como produto deste trabalho, a participação na construção do projeto “Vai dá pano pra manga” que tem como objetivo geral: Mapear e constituir um diagnóstico territorial, da realidade das comunidades atendidas pelo CRAS, a fim de direcionar as intervenções do serviço, em Rede, junto a estas. (CHARQUEIRO; OLIVEIRA, 2014).

inserção aos serviços de saúde e intersetoriais. Apresenta-se ainda que as ESFs possuem critérios para serem implantadas e com a "pulverização" da população rural e a concentração na área urbana, intensifica-se as dificuldades de implantação destes serviços, pois possuem critérios referentes inclusive, ao contingente populacional de cada território:

Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2013a, p. 55).

Um desafio a ser pensado para sua superação, a “pulverização populacional” da área rural, mencionada por Margarida, a qual a Atenção Básica vem atuando nisso, pois a equipe itinerante ou ESF itinerante já é um pioneirismo nesta perspectiva, pois o município não está contemplado na portaria estadual nº 565-2013 e a garante para estas populações, mas não para todas, o que ainda se apresenta como um desafio: ampliar o acesso, como ampliar a portaria 565 para os municípios de amplas extensões territoriais e não somente para os com baixa densidade demográfica, pois as ESFs fixas ainda se tornam distantes em grande parte das áreas rurais.

O “esquecimento”, “abandono”, “distanciamento”, que a população sofre expressa os processos excludentes presentes nas falas de profissionais que atendem nestes territórios, incidindo nos desafios em garantir a inserção digna destas populações na Atenção Básica e nos agravos em saúde, o que passa pelo transporte que é essencial (vital) para a garantia do acesso. Todavia, é potente as referências dos (as) profissionais que expressam grande expectativa no trabalho em conjunto com os (as) ACS, que contribuirão no diagnóstico em saúde e acompanhamento das famílias, na potência da Unidade Móvel, por circular e conhecer o modo de vida da população usuária e com isto, trabalhar a promoção e prevenção em saúde. Aparece a importância do trabalho interdisciplinar e intersetorial e a necessidade de reivindicar pelo transporte de qualidade, essencial para o trabalho em saúde.

#### 4.3 A INSERÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA PELA ÓTICA DA POPULAÇÃO DO CAMPO

“A gente aprendeu a virar o mundo”  
(Brinco de princesa)<sup>54</sup>

<sup>54</sup> Decreto nº 38.400 – 16/04/1998 institui a “*Flor símbolo do estado do Rio Grande do Sul*”o “*Brinco de Princesa*” da espécie “*Fuchsia Regia* (Vell.) Munz”, da Família ONAGRACEAE. Nome popular de “*Brinco de Princesa*” é dado à planta graças às belas flores que ficam pendentes como os brincos delicados que são utilizados pelas mulheres gaúchas. Planta nativa da América Central e Sul, com ramagem e flores pendentes em forma de sino, onde tanto as pétalas quanto as sépalas possuem cores variadas e contrastantes como vermelho, azul, violeta, branco e rosa. Foi indicada como a flor que simboliza o Rio Grande do Sul por sua admirável beleza, facilidade de cultivo e potencial paisagístico, pois adapta-se com facilidade aos ambientes, suportando inclusive, o frio e a geada que caracterizam o inverno gaúcho, além de serem muito visitadas pelos beija-flores em seu período de floração. Assim, pode-se dizer que o “*Brinco de Princesa*” se assemelha ao

Aprender a “virar o mundo” é a fala de uma das agricultoras familiares assentadas que refere a longa trajetória de lutas e movimentos que fizeram até conquistar a terra, que atualmente vivem produzem e reproduzem seu modo de vida. Com esta frase, passaremos a apresentar as falas dos (as) agricultores (as) familiares, que imprimem a intrínseca relação e reflexo de sua história de lutas, condições e modo de vida, com a forma de inserir-se na Atenção Básica.

Neste momento, pretendemos discutir sobre a inserção da População do Campo na Atenção Básica em Saúde, a partir da perspectiva dos (as) agricultores assentados (as) e não assentados (as), indagando: De que forma a Atenção Básica atende suas necessidades e especificidades em saúde? Quais as possibilidades/potencialidades e desafios encontrados para se efetivar o cuidado integral a estas populações, preconizado no SUS e PNSIPCFA?

Neste contexto, foram realizados dois grupos focais com agricultores (as) familiares, sendo um dos grupos com os (as) não assentados (as), em abril de 2015 e o outro com os (as) assentados (as) em maio de 2015. Conforme o seguinte quadro:

#### Quadro dos grupos focais

<b>Grupo focal com Agricultores (as) familiares não-assentados (as): abril de 2015:</b>	<b>Grupo focal com agricultores (as) familiares assentados (as): maio de 2015:</b>
1. Trianda (mulher-idosa)	1. Dusenii (mulher)
2. Sessilis (mulher-idosa)	2. Lanciolata (mulher)
3. Sepé Tiarajú (homem-idoso)	3. Brinco de Princesa (mulher)
4. Cândido (homem-idoso-negro-empregado)	4. Isabelleana (mulher)
5. Perennis (mulher-idosa)	5. Edulis (mulher)
6. Julião (homem-idoso)	
7. Tenella (mulher)	
8. Chico (homem-idoso)	
09 mulheres + 04 homens. Total: 13 agricultores (as)	

Chamamos a atenção para a quantidade de mulheres no grupo do assentamento, o que possivelmente se deve à divisão das atividades de trabalho, as quais se organizam, através do movimento, que serão apresentadas mais adiante no capítulo 5. Assim como a presença de mulheres ACS no grupo, a considerar que historicamente a mulher se apresenta na família com a atribuição do cuidado e que “na maioria das vezes, são referência na sua comunidade quando o assunto é luta, participação e cuidados em saúde” (BRASIL, MINISTÉRIO DA

SAÚDE, PNAB, 2015 p. 19). Portanto, ao referirmos agricultores (as) do assentamento utilizaremos o termo agricultoras, pelo fato de ter participado somente mulheres no grupo.

Atentamos para o grupo dos (as) não assentados (as), o qual foi realizado através do sindicato dos (as) agricultores (as) familiares, como estratégia para contemplar o maior número e diversidade de agricultores (as) do município, que possui ampla extensão territorial. Ou seja, o sindicato é “um ponto de encontro” dos (as) agricultores (as), que possibilitaria contemplar em tese, o convite a todos do município. Neste grupo, identificamos a diversidade de homens e mulheres, metade de cada e somente uma pessoa não ser ainda idosa, mas com 51 anos. Além de buscarem o acesso à saúde principalmente no sindicato, que é cerca de 40 km do seu território, são idosos deslocando-se para este atendimento<sup>55</sup>. O que demonstra a essencialidade de atentarmos para a questão do envelhecimento no campo e suas formas de inserção à saúde e, portanto, também, à Atenção Básica.

Tendo em vista este aspecto, além da PNSIPCFA referir a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNPI), utiliza o termo **geração**, no objetivo geral, e nos específicos referentes à “II – inclusão social, com garantia do acesso ao SUS [...]; VIII – consolidar, analisar e divulgar os dados estratificados sobre essas populações [...]; XI – incentivar a pesquisa e a produção de conhecimento sobre os riscos, a qualidade de vida e a saúde” (BRASIL, 2013) contemplando o termo geração.

Apesar da PNSIPCFA contemplar o (a) idoso (a), a PNPI não contempla o (a) idoso (a) que vive no campo, o que expressa a necessidade de maior articulação da PNPI com a PNSIPCFA, pois com o avanço do envelhecimento rural, exige-se o planejamento da gestão de seu cuidado e com isto, da atenção em saúde para com este segmento social. Principalmente, no que tange à Atenção Básica e serviços territorializados.

Outra questão que chama a atenção é o fato do único homem negro que participou do grupo dos (as) não assentados (as), além de ser idoso, com 62 anos, não ser ainda aposentado e o único que referiu ser empregado em terras que não são de sua propriedade, a PNSIPCFA contempla estas situações, indicando que são as populações do campo, florestas e águas:

Neste contexto estão os **camponeses**, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, **assalariados e temporários que residam ou não no campo**. Estão ainda as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, **quilombolas** e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras (BRASIL, 2013, p. 8)..

---

(COXIXO GAÚCHO, 2010)

<sup>55</sup> No capítulo 5 será mais explorada as características destes (as) agricultores (as).

Apesar de ser empregado em terras que não de sua propriedade, também reside no campo. Inferimos que esta realidade possui ligação com as raízes históricas desiguais, as quais os sujeitos desta etnia sofreram e ainda sofrem com as dificuldades de constituir, garantir, serem reconhecidos e acessar aos seus direitos, até mesmo de possuir terra para subsistir:

No Brasil, aos libertos não foram dadas nem escolas, nem terras, nem empregos. Passada a euforia da libertação, muitos ex-escravos regressaram a suas fazendas, ou a fazendas vizinhas, para retomar o trabalho por baixo salário. Dezenas de anos após a abolição, os descendentes de escravos ainda viviam nas fazendas, uma vida pouco melhor do que a de seus antepassados escravos. Outros dirigiram-se às cidades, como o Rio de Janeiro, onde foram engrossar a grande parcela da população sem emprego fixo. Onde havia dinamismo econômico provocado pela expansão do café, como em São Paulo, os novos empregos, tanto na agricultura como na indústria, foram ocupados pelos milhares de imigrantes italianos que o governo atraía para o país. Lá, os ex-escravos foram expulsos ou relegados aos trabalhos mais brutos e mais mal pagos (CARVALHO, 2004, p. 52).

Carvalho (2004) ainda refere sobre as conseqüências dessa realidade que “foram duradouras para a população negra”. Essa população até a atualidade “ocupa posição inferior em todos os indicadores de qualidade de vida. É a parcela menos favorecida e com os piores índices de ascensão social.” Com isto, torna-se importante introduzir a interface da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) com a PNSIPCFA<sup>56</sup>, como mais uma forma de reconhecer seus direitos:

1. Garantir e ampliar o acesso da população **negra** do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde; (eixo 1 PNSIPCFA).
2. Garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, do campo e da floresta às ações e aos serviços de saúde; (PNSIPN relação com eixo 1 PNSIPCFA).

1 Redução da morbi-mortalidade na população quilombola. (eixo 2 PNSIPCFA).

Para isto há de se considerar as especificidades desta população, pertencente a quilombos ou não e os determinantes sociais em saúde a serem considerados. Tendo em vista suas necessidades singulares, enquanto etnia, cultura e suas condições de vida, determinantes para sua saúde. Para que se possa buscar a superação das desigualdades socialmente herdadas da exploração sofrida por ela e que ainda refletem em suas condições e modo de vida.

Portanto, ao realizar os grupos focais com as agricultoras do assentamento e os (as) agricultores (as) que não são assentados (as), visamos avaliar quais são os diferenciais da inserção na Atenção Básica de ambos os grupos. Tendo em vista, suas condições de vida, território e seu modo de viver. Este modo é determinado pela própria história de vida de cada

<sup>56</sup> Para avaliar a interface das políticas intra e intersetoriais com a PNSIPCFA sugerimos a leitura do documento: Matriciamento: Análise das Políticas Públicas Intrasetoriais e Intersetoriais em interface com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Disponível em: < <http://www.saudecampofloresta.unb.br/wp-content/uploads/2013/09/Sintese-do-Matricamento1.pdf>>.

agricultor(a) e dos processos e movimentos que se inserem, estes se apresentam como determinantes sociais em sua saúde.

Nas falas vão emergindo a categoria **acesso** à saúde pelo Terceiro Setor, diferenciais no **acesso, acessibilidade e inclusão (inserção) à Atenção Básica**, por agricultores (as) assentados (as) e não assentados (as), diferentes concepções do **serviço público**, solicitação de especialidades, o **preconceito** que referem sofrer, diferentes concepções do termo **prevenção**, diferentes organizações para o **trabalho**, assim como o trabalho familiar.

Referente aos **agravos em saúde** surgem: o sofrimento do trabalho no campo, o uso ou não de **agrotóxicos** e demais agravos, vinculados ao trabalho e doenças crônicas. A **participação social** aparece de formas diferenciadas, a presença ou não de **assessoria técnica**, diferentes formas de uso e acesso ao território e demais subcategorias que serão apresentadas e exploradas.

Ao realizar as perguntas sobre as situações em que os (as) fazem buscar o atendimento no posto de saúde (UBS/ESF), como se dá este atendimento e se existe continuidade, salientando que foram grupos distintos. Referem inicialmente, o que os (as) fazem buscar a Atenção Básica:

Isso ali é, depende da situação. Depende da saúde de cada um. Porque ninguém sai por sair. A maioria sai por que tá precisando mesmo. E mesmo, que nem agora, a unidade móvel, vindo aqui, tem muito mais pessoas usando. Que antes nunca usava, ficava na cama, não iam, não tinham condições de sair e pegar um ônibus pra ir na 44, ou mesmo na A. C (unidade de saúde), ou até mesmo no postinho do município ou no hospital, e então eles ficavam em casa, tomando um remedinho daqui, um chazinho dali. Agora não. Agora a unidade móvel vem até aqui, os médicos vêm, os enfermeiros vêm, e se for preciso, vão visitá-los. Então, essa procura é variada. Depende da necessidade. É a necessidade de cada um. Às vezes alguém tem problema de pressão, às vezes tá com sintomas de dor de cabeça: “ai, eu vou procurar ver porque eu to com essa dor de cabeça”, ou um mal estar. Então, tem várias (Isabelleana).

A agricultora refere que as motivações pela busca do atendimento na Unidade de Saúde e as necessidades da população são variadas, mas indica que a motivação objetiva é pautada na recuperação da saúde. Apresenta como exemplos a “pressão alta e dores de cabeça”, ou seja, a busca pelo atendimento, ainda baseada, em seus relatos, na presença sintomatológica, e na busca do tratamento e reabilitação da saúde, que também fazem parte dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica:

IV- Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, **tratamento e reabilitação** e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAB, 2012, p. 21-22).

Nesta busca, contempla-se a prevenção dos agravos, mas não indica a promoção em saúde. A usuária expressa a importância dos (as) profissionais irem ao território com a Unidade Móvel, o que possibilita a inserção dos (as) moradores (as) do assentamento ao atendimento, e desta forma, o buscam com mais frequência, junto aos profissionais que os acolhem bem. Possibilitando o tratamento complementar e articulado às medicações e chás caseiros utilizados, como retratou Antônio Conselheiro que os (as) atende.

Refere que anteriormente, não tinham condições de sair, pela dificuldade principalmente, do transporte, por ser um local em que até a Unidade Básica de Saúde do território fica distante, quanto mais os demais serviços da rede de atenção à saúde. Seja pela distância, transporte, situação de saúde ou até mesmo financeira, como referem mais adiante. Reafirmando nesta fala, mais uma vez, a questão territorial que se apresenta como um determinante no acesso à saúde, que é garantido, principalmente, pela Unidade Móvel, como mais um princípio e diretriz da Atenção Básica:

V- Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do **território**, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAB, 2012, p. 22).

Esta realidade construída no assentamento é reflexo do movimento da população na conquista da Estratégia de Saúde Móvel (ESF) e a partir de sua equipe que vai ao território do (a) usuário (a), implicados (as) no processo de gestão do cuidado no território, presente nas falas destas agricultoras e profissionais. Há a presença no controle social, o qual é relatado no decorrer do trabalho, principalmente, junto às características da população do campo, no capítulo 5. Todavia, ainda sobre os condicionantes e determinantes sociais em saúde, há uma contraposição, em parte, a esta realidade, pois a agricultora Sessilis que não é assentada refere:

Muito difícil... A gente chega no posto de saúde... Essa semana passada eu vim aqui em A. C. (unidade) medir a diabetes que eu tenho diabetes... Tive lá umas duas horas... Desisti... Tive que ir embora... [...] tinha que marcar uma consulta pra fazer exame pra ver como tava a diabetes, o colesterol (...). Disseram pra mim que a agenda que não tava aberta[...] Fui-me embora... Aí disse que quarta-feira abria a agenda... A minha irmã foi lá disse que é na outra quarta ainda, ela não diz o dia direito... E é assim, a gente sofrendo, por causa que a gente mora lá... 11 km da faixa... Não tem uma farmácia perto... Não tem nada perto, mercado nem nada... Não tem médico... Não tem nada...E a gente... O que a gente já trabalhou em roça... Em tudo! Pra poder sofrer agora, depois de velho? Que a gente adoce tem que vim cá em Viamão... Às vezes não tem carro, não tem nada...Se deixar a pessoa morre lá: naqueles fundão ... Interior... É assim o que passamos lá...

A agricultora refere o que a leva na UBS: “a medição da diabetes e avaliar o colesterol”, reiterando a busca pelo tratamento em saúde, como Isabelleana. Sessillis relata sobre os

problemas de comunicação entre profissionais, que refletem na inserção ao serviço. Entende que há um descaso com quem reside “no fundão”, o que indica não ser somente da saúde, mas das demais políticas públicas, o que agrava sua situação de saúde, desistindo do atendimento. Ressalta as dificuldades territoriais como Cícero, e o próprio transporte essencial para garantir seu acesso à saúde, que incidem nos determinantes sociais em saúde da população da região. Desabafa sobre o trabalho na roça e seu sofrimento-adoecimento, principalmente para quem é idoso, e tanto trabalhou.

Apresenta uma importante contradição, por ter que deslocar-se ao centro da cidade para atendimento, mais distante ainda. O que indica que ter o serviço fixo e mais próximo do território, não garante que se tenha as condições para acessá-lo e inserir-se dignamente, mesmo que seja fixo. Neste caso, pelo contrário, a Unidade Móvel é que tem garantindo a priori, o melhor acesso à população por circular e se dirigir mais próxima a cada localidade, no interior do território de trabalho. Isabelleana refere que há algumas dificuldades de inserção no atendimento em saúde, para fora do assentamento, principalmente pelo transporte, porém reforça que, com a Unidade Móvel se consegue melhorar muito, estimulando a população a buscar pelo atendimento mais próximo, ratificando o potencial desta forma de trabalhar e oferecer atenção em saúde.

Ainda sobre a inserção e suas variadas formas de concretizar-se, atentamos para as falas que indicam as situações que os (as) fazem buscar a UBS e as concepções sobre as atribuições destes serviços e as competências dos demais pontos de atenção à saúde, como as situações de emergência e urgência e as indicações de prevenção e acolhimento:

Eu acho que dependendo da situação, porque às vezes é assim: oh! uma emergência e aí tu vai procurar outro local. Então, no caso, as Unidades Móveis são uma prevenção. Então acho que nós também temos que entender isso. Nós temos que usar isso como uma prevenção, não esperar eu ficar me arrastando, caindo lá, prá procurar uma Unidade Móvel. Então, aqui pelo menos é assim: a gente procura a Unidade Móvel pra fazer uma prevenção. Aí, se for uma emergência, aí tu vai na 44, no pronto atendimento (Brinco de Princesa).

[...] Ali na unidade a gente chega, já é acolhido, porque agora não é mais com fichas, é acolhimento, e aí, ali ele vai marcar, se preciso, uma emergência já é atendido na hora, se não ele já marca uma consulta pra daqui uns dias. Mas é assim que funciona. E ali eles atendem e recebem também os assentados. Como tem a Unidade Móvel quanto a Unidade do posto de saúde. Nós estamos bem... temos médica (o), temos enfermeiro (a), temos técnica (o) em enfermagem e temos o (a) agente de saúde comunitário de cada setor (Isabelleana).

Brinco de princesa refere que a Unidade Móvel é somente para prevenção e em caso de emergência deve-se buscar acolhida em outros serviços de saúde como a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Todavia, Isabelleana refere que além desse serviço, as Unidades, móvel e fixa atendem casos de emergência também, por via da estratégia do

acolhimento, reiterando o respaldo da equipe, ratificada pela PNAB, “trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção”. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAB, 2012, p. 21-22). Todavia, a agricultora não assentada, Tenella, refere o termo urgência:

Se for urgente não dá! A gente às vezes daquilo dali, acostuma. O normal é pagar... Pagar pelo exame. Ontem eu fiz ecografia mamária, que o governo vem na televisão dizer que vai morrer se não fizer aqueles exames anuais. Tem que fazer. E aí não dá pra esperar muito o SUS, se não fica pro ano que vem e pro outro e outro. Então, a gente tem o sindicato que nos ajuda. Nos dá desconto pra fazer em clínicas particulares. É a solução! Exames, que não custe muito caro, porque daí também, se tiver que fazer um exame caríssimo lá e tiver que pagar... A solução é a esperar pelo SUS, ou não sei como é que fica...[...] Problema urgente urgentíssimo não adianta ir porque não tem lugar. Aí o quê que eles fazem... Eles pedem exame pra todos e mandam pra Viamão. E aqui eu sei porque eu faço mais ou menos um mês que eu consultei com um médico lá de C. P. Sem pressa... Quando eu fui marcar pra daqui um mês, aí já faz mais ou menos um mês que eu consultei, ele me pediu exame de sangue que eu consegui marcar aqui no hospital só pra fim de maio. Então eu consultei lá em março... Fim de março e meu exame tá marcado pra fim de maio e só depois de eu fazer o exame, eu posso ir lá agendar de novo pra mostrar aquele exame... Então vai ser mais ou menos um mês, então eu vou. Tu vê que eu comecei lá em março o processo e vou terminar lá pra junho... Então, não pode ser assim. Se for assim, revisão coisa sem pressa nenhuma dá pra encarar. Vaga consegue! Só que se é urgente não! Não temos assim... Um atendimento mais urgente.

As agricultoras mencionam as questões de emergência e urgência: entendidas neste trabalho: a 1ª com risco iminente de morte (emergência) e a 2ª a necessidade de acesso com riscos de morte, porém não de forma iminente (urgência). Brinco de princesa refere a Unidade Móvel somente para prevenção e a Isabelleana também para emergência, mas ambas indicam que há outros serviços que prestam esta retaguarda e devem ser buscados, como o pronto atendimento e o hospital geral. Tenella não assentada, refere às dificuldades de acessar em casos de urgência, o que também compete aos profissionais em seu processo de trabalho na Atenção Básica :

IV- Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às **urgências** (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAB, 2012, p. 41).

Conceitos ainda não consensuais para autores da saúde. Contudo, a Atenção Básica tem como atribuição prestar o primeiro atendimento às urgências, mas não a conceitua na PNAB, Soares contribui:

Estamos chamando de urgência as demandas que, diferentemente da emergência, se apresentam com potencial risco de vida mas não de forma iminente, necessitando, por sua vez, de atendimento imediato. No entanto, de acordo com Rocha (2005), a literatura médica não é muito clara quanto à diferença entre os termos, uma vez que não define de forma precisa as situações ou casos em que cada termo se aplica,

podendo um caso urgente se tornar emergência ou o contrário (SOARES, 2014, p. 10).

Dificultando a sua concepção e direcionamento, pelas possíveis conotações diversas que podem ser utilizadas, apesar de que, nas falas, as agricultoras se apresentarem de forma coerente ao conceito apresentado. Entretanto, reforçamos que a Atenção Básica deve prestar seu primeiro atendimento, nas determinadas situações, assim como encaminhar o usuário (a)-paciente, de forma adequada e digna para os serviços que contemplem sua necessidade, seja ela de urgência ou de emergência.

No que tange o acesso, analisamos as falas das agricultoras familiares sobre a Unidade Básica de Saúde:

É bem acessível, porque nós temos três a quatro consultas mensais. Nós temos uma peça que foi construída [...], o pessoal vai lá e é atendido a 3 a 4 dias mensais (Isabelleana).

Porque a unidade móvel, tipo, quando vem aqui é só desse setor que é atendido pela unidade móvel, quando vai lá é só... E o posto não, e todo mundo usa o posto. E aí fica... bem complicado (Lanciolata).

Aí então, acho que aqui no setor E ainda a gente tá mais tranquilo, porque o pessoal procura conforme os dias, já tá sempre marcado, a cada 15 dias tá vindo a (o) doutor(a) porque nós temos a casa própria pra isso. Então o setor E não tem esse grande problema que nem elas lá que já lá é difícil acesso (outro setor), então se torna mais difícil, porque tem que pegar um ônibus e aí também a cada 15 dias. Nós aqui é a cada 15 dias, mas se torna mais fácil por causa do acesso de se deslocar. Por exemplo: vai pegar um ônibus, é pertinho. Lá é uma vez por dia e não sei como é que é o ônibus lá (Brinco de Princesa).

Uma vez por dia mas não é tão acessível. De manhã, meio dia e de tarde. Se tu perder aquele, vai ter que ir caminhando (Lanciolata).

Apesar de reiterarem as facilidades que a Unidade Móvel oferece, referem as dificuldades com o transporte coletivo, acesso que é variado para o assentamento, pela ampla extensão, que dificulta a organização para o cotidiano e cuidado em saúde, um amplo desafio no que tange ao deslocamento. Assim como referem os (as) agricultores (as) não assentados (as):

Horário de ônibus muito pouco...(Julião).

Só dois parece...Traz de manhã a gente e depois leva três e meia quatro e pouca 15:30h/16:00h (Trianda).

Ele vem às 7 da manhã. É que é só uma empresa que assiste nós lá [...] (Tenella).

Mas é uma empresa, mas tem bastante ônibus, porque lá onde moramos eles... Não sei abusam da gente... As passagens mais caras que tem... Olha gente... É uma falta de ônibus assim que é coisa braba... Tinha um às 7 horas e outro às duas (14:00h)... Eles tiraram os das 14 horas (Sessilis).

Na verdade eles adequam a gente ao horário escolar... Nós usamos o horário escolar... Pras crianças eles se obrigam a botar. Não tem como não ter ônibus exclusivo escolar. Eles têm que vir pra beira da faixa pra estudar, então a gente tem

que vir naquele horário. A empresa colocou assim, não coloca um pros passageiros e outro pros estudantes (Tenella).

Reiteram as constantes dificuldades que passam cotidianamente, com o transporte coletivo, sendo adequados (as) aos horários escolares, diurnos. Transporte que para esta população é mais do que fundamental, é vital, pois se concebe como um dos principais determinantes de sua saúde, qualidade de vida e portanto, de garantia de dignidade. Os (as) agricultores familiares não assentados (as) têm sua situação mais agravada, pois residem muito mais distante dos serviços e do centro da cidade, ainda relatam:

E ônibus da saúde lá pra nós nunca vai... Não vai ninguém! (Sessilis).  
 Não, pois é como a gente mora tão distante dali do grupo da faixa, do posto de saúde... Ali sim, tem o pessoal tudo em volta, mas não nós. Nós estamos lá em cima lá ... Distante! Estradas mal conservadas... Então, não temos... Ninguém vai lá. (Tenella).

Reafirmando a necessidade de um atendimento mais territorializado, pois apresentam um agravante na acessibilidade, inclusive, pelo seu próprio território, que além de residirem longe, residem longe até mesmo da “faixa”(RS-estrada). Portanto, a questão da inserção à saúde não refere-se somente a política de saúde, mas à intersectorialidade que também inclui o transporte e demais dispositivos e políticas sociais:

O reconhecimento das ações intersectoriais, como resistência à compartimentalização e como possibilidade de prevenir a desresponsabilização das políticas e dos setores através de seus agentes, permite a definição de competências e responsabilidades, potencializando um atendimento integral aos sujeitos por meio de políticas sociais (BELLINI et al., 2014, p. 15).

Portanto, há de se reconhecer que o transporte deve estar inserido nas discussões, como um setor das políticas sociais, a ser planejado coletivamente, ao encontro das necessidades de quem o acessa. Situação reiterada tanto por agricultores (as), quanto por profissionais, pois a acessibilidade deve ser universal. Reafirmado principalmente por Cícero, que atende os (as) não assentados (as). Transporte escasso, caro e que não contempla todo território. Reforçamos a necessidade de construir vias de acesso e reivindicação de melhorias.

A questão territorial é muito presente nas falas, pois é a partir deste território, das condições que ele oferece e as construídas socialmente, que estes sujeitos poderão ter maior qualidade e vida e portanto, de saúde. Reiterada pelo descontentamento por ter que ir agendar na UBS (até aquele momento do grupo) e não ter a garantia de atendimento, mesmo deslocando-se ao local, uma dissonância que está sendo trabalhada:

E não dá pra marcar por telefone. A gente tem que ir lá... Se trabalha, tem que largar o serviço pra ir lá marcar a consulta. Chega lá e eles dizem que não abriu a agenda ainda e aí tem que voltar... A pessoa volta e não abriu ainda não é naquele dia é em outro dia... A gente que mora em L. é assim... Os trabalhos que a gente passa. Se sair de lá vir aqui no sindicato... Que a nossa sorte é esse médico (a) aqui, que é muito bom o (a) Dr., vai em Viamão. É assim, enquanto a gente pode caminhar...(Sessilis).

Neste contexto, retomamos a afirmativa de Margarida sobre a implantação do teleatendimento, e que este grupo ocorreu anteriormente à sua implantação, pois o teleatendimento passaria a ser implantado no município, a partir do mês de junho. Demonstrando o cuidado que a gestão está tendo em realizar as mudanças necessárias à inserção na Atenção Básica, não livre de desafios. Contudo, a contribuição do acolhimento possibilita a inserção aos serviços, salientada pelos (as) profissionais e pelas agricultoras do assentamento. Na situação do grupo dos (as) agricultores (as) não assentados (as) há uma demonstração de insatisfação com a forma de acessar os serviços, buscar um acompanhamento e em nenhum momento mencionam o termo acolhimento:

Acompanhamento tem assim desse jeito que eu te digo... Nós temos que sair de casa ir lá marcar. Agendar, se tá aberta a agenda, a gente consegue agendar pra dali há vinte, trinta, quarenta dias, o que tiver... Assim, nesse ritmo que nós temos sido atendidos, mas te digo assim, se for uma coisa mais urgente não! Nem lá e muito menos aqui (sindicato), porque daí aqui a gente chega tarde. Não guardam... (Tenella).

O agricultor sofre...(Julião).

Desafios presentes e constantes para os (as) não assentados (as). No entanto, as agricultoras do assentamento compartilham inclusive, sobre como se dá o acolhimento. Edulis indica que se inicia pela conversa para avaliar o que o (a) usuário (a) procura e sua avaliação é feita. E se necessário, fazem a ficha de atendimento (F.A.), o (a) enfermeiro (a) com o prontuário e com a ficha faz a triagem de pressão e HGT. E, se for emergente, a emergência é a primeira. O (a) técnico faz a triagem e todos são atendidos. Depois a (o) doutor(a) começa a atender: manhã e tarde. Ninguém sai sem conversar, não havendo consideráveis insatisfações, a partir da fala de Edulis. Ressaltamos que no grupo participaram também, algumas usuárias que estão sendo contratadas como Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e moradoras do território. Este fator determina formas diferenciadas de analisar os processos. No depoimento, a usuária se apresenta como profissional e aborda os procedimentos usados no atendimento. O que é potente ao apresentar o conhecimento sobre os processos que podem ser repassados aos moradores, porém ainda ressalta na fala, a centralidade dos procedimentos e do trabalho médico e sua posição enquanto profissional da saúde e não necessariamente como usuária.

Os (as) não assentados (as) do grupo indicam uma insatisfação para acessar o serviço e não necessariamente, sobre o atendimento, por parte dos (as) profissionais, para com eles, apesar de algumas falas anteriores apontar algumas questões referentes a isso. Ratificada a valorização dos (as) profissionais, mesmo dos (as) que têm maior dificuldade de inserção:

[...] Depois da gente chegar no médico é bem atendido... Só que tem que esperar ... A demora é pra gente chegar até a hora de consultar...(Sessilis).

Eu vou responder pra ti assim, ó, que o posto de saúde a gente bem dizer, ali no setor G, a gente não procura quase. Então, pra nós a Unidade Móvel é essencial, por causa que também desafoga, porque A. C. (Unidade de Saúde) tem muita gente. Então, quando teve a Unidade Móvel, ali, a gente é muito bem atendido, médica(o) e tudo, dão tudo maior atenção. Sempre é procurado ali, ali na Unidade Móvel (Dusenii).

Outra questão é o quanto a UBS A.C (fixa) que é também uma referência territorialmente estratégica para os dois grupos, apresenta-se sobrecarregada de atendimentos, referenciada pelos grupos, assim como a unidade C. P do grupo dos (as) não assentados (as):

O problema do posto de saúde: muita gente acumulada, os postos não sei se é lei, mas eles têm que atender todo mundo... Todo mundo que chega ali... Não interessa da onde. Eu acho que... E esse aí é um problema. Esse posto que ela fala lá do C. P., agora com esse programa do mais médicos, que tem mais, que tem esse (a) médico (a) que veio faz mais de um ano que tá lá, eu acho, esse (a) médico (a), mas antes não tinha. O normal era não ter. Chegava lá era só os serviços simples, aqueles básicos do posto médico. Agora com o programa mais médicos tem médico (a), só que... O pessoal se apresenta pra marcar consulta ... (Tenella).

É um sacrifício... (Sessilis).

Os dois grupos têm a UBS de A.C como uma possível referência, mesmo sendo muito distante, localiza-se em um ponto estratégico passível de acesso, na RS, tendo em vista a localização. Por ora estratégico, mas que torna-se inacessível para eles (as), pela intensa demanda. A inserção fica comprometida pela grande demanda. Portanto, a necessidade de estabelecer mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupondo uma “lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAB, 2012, p. 20).

O fato das UBS fixas acolherem a todos que chegam, diferentemente da Unidade Móvel que vai especificamente a um determinado local, também torna-se conflituosa, pois para a agricultora Isabelleana não é necessariamente negativo, apesar de referir que esta sobrecarrega-se. Neste sentido, o assentamento possui o atendimento pela Unidade Móvel, o que “desafoga” a UBS fixa e facilita para moradores (as) que a acessam. No entanto, para a agricultora Tenella é negativo, pois como já tem dificuldades de acessar pela distância e transporte, torna-se mais inacessível, quando o contingente de pessoas excede as possibilidades de atendimentos para todos.

Inferimos que a dificuldade de inserção ou a inserção marginalizada remete ao descrédito ao serviço público e desta forma, a visão que fragmenta direitos, pois ao passo que não se tem acesso, se reclama que este seja universal. O que agrava a situação e ainda impede a defesa pela universalidade e pelo público, princípios da Atenção Básica como: “II-

Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção”, reiterando o acolhimento aos usuários e a promoção da “vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.20). O que indica que ao passo que se universaliza o atendimento, este deva ser de corresponsabilidade, junto ao usuário (a), em defesa do e pelo coletivo, para se efetivar, o que não exime o público de sua garantia.

A política de saúde deve atentar-se para esta questão para que não se fragmente a defesa pelo acesso à saúde para todos, independentemente de território. Dando condições para uma inserção digna. Construção que necessita da articulação entre usuários (as), serviços de saúde e intersetoriais, públicos, para que se efetive o cuidado preconizado no SUS. No caso de Dusenii constatamos uma consonância com o SUS no atendimento a partir da equipe da Unidade Móvel. Todavia, no relato da Sessilis entendemos que há uma dissonância com o SUS, pelo fato da usuária referir não se inserir dignamente aos serviços da Atenção Básica, mesmo que bem atendida, quando consegue o acesso. Há a possibilidade de acesso com as dificuldades mencionadas, porém, há um comprometimento na acessibilidade, como a possibilidade de ser acompanhada com assiduidade, frequência e a partir de suas necessidades, assim como os entraves anteriores, estruturais, para chegar no serviço e :

O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAB, 2012, p. 20).

As críticas não são diretas aos profissionais particularmente, mas ao contexto que implica as especificidades de seu território e a necessidade de organização intra e intersetorial para estas especificidades assim como sua **logística**, como exemplos: o transporte, distanciamento dos serviços mesmo que “territorializados”, muita demanda para os serviços, poucos profissionais, organização dos fluxos de atendimentos, garantia da realização de exames e longitudinalidade do cuidado.

Neste contexto, os (as) não assentados (as), apesar de ter a Estratégia de Saúde da Família (ESF) C.P, mais próxima, ainda que distante, relatam não acessar o atendimento de acordo com suas necessidades. Mais uma dissonância ao ter que arcar com consultas e as despesas de exames: Tenella refere às dificuldades em consultar e fazer o exames, em função do transporte, tendo que chegar cedo ou posar no posto, pois com o ônibus que passa na sua

região, chega às oito horas da manhã. E se, consegue agenda é para no mínimo, um mês à frente, e aí, o (a) médico (a) solicita exames, que estão acumulados no município, o que agrava a situação. “Então o médico atende todo mundo... Mal ou bem ele atende todo mundo, que não seja urgente [...]” (Tenella).

Interpretamos este relato a partir do que já vinha sendo apontado sobre a dificuldade de inserção, que conseqüentemente agrava a situação de saúde da população. E a centralidade passa a ser nas tecnologias de cuidado duras e leve-duras, e na busca pelo acesso à saúde quando se agrava as doenças. Neste contexto, a concepção que se constrói até mesmo da Atenção Básica é a do tratamento, e não principalmente a da prevenção e promoção. Reforçado na histórica conexão do conceito de saúde diretamente ligado à ausência de doenças e à cura. Porém, com estes agravos, se torna essencial a maior efetividade inclusive, dos exames, o que se apresenta como um grande desafio a ser superado:

Eu marquei uma biopsia... É! Sabe quando é que me chamaram? Fazia dez meses e dezoito dias. Sabe o que eu disse pra moça? Bem assim... E ela deu risada: - Muito obrigada moça! A criança já nasceu “diz ela: \_ O senhor sabe quantos dias faz isso? Digo: \_ De certo eu não sei! Diz ela: \_ Faz 10 meses e 18 dias! Marcaram pra mais 20 dias: \_Daqui há 20 dias o senhor pode vir aqui fazer a biopsia! E a criança tava grande mesmo... Agora fiz outra também ali, cheguei marcando cheio de gente no hospital... Eu cheguei... 25 de maio 27 de maio, mas não pode ser isso aí... Me levantei, falei: \_ Moça vocês tão marcando esses exames hoje só pro fim de maio? \_É!... \_ Toma a ficha aqui e muito obrigado...até logo! Fui embora, azar... Agora 20 e tanto de maio... Fim de maio, aí eu pego, já 10 dias, aí já é em junho e aí tem que marcar com o médico... O médico dá lá mais trinta dias pra atender, aí vai requerer o exame, aí o cara já morreu! É muito tempo! (Chico).

As dificuldades dos (as) agricultores são semelhantes, exceto pelo fato da Unidade Móvel realizar ações para facilitar exames para o assentamento. O que leva, principalmente, não assentados (as) a buscar o atendimento mais distante ainda de seu território e através de pagamento, com um importante auxílio do sindicato. Apesar dos avanços ainda reproduz-se um sistema que ainda não consolida o direito universal à saúde e como “Bem da comunidade”. A retomar que a introdução da saúde no rol dos direitos sociais no Brasil é resultado da força dos movimentos populares para a redemocratização política do país, no final dos anos oitenta. “Nesse rico período da história política brasileira, houve o fenômeno, até então inédito, da expressiva participação popular na definição dos grandes objetivos constitucionais” (DALLARI, 2009, p. 11):

A saúde por muito tempo foi concebida como mercadoria, comprada a altos custos e de acesso apenas a uma minoria [...] Com a Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser considerada como um direito, garantido constitucionalmente para todos os cidadãos brasileiros e um dever do Estado em prover e garantir as condições de acesso da população ao Sistema Único de Saúde (SUS). (BELLINI et al., 2014, p. 16).

Desafios a serem superados gradualmente pela saúde, em parceria com a população. Na situação dos (as) agricultores (as), o sindicato se apresenta como uma estratégia de acesso, são bem atendidos e com valores razoáveis, porém ainda têm que pagar para isto. Reiterando que a saúde neste sistema, ainda se apresenta em algumas, situações como mercadoria, não que seja a intenção do sindicato, pois este se apresenta a contribuir para o acesso à saúde, que não deixa de ser SUS, pois este tem a atribuição de fiscalizar, porém de forma terceirizada. Neste contexto contraditório, o sindicato se apresenta como um espaço de garantia de acesso para os (as) agricultores(as), contudo, perante o sistema capitalista, se reproduz a lógica do acesso à saúde para uma parcela ou categoria que possui algum vínculo de trabalho e por ela paga.

Ainda neste contexto, aparece nos relatos, consideráveis concepções sobre prevenção, fortalecidas também, pelo fato de algumas das agricultoras serem ACS e ser uma de suas atribuições, assim como de profissionais da Atenção Básica: “V- Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e **prevenção** de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea [...]” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.46). Inferimos portanto, que há nas falas, uma concepção ampliada de prevenção, implicadas com suas experiências sociais de inserção na Atenção Básica, seja como usuário (a) ou profissional:

É que agora a equipe de saúde móvel é pra prevenção. Eles estão fazendo já antes de acontecer, de a pessoa ficar doente. Eles estão instruindo as famílias pra prevenir, pra não tá depois, passando mal, muito doente, chegar nas unidades e encher os postos de saúde. Assim não, assim eles previnem. Tão começando, esse projeto, é novo. Mas eles estão começando a prevenção das famílias, é o médico da família, ele vai lá, atende a família, se tem algum exame pra fazer ela(e) já passa pra adiante, já vai, faz os exames, depois apresenta os exames, se tem alguma alteração no exame, já faz o tratamento ali [...]. É uma prevenção [...]. Antes que aconteça o mal eles querem prevenir as pessoas (Isabelleana).

Talvez se tivesse um ônibus... A gente já se antecipava, porque pela demora, o certo é a gente prevenir... Tem que se antecipar eu acho... Ir antes de ficar doente [...] (Tenella).

O termo prevenção aparece com as seguintes conotações: prevenir para não adoecer, para não encher os postos ou por eles estarem cheios e pela demora se antecipar para não agravar o adoecimento. Em relação às agricultoras assentadas, interpretamos que há uma maior apropriação do termo e dos processos de trabalho, tendo em vista as possibilidades de inserção que a Unidade Móvel proporciona e o fato de algumas destas agricultoras estarem sendo contratadas como ACS, conhecendo as diretrizes e princípios da Atenção Básica. Contudo, o termo apesar de aparecer para os (as) não assentados (as), se apresenta como uma suposição da prevenção, pelo fato do atendimento ser demorado e de difícil acesso, entretanto,

a corresponsabilização de “ir antes de adoecer”, mas ainda não aparece a promoção de saúde, principalmente, pelos desafios a serem enfrentados no tratamento e prevenção de agravos.

A agricultora não assentada sugere justamente o ônibus (Unidade Móvel) para efetivamente trabalhar a prevenção, sendo que não participou do grupo com o assentamento. Reiterando que esta modalidade de ESF tem a possibilidade de melhor trabalhar a prevenção no território, por circular e acolher os (as) usuários (as) mais próximo de suas residências.

Mesmo que a prevenção e a promoção em saúde estejam presentes diversas vezes na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ainda se apresentam como dois de seus maiores desafios de efetivação. Além disto, há uma contradição ou dissonância com o previsto na PNAB, o que agrava a situação dos (as) agricultores (as) que é o fato de que os (as) participantes do grupo dos agricultores (as) não assentados (as) irem ao sindicato para o atendimento em saúde, sendo que residem próximo à divisa com a cidade de Santo Antônio da Patrulha. Ou seja, mais de 40 km do centro de seu município, onde fica o sindicato, com o agravante do transporte escasso e caro. Para estes (as) agricultores (as) o acesso ao sindicato ainda se apresenta como estratégia viável, mesmo que mais distante, sendo um dos fatores, o horário do transporte coletivo.

#### 4.4 AÇÕES ESPECÍFICAS PARA A POPULAÇÃO DO CAMPO: CONSONÂNCIAS E DISSONÂNCIAS COM A PNSIPCFA E SUS

Neste subcapítulo apresentaremos sobre as ações específicas para a população do campo, destacando as consonâncias e dissonâncias com a PNSIPCFA e com o SUS, a partir da fala dos (as) profissionais e usuários (as). Pretendemos estabelecer uma maior conexão com o território de existência, portanto de uso, destes (as) agricultores (as), apesar desta categoria ser transversal a todo trabalho:

O que interessa discutir é, então, o território usado, sinônimo de espaço geográfico. E essa categoria, território usado, aponta para a necessidade de um esforço destinado a analisar sistematicamente a constituição do território. Como se trata de uma proposta totalmente empirizável, segue-se daí o enriquecimento da teoria (SANTOS; SILVEIRA, 2006, p. 20).

Por ser uma categoria essencial nesta discussão, torna-se transversal, pois ao passo que se discute condições e modo de vida e sua relação com a terra, é imprescindível traçar o território em seu uso, como uma das categorias centrais da pesquisa “empírica que enriquece a teoria” e essa relação intrínseca e indissociável da práxis profissional: relação da teoria com a prática. Com isto, retomamos as entrevistas e grupos, articulando diretamente as falas de profissionais com usuários (as), à dialética da discussão de movimento e retomadas. Portanto,

ao perguntar para profissionais sobre quais **ações realizam no atendimento de forma geral, no território e em rede, como são realizadas e com que frequência** ocorrem estas ações, respondem: “Nesse momento é de acordo com a demanda”(Margarida). “A comunidade tinha muita sede de atendimentos”, pois o “ônibus ia mais ou menos de 3 em 3 meses”. Então hoje, “os cuidados são basicamente curativos” (Margarida).

Ressalta que pelo fato do trabalho ser inicial as ações são realizadas de acordo com a demanda espontânea, até mesmo como uma forma de diagnosticar a realidade dos territórios, para a gradativa construção de fluxos a serem traçados para estas ações. Todavia é importante salientar que as ações ocorrendo somente de acordo com a demanda possam incidir no risco de não contemplar as necessidades efetivas da população e trabalhar somente a consequência dos agravos em saúde e não os seus fatores multicausais, sua prevenção e promoção, fragilizando a atenção em saúde e reforçando as práticas estritamente curativas, apesar destas também serem necessárias.

Antônio Conselheiro relata que contam com uma equipe de apoio, quando necessário: vacinadora, psicólogo, “mas num primeiro momento se trabalha um(a) médica (o), um(a) enfermeira(o) e um técnico (a) de enfermagem” e no “local, um(a) agente comunitária (o), que faz a visita diária, nos informando da necessidade do pessoal lá daquela região” . Refere que otimizam muito os exames para eles, levam na secretaria para marcar, levam todos carimbos necessários, “eles não precisam se deslocar pra nenhum lugar, só vão direto fazer o exame que a (o) Dr(a) pede. Então o trabalho é meio resumido pela necessidade deles e a distância” [...]

O profissional informa ao longo da entrevista a importância do trabalho em conjunto e com equipes de apoio, interdisciplinares, que não sejam somente a equipe adscrita para o território. Salienta a ampla contribuição e expectativa no trabalho do (a) ACS, que ao transitar e viver no território em que trabalha tem a possibilidade de conhecer e reconhecer as necessidades da população referenciada e resume o trabalho na “necessidade e distância”. Indica o termo necessidade, aos invés de demanda, o que já demonstra um avanço para o diagnóstico em saúde da população. Ainda que pautar sua resposta nos procedimentos, e nas tecnologias leves-duras e duras que também qualificam e otimizam o trabalho da equipe, como um todo.

Reitera a resposta de Margarida e menciona junto aos demais profissionais, o acolhimento, a conversa e a escuta como essenciais no processo, exemplos de tecnologias leves. Complementa sobre os processos de trabalho como quando chegam e conectam a “Unidade Itinerante” à energia elétrica, onde possuem espaços para materiais e“ [...] A gente

leva remédio pro pessoal, todo tipo de remédio. E o deslocamento é feito nessa unidade móvel. [...]. A (o) Dr(a) atende mais ou menos uns 20 pacientes no dia. A gente trabalha na rua, então, quando a gente vai pra rua tudo pode acontecer” [...] (ANTÔNIO CONSELHEIRO).

Demonstra a disponibilidade da equipe para trabalhar nos territórios, em consonância com o SUS e portanto, com a PNSIPCFA, tendo ciência de que realizar este trabalho necessita estar aberto ao inusitado de cada território e por estar “na rua”, principalmente por não trabalharem fixados em um único. Ampliando a concepção de território para a territorialidade, como “maneira singular de se apropriar, fazer uso da terra, do território” (KOGA, 2011, p. 38).

Ressalta sobre as condições de trabalho que os possibilitam objetivar o atendimento e acompanhamento, pela Unidade Móvel, sua estrutura, espaço fixo em cada setor, equipe, instrumentos e materiais e a contribuição de moradores (as) para a organização do trabalho, portanto, coletivo. Complementa que a equipe tem uma escala e faz um rodízio no assentamento, indo a cada setor a cada 6 ou 7 dias e nos quilombolas.

A agricultora Brinco de princesa refere a frequência dos atendimentos de acordo com Antônio Conselheiro, o qual a sua equipe atende com dentista, uma vez por mês. Edulis refere que o (a) médica atende cerca 80 à 100 pessoas no assentamento, por mês: “no atendimento contínuo. De prevenção e até mesmo de solução dos problemas. E as pessoas são variadas [...]” Há a indicação da prevenção, principalmente de agravos e acompanhamento, demonstrando que com as condições de trabalho, através da formação de vínculos é possível inserir-se. Ainda com um espaço fixo em cada setor, fortalece-se o trabalho e a referência de ponto de encontro e vinculação.

As assentadas ressaltam ao importante acompanhamento do (a) nutricionista do INCRA no território, com a apresentação de vídeos despertou interesse até nas crianças. “E até, eu, como tô visitando, eu ouço às vezes as mães dizerem assim: “Bah! Agora meu filho não quer mais saber de bolachinha recheada, não quer isso, por causa do vídeo da C., sabe. Então, contagiou um pouco. Então, por isso, essas prevenções que são importantes. Não é tanto o remédio, remédio, remédio...”(EDULIS).

Ações interdisciplinares e intersetoriais que possibilitam trabalhar a prevenção em saúde, tendo em vista os altos índices de obesidade, colesterol alto, hipertensão, diabetes, inclusive na infância, pela própria alimentação, assim como todas as faixas etárias. De acordo com a OMS a obesidade é um dos grandes problemas mundiais: mais de 2 bilhões de pessoas com excesso de peso e 400 milhões de obesos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 34).

Brinco de Princesa refere: “Dentro desses atendimentos o (a) doutor (a) já tá controlando: “eu vou atender duas crianças obesas, duas pessoas adultas obesas”[...] Já tá dando essas prioridades pra conscientizar[...]” (Edulis). O que expressa a articulação interdisciplinar e intersetorial se consolidando na atenção em saúde no assentamento.

Em relação à saúde mental Antônio Conselheiro aborda a importante contribuição do CAPS AD: “tem um trabalho pra tabagismo, especial. A gente encaminha eles. Até uma meia-dúzia de alcóoltras mesmo, a gente já conseguiu fazer com que eles parassem. ” Complementa sobre os agravos relativos aos seus "antecedentes". O profissional aponta dados concretos sobre a saúde inclusive a mental, destes (as) trabalhadores (as), refere sobre o uso prejudicial de bebida alcoólica, que entende ser motivado pelo trabalho, e o uso constante da força física, assim como o fumo. Aponta um dado que cerca de 70% dos trabalhadores, principalmente homens, fazem uso prejudicial de álcool. Indica que o trabalho é centralizado no CAPS AD e que cerca de seis usuários "alcóoltras" em sua fala, teriam deixado de fazer este uso. O que incide na inferência de que o produto deste trabalho ainda é reconhecido, através da abstinência, nesta situação. Sendo importante mencionar sobre a redução de danos<sup>57</sup> que apesar de não ser fácil de mensurar necessita ser potencializada e trabalhada em educação permanente, assim como a superação de palavras que estigmatizam o usuário, como o termo “alcóoltra”.

Neste contexto, é importante ressaltar que a mulher vem aumentando seu consumo de substâncias psicoativas, muitas vezes invisibilizada e homogeneizada no processo de cuidado em saúde, pois “há uma crença social de que o uso de drogas é uma prática masculina, invisibilizando o uso feminino” (BOLZAN, 2015, p. 106). Prática arraigada a uma sociedade marcadamente patriarcal e machista que estigmatiza a moralidade da mulher que faz uso de substâncias psicoativas.

Salientamos ainda que, apesar da região Sul ser a região que possui mais pessoas que fazem uso de álcool, de acordo com o IBGE (BRASIL, Painel de indicadores do SUS, 2008) 34,6% entrevistados, imbricado potencialmente à cultura colonial italiana e alemã, é o estado que menos faz uso prejudicial de bebida alcoólica 2,1%. O que demonstra que fazer uso não

---

<sup>57</sup> Assim, embora a estratégia de redução de danos seja tradicionalmente conhecida como norteadora das práticas de cuidado de pessoas que tem problemas com álcool e outras drogas, esta noção não se restringe a esse campo por ser uma abordagem passível de ser utilizada em outras condições de saúde em geral. Há, portanto, duas vertentes principais a respeito da Redução de Danos (COMTE et al., 2004): 1) a Redução de Danos compreendida como uma estratégia para reduzir danos de HIV/DST em usuários de drogas e 2) a Redução de Danos ampliada, concebida como conceito mais abrangente, no campo da Saúde Pública/Saúde Coletiva, por abarcar ações e políticas públicas voltadas para a prevenção dos danos antes que eles aconteçam (DIAS et al., 2003). Apesar das diferenças apontadas entre essas perspectivas, um ponto em comum a ambas é a construção de ações de redução de danos tomando como fundamental a valorização do desejo e das possibilidades dos sujeitos para os quais estão orientadas essas ações. Ou seja, ambas as perspectivas pressupõem o diálogo

necessariamente se torna prejudicial. Contudo, há índices consideráveis de danos decorrentes do uso prejudicial, assim como o tabagismo, que de acordo com a OMS é responsável por “cerca de 5 milhões de mortes ao ano, em todo mundo” (BRASIL, Painel de indicadores do SUS, 2008, p. 34).

Sendo drogas lícitas, ressaltamos que o consumo e o proibicionismo das drogas estão intrinsecamente relacionados “às transformações econômicas e ao processo de crescimento industrial, adquirindo novas significações na sociedade capitalista, atrelada à lógica do mercado e ao desenvolvimento do comércio de mercadorias” (BOLZAN, 2015, p. 42). O que apresenta que o fato de ser lícito ou ilícito não impede que se faça uso prejudicial, expressando que não é o proibicionismo ou a apologia às drogas que irá solucionar os agravos deste uso prejudicial, mas esclarecimentos e acompanhamento de quem decidir fazer uso destas substâncias, pelas políticas públicas, não criminalizando o (a) usuário que possa decidir sobre o uso.

O que nos remete a fato do próprio consumo de agrotóxicos em nossos alimentos sem ao menos sabermos suas efetivas consequências. “Estudos têm mostrado seqüelas neuropsicológicas persistentes em pessoas que tiveram intoxicações<sup>58</sup> agudas moderadas e graves por organofosforados<sup>59</sup>, ao mesmo tempo que, ainda são escassas as evidências conclusivas sobre efeitos psicológicos a longo prazo, de exposições crônicas aos pesticidas” (FARIA et al., 1999, p. 399). Substâncias em estudo e gradativamente sendo consideradas em suas especificidades, como psicoativas.

Exemplo que expressa que determinados agrotóxicos fazem parte de nosso cotidiano, mais até, que o próprio álcool e o tabaco, para muitos que deles fazem uso e pior, mesmo alguns não autorizados, vêm sendo consumidos por nós mesmos sem sabermos, não sabemos suas consequências e não temos a autonomia em optar pelo não uso, somente se comprarmos alimentos orgânicos que são mais caros e de difícil acesso. Indagamos até que ponto somos donos de nosso corpo? Portanto a necessária Redução de Danos para quem produz e consome,

---

e a negociação com os sujeitos que são o foco da ação. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, CADERNO AB, n. 34, 2013, p. 58).

<sup>58</sup> No período de 2007 a 2009 o SINITOX (Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas) registrou 539 óbitos de Intoxicação por Agrotóxico de Uso Agrícola no Brasil. Dentre as circunstâncias registradas, a tentativa de suicídio foi a mais frequente com 85,2% dos casos de óbitos no período. 48,4% desses suicídios aconteceu na região Nordeste. No SINAN (Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação) o cenário é bem semelhante ao apontado pelo SINITOX, no mesmo período (2007 a 2009), os óbitos de Intoxicação por Agrotóxico por suicídio totalizaram 86,36%. Destes, 50% ocorreram na zona rural, 47,1 na zona urbana e 2,9% não foi informado o local da ocorrência (SOARES, 2014, p. 82).

<sup>59</sup> Após absorvidos, os organofosforados e seus produtos de biotransformação são rapidamente distribuídos por todos os tecidos. Os compostos mais lipofílicos podem alcançar concentrações significativas no tecido nervoso, e/ou outros tecidos ricos em lipídios (CALDAS, 2000, p. 10).

leis e políticas efetivas sobre este problema de saúde pública. Desta forma, Antônio Conselheiro contempla a atenção ampliada em saúde:

O trabalho da saúde, estabelecido lá conseguiu fazer um intercâmbio com os outros programas de políticas públicas do município. Através do CAPS, o CAPS que centraliza esse tipo de coisa. Eles têm muito problemas de depressão, tu vai ver, os assentados eles trazem muitas dificuldades familiares, muitos traumas [...], **tu vai ver também**, nos tempos que eles moravam em beira de estrada. Então elas (mulheres) já trazem isso com elas. Metade da população dos sem-terra usa medicação controlada<sup>60</sup>, metade, então, é muito né, pra uma comunidade de 100, 50 (Antônio Conselheiro).

Além do dado do uso prejudicial de substâncias psicoativas, a incidência de pessoas com depressão e uso considerável de medicações controladas, que podem decorrer também, dos traumas enfrentados, como as violações de direitos no processo de luta por terras e mesmo depois de obtê-la. Dado preocupante sobre o grande contingente de usuários (as), principalmente mulheres, do assentamento, usarem esta medicação, remetendo a inferência de que os processos que sofreram ao longo de suas vidas e na atualidade, geram sofrimento relacionado também, à questão de gênero, pois “a violência de gênero é uma manifestação de conduta que pode causar morte, dano ou sofrimento sexual, físico ou psicológico para a mulher. É uma manifestação de relações de poder, historicamente desiguais entre homem e mulher”. (GROSSI et al., 2008). Sem desconsiderar o sofrimento do homem neste contexto, que não ocorre unilateralmente e também faz uso de medicações. Exigindo que a Atenção Básica atente para estas realidades, assim como pesquisas neste campo, pois não localizamos dados sobre o uso de medicações controladas no rural brasileiro e suas motivações.

A medicação deve ser um dos últimos recursos e não o principal e único recurso para atender as demandas de saúde e saúde mental. Compete aos profissionais trabalhar com a educação em saúde, no impedimento de que as medicações sejam usadas para inibir a intervenção nos “fatores sociais e comportamentais das doenças”, previsíveis ao modelo mercantil de encurtamento do concreto ao abstrato da produção do adoecimento (LEFEVRE, 1983), a espera pela “pílula mágica” que resolverá todos os problemas, que infelizmente não existe. Para que se possa efetivamente, garantir o acompanhamento em saúde mental, para além da renovação de receitas na Atenção Básica, a cada mês e pelo CAPS, a cada 6 meses, em casos considerados “estáveis”. Afirmamos então, que as práticas de saúde mental podem e

---

<sup>60</sup> Medicamentos/substâncias sujeitos a controle especial, também chamados medicamentos/substâncias controlados, são aqueles que têm ação no sistema nervoso central podendo causar dependência física ou química. A inclusão/exclusão de tais substâncias nas Listas da Portaria SVS/MS 344/98 e suas atualizações, é definida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA/MS. (CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, [1998].

devem ser de corresponsabilidade entre profissionais e usuários (as) com vistas à intra e intersectorialidade, assim como todo (a) profissional deve trabalhar a saúde mental :

Entendemos que as práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de Saúde com os usuários, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Caderno AB, n. 34, 2013, p. 22).

O profissional em seu discurso abarca este entendimento, apesar das ações de saúde mental ainda serem reconhecidas em sua centralidade, a partir do (a) profissional da medicina, ao passo que apresenta importância de suas ações e de colegas das demais políticas públicas, o que demonstra que reconhece a saúde para além desta política, através da interdisciplinariedade, intra e intersectorialidade. Constantemente introduz elementos que fazem-nos compreender que trabalham a saúde mental para além da medicação, ao passo que acompanham estas famílias e buscam prevenir e promover saúde, através do acolhimento e vinculação que realizam no atendimento, principalmente pelas tecnologias leves.

Todavia, compreendemos que deve-se avançar, através de exemplos como a constituição de grupos de saúde mental na Atenção Básica, oficinas terapêuticas, matriciamento, que devem trabalhar a saúde mental cotidianamente, de forma transversal aos níveis de atenção à saúde e às políticas sociais e públicas. Para que se amplie a atenção em saúde. Seja com a contribuição do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)<sup>61</sup> que está sendo implantado e implementado no município, como as demais políticas públicas de saúde e intersectoriais e da população usuária, pois o SUS é e deve ser universal e construído coletivamente, sem um ente substituir o outro.

Assim como trabalhar a Saúde do Trabalhador e Trabalhadora na Atenção Básica, pois a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, em seu parágrafo único, aponta que esta “alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNSTT, 2012).

Cícero refere desconhecer sobre as atividades culturais no território e que a ESF que trabalha, próxima da escola, realiza palestras sobre HIV nesta e ações grupais as quais

---

<sup>61</sup> Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Atualmente regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família

abordam as doenças mais presentes, como: transtorno mental, diabetes, hipertensão, na Unidade de Saúde. Com isto, expressa a carência das ações culturais, o que implica também outros setores e a intersetorialidade no território. Importante retomar o fato deste profissional mencionar não identificar especificidades nesta população, não apontando a necessidade de ações mais específicas.

De forma geral, os (as) agricultores (as) expressam os entraves para realizarem exames, principalmente, para os de oftalmologia, raio x e ecografia. E indicam que além de não ter mais cotas para este ano, desde maio de 2015 no município, demoram cerca de seis meses até um ano para fazer. Revelam também, dificuldades para acessar especialidades como oftalmologia e laboratórios para fazerem esses exames. Sobre esta questão o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 aponta como principais metas: descentralizar o agendamento de exames e especialidades para as Unidades de Saúde, regulação, ampliar a capacidade de resolutividade, ação conjunta com municípios da 9ª e 10ª região, implantar sistema de gestão, chamamento público e ampliação da oferta destes serviços junto ao hospital do município (VIAMÃO, 2013, p. 124).

Para os (as) não assentados (as) do grupo, o sindicato é a maior possibilidade de acesso, mesmo que mais distante, e, são bem atendidos (as):

Nós temos uma vantagenzinha, que temos um sindicato, que tem dentista, tem doutor [...] (Julião).

Só o clinico e dentista (Sessilis).

O Dr. é maravilhoso! (Trianda).

A recepcionista também, uma beleza,o tesoureiro também atende (Julião).

Os relatos demonstram distintas realidades em alguns aspectos e uma importante contradição: Os (as) não assentados buscarem atendimento em saúde no centro da cidade (sindicato), o que torna mais distante e caro, porém mais acessível, pelo horário de transporte e garantia de atendimento. Ou seja, percorrem cerca de 40 km para ter acesso à saúde, por se tornar mais “acessível”. Além do desgaste físico, mais gastos, pois pagam pelo atendimento, pelos exames e pelos impostos que permitem o acesso ao SUS. Além disto, o sindicato como uma importante instituição de construção coletiva de garantia de direitos, os acolhe bem, porém o ideal seria que este espaço de proposição política construísse com os (as) agricultores (as), estratégias políticas legais, para a garantia do acesso aos SUS no território destes (as) trabalhadores (as).

---

(ESF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. (NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA, 2012).

De forma geral, interpretamos que as ações ocorriam até o momento da coleta, de acordo com a demanda espontânea, ainda pautadas principalmente no tratamento e reabilitação da saúde, porém com a frequência das idas ao território, como a Unidade Móvel, ao assentamento, através do contato diretamente com usuários (as), importante para a formação de vínculo e diagnóstico, tem tido avanços, inclusive, com a prevenção e a possibilidade gradativa da promoção em saúde. O profissional que não possui automóvel para transitar pelo território, apresenta-se implicado com os processos da população que atende, mas não apresenta ações específicas com agricultores (as). O que expressa a necessidade de “usar” o território, pois o que tem condições de usá-lo (circular) indica ações e especificidades no trabalho com agricultores (as).

Identificamos um trabalho interdisciplinar, intra e intersetorial em construção, principalmente com a Assistência Social e Educação, o que nos faz interpretar que há a compreensão do conceito ampliado de saúde e uma importante articulação com estas políticas que preconizam a territorialização dos serviços.

Sobre a construção de ações em relação ao cuidado a estas populações com vistas à integralidade, equidade e universalidade. Sobre educação permanente, Margarida refere: “hoje não se tem ainda nenhuma atividade específica de educação permanente coletivamente, só individualmente, em consulta.” Refere sobre o pouco tempo de trabalho que se tem, portanto não há um planejamento traçado para a educação permanente e portanto, para o atendimento no que se refere às necessidades específicas das populações. Porém, as equipes estão se estruturando, também com a contratação de ACS, um grande desafio, devido aos critérios de seleção e está se fazendo este levantamento de acordo com as demandas.

Antônio Conselheiro reitera que estão trabalhando para isso, mas ainda não está acontecendo. Somente em momentos de consulta. Dialogam com facilidade, pois ficam o dia inteiro juntos: “há uma conversação dos profissionais, tanto da (o) médica (o) enfermeira (o), do (a) técnico (a), mas não aquele momento para palestrar.” Indica que focam na “parte saúde”, no atendimento a partir da demanda e reitera a parceria com dentista que vai a cada 15 dias fazer um trabalho no território. Aponta:

Eles são muito carentes assim, de conversar de esclarecer o que aconteceu. Eles querem falar pra ti a vida toda deles. Então, acaba a gente meio que sendo um assistente social [...]. Muito idoso no assentamento. A gente pega um vínculo com eles, de vez em quando a gente não vai, eles ligam. É bem interessante esse vínculo que a gente tem, que o posto de saúde não consegue dar, mais essa parte aí, uma parte social bem bacana. É o foco da estratégia da família, é isso aí, tratar a doença antes dela se manifestar, que é a prevenção, esse que é o foco do trabalho (Antônio Conselheiro).

O profissional refere que a Educação Permanente está em construção, porém demonstra compreender que a Educação Permanente se daria através de palestras. Reiteramos que esta deve ser uma construção horizontalizada, a partir do processo de trabalho “que pode indicar quais saberes são necessários para a qualificação do atendimento ao usuário e para a melhoria das condições do próprio trabalho em saúde” (VIAL et al., 2009, p. 15). O foco que refere é na saúde e a educação permanente em saúde também o tem como base, respeitando e construindo o planejamento e as intervenções de trabalho juntamente com usuários (as). O que o profissional tem referido realizar, através da escuta que o orienta sobre as necessidades da população.

Salienta o que refere ser uma "carência" o movimento político e participativo dos (as) usuários (as) que, ao dividir sua vida no diálogo, reivindicam o seu direito à informação. Constituindo vínculos, o profissional tem mais condições de trabalhar a partir das necessidades, pois a parte social é um determinante para a saúde. Todavia, para trabalhar com o social não necessita ser Assistente Social, que é uma formação específica, portanto não se pode ser "Assistente Social", sem esta formação, mas pode-se trabalhar com o social, sendo profissional previsto nas políticas públicas e sociais. Aliás, pode-se trabalhar com o social em qualquer profissão, a partir da sua formação.

Atenta-nos para o importante número de idosos na região que atende, fornecendo indicadores para se pensar a política de saúde para este segmento e a importante atenção que buscam dar na ESF itinerante, o que refere que o posto de saúde não consegue dar. Salienta a prevenção como tratar a doença antes dela se manifestar e a prevenção seria para que a doença não acometa o sujeito.

Cícero aponta que com a equipe completa se pode fazer outras atividades no território. Salienta que os (as) usuários ficam satisfeitos com o tratamento, mas possuem o agravante do transporte que tentam resolver, pois inclusive, esperam muito tempo na parada. Aposta que com a equipe completa poderão trabalhar a saúde dos (as) trabalhadores (as):

Podemos trabalhar os cuidados com os acidentes de trabalho, métodos de proteção. Em (seu país de origem) o médico vai ao posto trabalhar para avaliar. Lá 50 anos fazendo o mesmo, nos anos 60 se começou a fazer isso. Lá é mais adiantado. Aqui muito burocrático, muitos carimbos, no (outro país que trabalho) se ligava e à tarde vinha a medicação. Aqui demora, muitas leis, burocratização (Cícero).

O profissional refere as necessidades desta população voltadas para a melhoria de acessibilidade ao transporte e a superação da burocratização dos serviços, até mesmo para o acesso a medicações que indica. Os desafios do Brasil no que tange à saúde dos (as) trabalhadores (as), pois em sua referência, há países que há anos se trabalha. O que no Brasil

ainda não se avançou, porém refere que com a equipe completa se amplia as possibilidades deste trabalho e da educação permanente. Mas necessita superar a burocratização: muitas leis, carimbos etc. O que é enraizado historicamente, pois desde a colonização portuguesa, o país é imerso a sistemas burocratizados que mais inviabilizam o trabalho e o acesso da população do que garantem direitos.

Os três profissionais referem que a Educação Permanente não está se efetivando pelo fato da equipe estar se estruturando. O termo “palestra” ainda é predominante, o que se pode inferir que, alguns profissionais, ainda têm a concepção que a educação permanente se dá principalmente, através de palestras, porém, é para além de palestras e pela coletividade, construída também com usuários (as), portanto, a educação permanente é:

[...] abrangente, pois tanto pode ser compreendida como modo de atenção, estratégia político-pedagógica, como componente do eixo da estratégia administrativa e de participação social. Esta concepção se fortalece e amplia o horizonte dos trabalhadores ao se consolidar, na prática, como espaço de atuação crítico-reflexiva, propositiva, engajada socialmente e vislumbrando propostas tecnicamente competentes para o fim que se deseja, ou seja, formação dos trabalhadores para o SUS (VIAL et al., 2009, p. 18).

Considerando a educação permanente como estratégia inclusive, de educação em e na saúde, perguntarmos aos (as) profissionais se conhecem a PNSIPCFA, se ela está sendo implantada ou implementada em Viamão. Referem que não a conhecem somente Margarida já teve contato, através de congressos, mas que a política não está sendo implantada no município, pelo fato inclusive, da gestão optar pelo que estava mais “gritante”, resultando na estruturação da Básica. Todavia, isto implicou na garantia da existência da equipe itinerante de ESF, que não está prevista na PNAB, somente para populações ribeirinhas ou unidade móvel odontológica para assentamentos e quilombos, mas com características de ESF não está prevista, o que o município "bancou" por considerar como parte das maiores necessidades, na estruturação da Básica e pela luta dos (as) agricultores assentados (as) o que apresentaremos no capítulo 5. Através do planejamento principalmente, do Plano Municipal de Saúde. O que mostra a consonância com a PNSIPCFA assim como com o SUS.

Salientamos que o RS instituiu uma portaria de nº 565-2013 onde a Secretaria Estadual da Saúde (SES) financia a aquisição de Unidades Móveis de Saúde para viabilizar a atuação de equipes de Saúde da Família em áreas rurais, de municípios com baixa densidade demográfica e que tenha a partir de 70% da população vivendo na área rural<sup>62</sup>. E o município de Viamão não entra nestes critérios. Portanto, infere-se que o município está em consonância com a PNSIPCFA, neste aspecto, mostrando avanços para além da política, e instigando aos

demais municípios, estados e a própria União a produzir estratégias como esta, de constituir equipes de ESFs itinerantes para municípios também, com alta densidade demográfica e ampla extensão territorial rural. Mesmo Viamão não estando nos critérios, tomou a frente nesta perspectiva que contempla estas populações, o que mostra um grande avanço indo para além da consonância com a política e portanto, com o SUS, em uma tomada de frente em relação ao municípios rurais do estado.

Sendo que o território rural possui a característica de ser distanciado da maioria dos serviços públicos, que concentram-se nos centros urbanos, até mesmo porque em Viamão, as plantações e as áreas de preservações ambientais, também produzem este distanciamento, por fazerem parte desta extensão territorial, uma importante característica a ser respeitada e planejada as ações mediante a realidade territorial de produção, preservação e inserção nos serviços públicos.

Assim como a preservação da barragem do assentamento que viabiliza além da irrigação do arroz orgânico a preservação de “várias espécies de animais ameaçados de extinção no Rio Grande do Sul” (ROSA, 2014, p. 32). Um grande desafio para a produção em locais de preservação ambiental e para se pensar em políticas públicas e um grande avanço na conciliação da produção com a preservação e qualidade de vida.

Por fim, dois profissionais referem não estar sendo implantada e implementada a PNSIPCFA<sup>63</sup> no município e um refere estar sendo pouco implementada. Margarida refere que a gestão optou por atuar nas áreas mais vulneráveis do município com a estruturação da Atenção Básica e portanto, também das ESFs, garantindo a estruturação das equipes. E isto vem ocorrendo também na área rural, a exemplo dos lugares que viam o (a) “médico de 3 em 3 meses”. Outra questão é a constituição do trabalho com o assentamento e quilombos, não prevista na PNAB e que o município assumiu e concretizou este compromisso. Contudo há muito o que se avançar, principalmente referente ao território dos (as) agricultores (as) não assentados (as) e de Cícero, no que tange às condições de trabalho, incidindo em uma inserção ainda “marginalizada”, com ações mais pontuais, dadas às condições de trabalho, mas em constante busca desta superação.

Considerando o contexto de estruturação, frequência de atendimentos das equipes e o cuidado mesmo que predominantemente curativo, interpretamos que as ações existentes estão

---

<sup>62</sup> Apresentamos um quadro das Atas do comitê estadual de saúde das populações do campo, florestas e águas do RS que apresenta uma síntese do processo desta portaria, nos apêndices deste trabalho.

<sup>63</sup> Participamos da conferência municipal de saúde, onde propusemos e foi aprovada a inclusão da PNSIPCFA no Plano Municipal de Saúde de Viamão e, portanto, sua implementação no município. Considerando que ter-se-á que aguardar, pois o atual foi produzido em 2013. Outra proposta aprovada foi a de a Atenção Básica acompanhar casos de saúde mental, para além da medicação, a exemplo da constituição de grupos e demais formas de acompanhamento.

em consonância com a PNSIPCFA e, portanto, com o SUS, o que exige o esclarecimento de que a política não prevê verba e é transversal, devendo ser implementada em todos os níveis e políticas de saúde, articuladas com as políticas intersetoriais. Necessita-se o reconhecimento e inclusão da política e suas diretrizes, nos planejamentos das ações na Atenção Básica e demais níveis de atenção. Contudo, a falta de condições e acesso da população não assentada do grupo, apresenta-se como uma dissonância do SUS e PNSIPCFA a ser trabalhada.

Portanto, o território dos não (as) assentados (as), considerando que foi uma parte do município e não toda área rural, apresenta-se com ações no território mais no entorno da ESF e mais pontuais, pelas condições de trabalho, relatadas. Há um grande desafio a ser trabalhado, pois neste território há possivelmente, maiores distâncias do que as que enfrentam no assentamento, indicando a ampla necessidade de transporte para as ações intra e intersetoriais.

Sobre a PNSIPCFA se já tiveram acesso alguma vez, os (as) agricultores (as), referem que **não**, porém alguns (mas) indicam:

Mais um direito! [...] Mas nós temos direções que participam das coordenações, então, devem já estar sabendo. Então hoje, a nossa direção[...] tá em outra reunião.[...] Ela deve tá sendo informada. Nós estamos montando de novo a questão de saúde, dentro dos assentamentos, então pra nós aqui pode ser novo. Mas pro Movimento Sem-terra não deve ser novo (Brinco de Princesa).

Mais um direito que nós vamos estudar e ver o que nós podemos ajudar...(Isabelleana).

Os (as) assentados (as) referem não saber, mas que o movimento deve, e ainda apresentam a satisfação de ter mais um **direito**. Esta categoria emerge principalmente da fala do assentamento, a qual elencamos à categoria emergente participação social e à PNSIPCFA. Contudo, os (as) não assentados (as) referem não conhecer a PNSIPCFA e apontam-na como positiva e importante, em função do esquecimento que sofrem, assim como a contribuição da pesquisa para dar visibilidade às suas condições de vida e para a construção da política, a qual estaria diretamente vinculada à/o presidente como uma **ajuda** para acabar com a pobreza:

Que é importante! Que a gente tá lá jogado! Esqueceram de nós! É que vocês fazem esse trabalho e se lembram da gente! É muito bom esse trabalho de vocês! Meus parabéns! (Sessilis)

Eu acho que a (o) presidente vai nos ajudar, que é pobre também! (Julião).

Ah a (o) presidente !Eu acho que ela(e) vai nos ajudar! (Sessilis).

Ela (e) vai nos dar uma mão! (Julião).

Ela (e) ia terminar com a pobreza! (Chico).

Tu entendeu a nossa situação! (Sessilis).

Há o reconhecimento da PNSIPCFA ser um avanço, porém para os (as) assentados (as) numa perspectiva de direito e para os (as) não assentados (as) numa perspectiva de ajuda. Tendo em vista que os (as) assentados (as) fazem parte de movimentos sociais, em especial o MST e esta vinculação contribuir para a concepção de direito sociais- coletivos. Contudo, há o desafio para as políticas sociais e públicas no que se refere à garantia de inserção digna aos serviços públicos, acesso à informação e o fomento do trabalho coletivo para o controle social, vislumbrando a construção da concepção de direito e “resta efetivá-los, torná-los “vivos”, alcançá-los aos seus reais destinatários” (VIAL; FORTES, 2005, p. 159).

Um desafio inclusive, para os órgãos representativos destes (as) trabalhadores (as), como os sindicatos, pois com as fragilidades históricas da proteção social para a população do campo há o grande risco de entender que as ações de direito são de ajuda, o que torna um analisador e legitimador desta questão, e com mais acesso, inclusive à informação, esta concepção é mais passível de ser superada.

## 5 QUEM SÃO A POPULAÇÃO E PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO CAMPO, EM VIAMÃO? IDENTIDADE E ESPECIFICIDADES “PAMPEIRAS”

Há um vilarejo ali  
 Onde areja um vento bom  
 Na varanda, quem descansa  
 Vê o horizonte deitar no chão  
 Pra acalmar o coração  
 Lá o mundo tem razão  
 Terra de heróis, lares de mãe  
 Paraíso se mudou para lá  
 Por cima das casas, cal  
 Frutas em qualquer quintal  
 Peitos fartos, filhos fortes  
 Sonho semeando o mundo real [...]

(Vilarejo, Marisa Monte)

Neste capítulo abordamos as características da população do campo da região de Viamão, advinda de muitos municípios do estado e até de outros, assim como as necessárias características de profissionais e serviços para contribuir com a implementação da PNSIPCFA. Consideramos Viamão um “Vilarejo” no sentido acolhedor da palavra, como na música “Vilarejo” de Marisa Monte, representa e, para além de “cidade dormitório”, um território acolhedor. Para isto, retomamos brevemente sua história, a partir do site do IBGE (2015), livro Raízes de Viamão (2008) e do Plano Municipal de Saúde para 2014-2017 (VIAMÃO, 2013).

No século XVIII a riqueza de seus campos fizera com que colonizadores aqui se fixassem, deixando de ser apenas uma passagem. Em 1733 é o ano inicial da radicação da propriedade territorial e os primeiros pedidos de concessões de sesmarias, com a vinda de açorianos (FRANZEN, 2008).

Viamão é elevada à categoria de freguesia em 1747, com a invasão castelhana (1766) se instalava a sede do governo da capitania. “E em 1880 desmembra-se de Porto Alegre para tornar-se vila e sede do município. A importância histórica e social de Viamão iniciou quando foi sede das primeiras estâncias de criação de gado”. Os grandes rebanhos transitavam por Viamão para serem comercializados em Laguna (SC) pelos tropeiros (IBGE, 2015a).

O município foi um dos primeiros núcleos de povoamento do Estado, dando origem à Porto Alegre, Santo Amaro, Triunfo, Rio Pardo, Taquari e as cidades do litoral norte. Seus habitantes primitivos foram os índios mbyá-guaranis e kaingangs. Em 1763, a cidade representou o governo do RS até 1773, com a invasão dos espanhóis. Sendo a sede transferida para Porto dos Casais (Porto Alegre). Viamão também foi palco de operações militares na época farroupilha, com espaços tombados (IBGE, 2015a).

A origem do seu nome Viamão é controversa. Há versões como a de que, “a certa altura do Rio Guaíba, pode-se avistar cinco afluentes (rios Jacuí, Caí, Gravataí, Taquari e dos Sinos), que formam uma mão espalmada. Daí a frase: “Vi a mão; outra “seria originário do nome ibiamon, que significa Terras de Ibias (pássaros)””; e a terceira “que seria uma passagem entre montes, o que chamavam de via-monte. E existe ainda, o relato de que teria como origem o antigo nome da província de Guimarães, em Portugal: Viamara” (IBGE, 2015a).

A partir da década de 50, devido ao crescimento industrial em direção ao norte, Viamão fica relegado a uma situação de “periferia e a de cidade dormitório de Porto Alegre”. Tal fato causou um salto demográfico elevado e o crescimento de loteamentos, muito deles clandestinos e sem infraestrutura básica<sup>64</sup>. Nas décadas posteriores a população que era predominante, rural, passou a ser a urbana, acentuada por correntes migratórias do interior do Estado. Essa inversão característica acentuou o crescimento heterogêneo do município, “resultando em núcleos isolados que surgiram conforme interesses imobiliários e desconectados uns dos outros, formando as suas próprias “centralidades” até os dias atuais” (VIAMÃO, 2013, p.16).

### 5.1 POPULAÇÃO DO CAMPO DE VIAMÃO: “IDENTIDADE PAMPEIRA” PELA ÓTICA DE PROFISSIONAIS

Toda gente cabe lá  
 Palestina, Shangri-lá  
 Vem andar e voa  
 Vem andar e voa  
 Vem andar e voa  
 Lá o tempo espera  
 Lá é primavera  
 Portas e janelas ficam sempre abertas  
 Pra sorte entrar  
 Em todas as mesas, pão  
 Flores enfeitando  
 Os caminhos, os vestidos, os destinos  
 E essa canção [...]  
 (Vilarejo, Marisa Monte)

Com esta canção exprimimos a característica de um município que no nome já expressa sua hospitalidade: “Vi a mão”. Com mãos, pés corpos e mente campeamos ideias, neste subcapítulo para contribuir na caracterização dos (as) usuários (as) da Atenção Básica procedentes do campo deste município e que contribuirá com análises mais amplas dos pampas, pois neste território encontramos sujeitos de muitos municípios e até de outros estados, o que corrobora com a escolha da canção.

<sup>64</sup> Buscamos dados sobre as propriedades territoriais do município, em relação às pequenas e grandes propriedades, porém fomos informadas de que ainda não se tem estes dados sistematizados.

Consideramos as características singulares, necessidades específicas em saúde e suas formas de inserção. Para isto, indagamos aos profissionais se identificavam necessidades e especificidades nesses sujeitos e suas comunidades, como se expressam essas necessidades e características, e se elas interferem/influenciam no atendimento em saúde. Margarida aponta que se tem muito a trabalhar e que atualmente tudo se dá por inferência, apostando no trabalho de ACS neste processo, mas afirma que possuem mais informações, pois “se conhece mais as necessidades da população, mas ainda de uma maneira muito empírica”. “Não existe uma tabulação de dados sobre quem é essa população” (MARGARIDA).

Expressa que o quadro epidemiológico do município é também apresentado na área rural, com a presença considerável de doenças crônicas como: hipertensão, diabetes e demais doenças crônicas. Afirma que antes não se tinha estes dados, pois os atendimentos eram muito pontuais, atualmente, se faz um acompanhamento. De acordo com algumas falas, este diagnóstico do município sobre doenças crônicas vem ao encontro da realidade brasileira, tendo em vista também, que o contingente de pessoas idosas vem aumentando, Antonio Conselheiro aponta este dado sobre o envelhecimento no campo, ao passo que de jovens vem diminuindo:

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas, em especial das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD 2008, demonstrou que na medida em que a idade avança aumentam as doenças crônicas, de tal modo que 79,1% dos brasileiros de 65 ou mais anos relatam ser portadores de um grupo de doze doenças crônicas. Ademais, 31,3% da população geral, 60 milhões de pessoas, têm essas doenças crônicas e 5,9% dessa população total tem três ou mais dessas doenças crônicas. (MENDES, 2012, p. 34).

Reiterando a necessária articulação com a perspectiva geracional prevista na PNSIPCF, assim como os agravos que cronicam-se pela dificuldade de inserir-se nas políticas públicas e pelo trabalho pesado. Margarida compartilha sobre os quilombos e a anemia falciforme, mas que ainda não são números alarmantes no município, e que está sendo dada a devida atenção. Neste contexto, torna-se importante problematizar sobre o que se apresenta como necessidades e características específicas que são essenciais à saúde. Margarida indica que “a equipe traz problemas crônicos, cronicados na verdade, mais agravado, agravo causado pela cronicidade. E que a equipe tem procurado conhecer mais o território”. Não tendo a lembrança de trazerem alguma questão mais específica: “problemas causados pelo trabalho pela atividade laboral” (MARGARIDA).

Salienta as doenças que são comuns a outras populações do município, um dado importante de ser avaliado tendo em vista que inferimos que esta população teria uma

alimentação mais saudável e um modo de vida diferenciado, que resultaria no fato de não apresentar doenças como estas, pois as condições favoreceriam. Porém, estamos avaliando que a realidade não se configura desta forma, pois os (as) agricultores (as) estão expostos aos fatores de risco presentes na população urbana em geral:

Os fatores de risco são definidos como características ou atributos cuja presença aumenta a possibilidade de apresentar uma condição de saúde. Os fatores de risco podem ser classificados em não modificáveis e modificáveis ou comportamentais. Entre os primeiros estão o sexo, a idade e a herança genética e, dentre os últimos, o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso, o uso excessivo de álcool e outros. A abordagem dos fatores de risco não modificáveis é feita, predominantemente, nos níveis 3 e 4 do modelo de atenção às condições crônicas, como parte da gestão da clínica. Ali, também, são abordados os fatores de risco biopsicológicos como a hipertensão, a hiperlipidemia, a intolerância à glicose e a depressão (MENDES, 2012, p. 180).

Interessante de problematizar, uma vez que, agricultores (as) que vivem do trabalho com produtos naturais e seu trabalho exigir atividade física, possam estar sofrendo de agravos em saúde como hipertensão e diabetes. Doenças relacionadas às condições<sup>65</sup> e ao modo de vida, o que pode parecer contraditório para esta população. Mendes contribui sobre a atenção às condições crônicas de saúde:

As condições crônicas, especialmente as doenças crônicas, são diferentes. Elas se iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Normalmente, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas. Ao contrário das condições agudas nas quais, em geral, pode-se esperar uma recuperação adequada, as condições crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional. Cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso dos sintomas: condição crônica leva a tensão muscular que leva a dor que leva a estresse e ansiedade que leva a problemas emocionais que leva a depressão que leva a fadiga que realimenta a condição crônica. (MENDES, 2012, p. 33).

Portanto, há de se considerar que esta população mesmo que tenha supostamente o acesso em parte, a uma alimentação mais saudável (no imaginário social) pois a produz, e a um modo de vida que favoreça sua prevenção até mesmo pela atividade física constante, na realidade não ocorre totalmente desta forma, decorrente da relação capital e trabalho que permeia também o campo, onde o trabalho concreto também se transforma em abstrato. É como o operário em construção, constrói estruturas fabulosas, enquanto suas condições de moradia são precárias. O que nos desafia analisar e inferir que isto se deva à própria condição de trabalho e de vida, como o fato da população do campo nem sempre ter acesso ao que produz. Por exemplo, ao produzir o arroz e este ser descascado e ou embalado em outra localidade, dificulta o acesso direto e sem mais custos ao seu produto.

<sup>65</sup> As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. (MENDES, 2012, p. 31).

Resultando na sua obtenção de forma menos acessível e para os demais assentados (as), através de pagamento, mesmo que inferior ao cobrado pelo consumidor em geral de produto orgânico, que custa mais caro, por ter pouco investimento nesta modalidade de produção. Com isto, há a possibilidade de um não reconhecimento do produto de seu trabalho, o que também o condiciona a obter através da via comum da população em geral, pelo comércio que apresenta outros produtos, muitas vezes, sem os devidos cuidados que o (a) agricultor dispensa ao seu trabalho, como o não uso de produtos químicos, como o assentamento. Este produto necessita ser vendido para o sustento da família e, pelas condições, nem sempre se tem o acesso na sua própria alimentação, o que aparece em alguns relatos do assentamento, que produz em larga escala, diferentemente do (as) não assentados (as) do grupo, que produzem principalmente para o autossustento.

Outra questão para além do efetivo acesso ao seu próprio alimento e do não reconhecimento muitas vezes de seu produto e trabalho, é criação de outras necessidades, inclusive, pela via do pertencimento, ao consumo comum da população em geral, o alimento industrializado, o que agrava a situação de saúde e resulta também nos índices epidemiológicos trazidos pelo (a) profissional, incidir no campo. Produzido pelo fetiche do capital: o que compro para o consumo passa a ter mais valor do que o que produz. Conseqüentemente, um não reconhecimento e valorização do próprio trabalho, potencializado pelo sistema capitalista.

Processos que exigem esta aproximação para a construção de um diagnóstico mais abrangente, reiterando que a área rural sofre com os reflexos oriundos do sistema capitalista no seu trabalho, nas suas condições e nas relações que estabelecem e que refletem em seu modo de vida. Apesar do (a) agricultor (a) possuir uma importante identidade relacionada com o trabalho na terra, os processos relacionais reinventam-se ao longo da história. Contribuindo para a discussão, Antônio Conselheiro indica especificidades:

Sim, sim. A maioria deles já vem de trabalhar na roça, no interior há muito tempo. Então eles têm desvio de vértebra de coluna, eles têm várias dores musculares, ns fraturas e isso aí dificulta bastante o atendimento. Eles andavam naquele tempo em lonas em beiras de estrada, então eles não tinham médico. Agora têm situações que já estão agravadas, então o trabalho pra (o) médica (a) é bem difícil nessa área, pelo fato dos antecedentes deles [...]

O entrevistado refere que estes (as) trabalhadores (as) possuem necessidades específicas, a partir de seus agravos em saúde que se tornaram crônicos, por trabalharem na roça há muito tempo, doenças osteomusculares, como: desvio de vértebra de coluna, dores musculares, inúmeras fraturas, além do referido uso prejudicial de bebida alcóolica e cigarro, principalmente por homens, indicado que 70% deles fazem uso. Acredita ser devido também,

ao uso excessivo da força física, expressando a íntima relação dos agravos físicos com a saúde mental. Estas se agravaram, principalmente pelas vulnerabilidades a que eram expostos ao longo de sua vida e na busca da garantia da terra para viver e produzir: "Eles andavam naquele tempo em lonas em beiras de estrada, então eles não tinham médico" (ANTÔNIO CONSELHEIRO).

Além de referir o uso excessivo de medicações controladas, principalmente por mulheres, reflexos das violações de direitos sofridas ao longo de suas vidas como camponesas, seja pelo trabalho, caminhadas em beira de estrada sem recursos, como os abusos e violências até mesmo sexuais, sofridas por algumas. Com isto, Antônio Conselheiro indica determinantes essenciais para saúde destes (as) trabalhadores (as) rurais como: a questão da terra:

[...] o local de plantação deles não é onde eles moram. [...] Eles fizeram uma Agrovila que eles chamam, que é onde fica as famílias eles podem botar sua casa ali e ali eles botam uma vaca. Pode plantar meia dúzia de milho, de mandioca, só que não mais que isso, é uma Agrovila, pra eles ficarem próximos pra ter atendimento médico, social, psicológico tudo ali. Só que o local de plantação deles é há 15 km longe e aí, a família tem dificuldade, quem não consegue comprar um carro... Tem que comprar um caminhão pra deslocar a plantação? Eles têm muita dificuldade nessa área, porque o local de plantação não é perto da casa, é longe (Antônio Conselheiro).

Neste contexto, refere que possuem barreiras que Lippo (2012) chama de “urbanísticas”, as quais chamamos de “ruralísticas”, para usufruir da terra como necessitam, para sobreviver, buscando a pluriatividade que se expressa na combinação das atividades agrícolas com as não-agrícolas em um determinado contexto social e econômico, na manutenção das múltiplas inserções ocupacionais e dependem de “um conjunto de variáveis e fatores relacionados à dinâmica das famílias e dos indivíduos que as compõem” (SCHNEIDER, 2007, p. 2). Uma questão importante e que reflete diretamente em sua saúde, por ter que administrar mais atividades e com menor tempo, resultando na produção e agravamento do sofrimento, de demais doenças e possível diminuição da produção agrícola.

Inferimos que esta relação se deva ao processo histórico que este assentamento vivenciou e os desafios que enfrentam para superá-los gradativamente, o que Luis Antônio Pasinato (2011) aborda, pois além do distanciamento no interior do próprio assentamento, há o agravo causado pelo desenraizamento e necessidade de ocupação de terras para viver o que gerou tensão entre as famílias: “sair de um modelo de agricultura do veneno para a produção agroecológica<sup>66</sup>”. Pelas próprias condições, muitas vezes em territórios distantes e distintos ao

<sup>66</sup> Como uma teoria crítica, a agroecologia surgiu ao formular um questionamento radical à agricultura industrial, fornecendo simultaneamente as bases conceituais e metodológicas para o desenvolvimento de agriculturas que cumpram múltiplas funções de interesse público para as sociedades contemporâneas. Entre outros aspectos, o enfoque da agricultura

de origem e não necessariamente em territórios de sua escolha. Com isto, o modo de produzir pode resultar em conflitos, por serem processos que exigem uma importante assessoria técnica para sua realização, e ações intersetoriais de respaldo para condições dignas de vida. Principalmente em terras novas e diferenciadas das habituais de produção. Assessoria, pelas falas que vem ocorrendo na atualidade, pois o assentamento atualmente é considerado um dos maiores produtores de arroz orgânico da América Latina.

Contudo, Antônio Conselheiro ressalta o agravante da falta de respaldo na ocupação da terra e que o problema é mais amplo: "Não é só saúde. [...]." Inferimos que ao desvincular a saúde da questão da terra, pode não estar avaliando de forma mais aprofundada, pois a terra é essencial meio de vida e, portanto, determinante para a saúde. Todavia, reconhece os reflexos deste desenraizamento e processos excludentes, no decorrer da entrevista, na saúde, inclusive mental destes usuários. Por fim, narra ações que estão em construção com importantes produtos, e um deles é a garantia da inserção digna desta população aos serviços públicos, essencialmente, aos de saúde. Portanto, não desvincula a corresponsabilização da política de saúde nestes processos. Sobre os principais agravos aponta que são **voltados** "mais pra parte estrutural deles":

Ossos, músculos, eles têm bastante dificuldade. Até pelo trabalho no campo, que é forçado, diante do sol e tudo mais. A gente têm mulheres lá, de 35 anos que tu olha pra elas e tu dá sessenta. Os homens também, tem um rapaz de 24 anos lá, que trabalha desde os 16 anos na lavoura e tu dá 35- 40 anos pra eles (Antônio Conselheiro).

Reitera sobre o desgaste físico que sofrem referente ao trabalho forçado no campo, assim como à exposição aos raios solares, que resultam além de doenças voltadas à sua estrutura como músculos e ossos, como o envelhecimento precoce. Neste contexto, apontamos dados do Observatório de Saúde das Populações do Campo Florestas e Águas de que "em 2011 foram registrados 711.164 acidentes de trabalho, destes 26.305 (3,7%) foram referentes à Agricultura, Pecuária, Produção Florestal, Pesca e Aquicultura", o motivo ou situação mais presente foi decorrente da característica da atividade desempenhada pelo trabalhador segurado acidentado (SOARES, 2014, p. 83) não podemos deixar de considerar que há faltas de notificações de acidentes, inclusive no campo e que estes são evitáveis, portanto ainda são índices altos.

O profissional refere o acesso ao protetor solar, através da secretaria municipal de saúde e que "eles têm uma cultura um pouquinho diferente, pra eles, tipo o médico é muito

---

multifuncional impõe a superação da perspectiva do produtivismo economicista que induz a ocupação dos espaços agrários com monoculturas extensivas e a criação de agroecossistemas ecologicamente vulneráveis e, por conseguinte, químico-dependentes (ABRASCO, 2015, p. 31).

importante, mas ao mesmo tempo não é. Eles vão porque acham que tá doendo alguma coisa, mas não que precisam se cuidar antes da doença.” Refere que só vão quando estão doentes, dificultando o tratamento: “e é isso que a gente quer mudar.” Esta questão não difere muito da população em geral, pois a lógica da saúde como ausência de doença, permeia fortemente a sociedade e no campo há suas especificidades.

Ao indagarmos se isso se deve à cultura ou distanciamento ele responde que não entende ser pela cultura, “porque tem muitos adolescentes, lá nos assentados, e jovens que tão estudando em Porto Alegre, tão até fazendo faculdade.” Indicando uma aproximação com o modo de vida urbano. Ele pontua sobre o significado do (a) profissional médico (a) para eles, principalmente para os (as) idosos (as), que acabam buscando alternativas como os “chás da vó”, ao invés de buscar este (a) profissional. Reconhecem sua importância, mas nem sempre o (a) buscam, somente quando agravada a situação em saúde. Isto ocorre por dois aspectos: pela cultura e pelo distanciamento.

A questão cultural e a falta de inserção na rede de atenção à saúde contribuem nestas decisões, pois os chás também são mais acessíveis e são a relação “da prevenção e cura de doenças com o uso de plantas medicinais” (DARON; CONY, 2002, p. 91). Uma importante relação do trabalho concreto e humano genérica, com a natureza que deve ser potencializada, não pela falta de acesso, mas pela riqueza do país com a maior biodiversidade do mundo: O Brasil<sup>67</sup>. Antonio Conselheiro ainda refere que os jovens migram e constituem seu modo de vida mais próximo à população em geral, diferente de idosos (as) que permanecem mais comumente na área rural, mantendo e reproduzindo sua cultura ligada à terra. Demonstrando a necessidade maior de investimento para o jovem se manter no campo, pois este está migrando para os centros urbanos em busca de trabalho e “melhores” condições de vida e o campo está “envelhecendo”.

Afirmamos a necessidade de se construir mais estratégias de cuidado para idosos (as) tendo em vista, que a expectativa de vida vem aumentando e a importância de não desenraizá-los (as) de seu território, para não agravar suas situações de saúde. Uma das estratégias é este diálogo com profissionais de saúde sobre o “chá da vó” para ficar bom, plantas medicinais como a “folha da beterraba” e demais receitas, mediando esta relação, através de pesquisas, como estão fazendo, inclusive, com nutricionistas. Afirma que a equipe respeita e media o seu conhecimento popular com o conhecimento científico. Desenvolve-se “processos educativos

---

<sup>67</sup> Sugerimos a leitura na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, 2006, Ministério da Saúde e salientamos que o Rio Grande do Sul é o primeiro estado a implantar e implementar uma Política Intersetorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no país, aprovada em 2001.

com base na educação popular, na perspectiva de promover a integração de saberes e práticas de cuidado das populações do campo [...]” (BRASIL, 2013, p. 37) .

Inferimos que o profissional que circula pelo território conhece em detalhes e mais profundamente as características culturais da população, mediando os cuidados em saúde, com a cultura dela, o que é um avanço significativo. O profissional que não possui automóvel refere desconhecer ações culturais mais específicas, porém ratifica a necessidade de ações intersetoriais voltadas para a cultura. E Margarida refere desconhecer, por não vivenciar as experiências diretamente nos territórios. As equipes estão gradativamente apropriando-se destas identidades culturais, que se fazem essenciais para que trabalhadores (as) reconheçam e atuem em consonância com a cultura da população fortalecendo-a.

Cícero indica não ter “problema específico.” O principal problema seria o transporte. “Não percebo agravos dos trabalhadores rurais. Tem as doenças típicas: 1º transtorno psíquico; 2º hipertensão, 3º cardiopatia, 4º diabetes.” O profissional refere não identificar especificidades, somente a dificuldade de acesso pelo transporte, para a população que atende, mencionando que esta apresenta os problemas típicos de saúde, ou seja, comuns em populações de outras regiões. Doenças diretamente relacionadas com as condições e modo de vida e que se interconectam, reiteradas pelos (as) profissionais e pelo Plano Municipal de Saúde de Viamão (2014-2017): “Alguns estudos do Brasil e no mundo estimam que 10% da população acima de 20 anos são portadoras de Diabetes Melitus e para a Hipertensão Arterial Sistêmica, estima-se 20% desta mesma população acima de 20 anos”. Viamão possui mais de 30 mil pessoas com Hipertensão Arterial e um número considerável de pessoas com Diabetes. “Soma-se a isso às altas taxas de sobrepeso e obesidade, que no RS atingem mais de 50% da população” (VIAMÃO, 2013, p. 44).

Em termos gerais, afirmamos que a diabetes, cardiopatia, hipertensão e obesidade têm relação direta com a alimentação, sem desconsiderar outros determinantes em saúde como a questão genética. Todavia, o fato destas doenças tornarem-se típicas demonstra o quanto o modo de vida e com isto, a relação com a alimentação e atividades cotidianas incidem diretamente no seu desenvolvimento, confirmando a “necessidade de fortalecimento da atenção básica no sentido de trabalhar com foco na promoção da saúde e prevenção dos agravos crônicos, com diagnóstico precoce de agravos de maior prevalência e incidência”, além das citadas, as neoplasias, osteomusculares e doenças mentais, potencializando a “corresponsabilização do usuário em relação à sua saúde” (VIAMÃO, 2013, p.44). Salientando o sofrimento emocional causado por estas e causador de seus agravos. O

sofrimento psíquico pode ter muitas causas, porém ele agrava estas doenças e a forma de enfrentá-las:

Há evidências sólidas que o sofrimento mental comum tem um impacto significativo em alguns dos mais prevalentes agravos à saúde. Seja como fator de risco, seja piorando a aderência ao tratamento, ou ainda piorando o prognóstico, pesquisas que estudaram sintomas depressivos e ansiosos mostraram que esses estão relacionados à doença cardíaca e cerebrovascular e também ao diabetes. E isso ocorre mesmo quando esses sintomas não são suficientes para fechar diagnóstico de acordo com critérios padronizados de pesquisa. A dependência de substâncias psicoativas também se revelou associada ao curso de doenças infecciosas, principalmente no que se refere à aderência ao tratamento. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Caderno AB, n. 34, 2013, p. 93-94,).

Entendemos que o sofrimento mental tem relação direta e indireta com os agravos em saúde e destes com as doenças crônicas presentes no diagnóstico destas populações. Com isto, o próprio sofrimento pode agravar-se e cronificar-se caso, não se tenha um acompanhamento de qualidade. Principalmente a depressão e ansiedade, de considerável incidência. Neste contexto, todos (as) profissionais referem questões relativas a estes agravos. O que nos faz interpretar que estes estão correlacionados como produto e produtores deste adoecimento, não simplesmente em uma relação causa e efeito, mas numa relação espiral-dialética que implica uma série de fatores e condicionantes que irão refletir na saúde da população. Assim sendo, o uso prejudicial de substâncias psicoativas e nesta perspectiva, entra as medicações que também são consideradas substâncias psicoativas e o necessário trabalho com a Redução de Danos, como estratégia importante a ser trabalhada:

Um aspecto relevante na utilização de abordagens de redução de danos tanto para problemas de álcool e outras drogas quanto para outras condições crônicas é sua centralidade no que a pessoa que busca ajuda deseja e consegue fazer para lidar com seu problema. Desse modo, por meio da redução de danos é possível cuidar dos problemas de saúde de maneira menos normalizadora e prescritiva, evitando ditar quais seriam os comportamentos adequados ou não (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Caderno AB, n 34, 2013, p. 58).

Outra questão relevante é referente às especificidades do trabalho na terra que o profissional que atende o assentamento refere: os agravos em saúde que resultam do trabalho. Demonstrando com isso a importante aproximação e reconhecimento destas especificidades. Ou seja, os (as) profissionais que não têm condições de circular nos territórios, identificam as doenças que, estão presentes nos indicadores epidemiológicos gerais do município e o que circula identifica além destas, as especificidades do (a) agricultor (a) familiar que vai refletir em agravos e cronificação, também a partir de práticas específicas de sua identidade populacional. Ainda atentamos que as necessidades específicas avaliadas pelos (as) profissionais têm como centralidade, os agravos em saúde, reiterando suas próprias falas dos

processos de trabalho atualmente centralizarem-se pelas condições, aos propósitos mais curativos.

Atentamos para o fato de agricultores (as) que produzem alimentos naturais, com uma considerável atividade corporal, de forma a sofrer com os agravos osteomusculares, comprometendo sua qualidade de vida e trabalho, contribuindo com os importantes índices de hipertensão, diabetes e cardiopatias. Exige-se uma importante análise e planejamento de ações que conheçam e reconheçam seu modo de vida contemporâneo, pois produzem alimentos naturais e não necessariamente têm eles com seu principal alimento e a atividade física praticada de forma saudável, o que agrava suas condições físicas, os (as) impedindo de movimentar-se adequadamente. Muitas vezes se alimentam significativamente com produtos industrializados, contribuindo no desenvolvimento das doenças mencionadas e no sobrepeso e obesidade, até mesmo, por muitas vezes não ter acesso ao seu próprio produto. Resultados do modo de produção capitalista que perpassa também o rural, o alimento se torna mercadoria, sendo vendido e não o acessando, perdendo seu valor de uso, contraditoriamente, também, ao não ter que comprá-lo quando possui em suas terras. O (a) agricultor (a) não acessa necessariamente o produto de seu trabalho, que passa a ser desvalorizado, pois ele não necessariamente, o reconhece como seu produto, nestes processos contraditórios.

## 5.2 POPULAÇÃO DO CAMPO DE VIAMÃO: “IDENTIDADE PAMPEIRA” PELA ÓTICA DE AGRICULTORES (AS)

Quando eu deço de volta na minha casa, coisa boa. Então, as dificuldades existem, claro que sim, se a gente tivesse mais facilidades seria melhor, mas a gente dá um jeitinho daqui e dali, pra gente poder permanecer lá, porque se a gente ir para a cidade, vai morrer antes do que...Aí a gente vai morrer por problemas da cidade. Do que estar quietinho no meio do mato...

Como é que eles iam comer se a população do campo fosse embora? (Tenella).

Iniciamos este subcapítulo com dois fragmentos de falas da agricultora Tenella, referindo que mesmo com todas as adversidades, entende que viver no campo, ainda traz mais qualidade de vida, do que na área urbana. Desta forma, expressa a resistência em permanecer no território que escolheu para viver. Salientando sua resposta ao motorista de ônibus que a indagou sobre o porquê não ia embora se tinha poucos horários de ônibus em seu território?! Sua resposta foi “como que ele e todos iriam comer se a população do campo fosse embora?” Este questionamento nos mobiliza a dar mais visibilidade à esta população que nos alimenta e resiste em manter sua identidade cultural, interconectada com suas raízes na terra.

Neste contexto, há a necessidade de analisarmos a partir das falas que exprimem quem são esses camponeses (as) (agricultores e agricultoras familiares) tão essenciais para as nossas

vidas. Contribuindo na sua caracterização, para a implementação da PNSIPCFA, Atenção Básica e demais políticas públicas, considerando que camponeses (as) de cada região possuirão diferenciais, pelas próprias condições materiais disponíveis e construídas em seus territórios que incidem em seu modo de vida. Resultantes do fato de vivermos em um país continental, com uma geografia diversificada e com um clima bastante temperado.

Para isto, compartilhamos alguns relatos sobre a história de vida destes agricultores (as) que auxiliam nesta construção, pois ao conhecermos suas condições e modo de vida, sua história e cultura, compreenderemos o quanto estes influenciam na sua forma de organização e na construção de sua identidade na atualidade, ao passo que se mantêm com raízes culturais históricas, que marcam sua identidade, fatores incidentes na sua saúde. Com isto, iniciamos com a fala da agricultora familiar não assentada que refere sobre sua trajetória e escolha por viver no campo:

Eu mesmo morei em Porto Alegre nesses 25 anos, claro que eu me acostumei lá. Lá era minha vida. Trabalhava, estudava, me acostumei. Só quando me casei fiz a opção, deixei tudo lá e fui pra fora mesmo, voltei pra fora. Lá na terra: Lagoa dos Patos, nos casamos e moramos na beira da Lagoa dos Patos, era uma fazenda muito grande, sem ver ninguém. Fazendas enormes, mais de mil ha de terras... Então, tu acredita que eu me acostumei mais e melhor na beira da lagoa, no “meio do nada”, como se diz, do que na cidade. Então, hoje se me perguntarem, claro, não vou dizer que passei trabalho sozinha, não é nem perto do que eles contam, os mais velhos, mas hoje não, desde que vim e me acostumei, eu não volto, não volto pra cidade. A gente sabe que tem dificuldades, o mundo todo tá em dificuldades, não é só nós [...] Só que 90% que a gente fala, meus vizinhos, meus parentes, eu mesma, por mim...Antes eu morava na cidade, não sentia nada, agora eu vou lá ,eu sinto a poluição, já coça o nariz, dói os olhos, volto pra casa com dor de cabeça. Quando eu desço de volta na minha casa, coisa boa. Então, as dificuldades existem, claro que sim, se a gente tivesse mais facilidades seria melhor, mas a gente dá um jeitinho daqui e dali, pra gente poder permanecer lá, porque se a gente ir para a cidade,vai morrer antes do que...Aí a gente vai morrer por problemas da cidade. Do que estar quietinho no meio do mato (Tenella).

A agricultora reforça sua opção por retornar ao campo, após tantos anos vivendo “na cidade”, ratificando o vínculo que tem com este território que faz parte da cidade, pois não podemos fragmentá-lo deste espaço, uma expressão da questão social que materializa os processos excludentes vivenciados e até reproduzido por camponeses (as) como se o campo à cidade não pertencesse, mesmo que pertençam ao campo. Compreendemos ser importante realizar esta consideração, para contribuir na superação desta lógica arraigada nas discussões.

Compartilha sobre os fatores adoecedores dos centros urbanos e que, apesar das dificuldades, entende que tem mais qualidade de vida “na beira da lagoa no meio do nada”. Este “nada” remete a uma concepção da natureza, como o campo, não fazerem parte do dito “desenvolvimento”, uma possível reprodução da desvalorização social deste território, calcado pelo capitalismo e sua supervalorização dos centros urbanos, como a fragmentação

“cidade e campo”. Entretanto, ao passo que reforça, supera esta lógica por decidir retornar a este território o valorizando, como produtor de saúde. Neste contexto, de retomadas e reintrodução da história de vida destes (as) agricultores (as) como elemento essencial para conhecermos sua identidade, a agricultora assentada refere que antes de entrar no movimento do MST, ela e sua família trabalhavam como agricultores (as) convencionais:

Agricultor convencional, nós trabalhava com fumo, era uma coisa complicada, era agrotóxico em cima de agrotóxico... Eu estava com quatorze pra quinze anos quando o pai resolveu ir pra acampamento sem terra, porque ele queria dar um pouco melhor pros filhos, porque ele já estava se terminando, a mãe estava ficando doente também, e ele estava intoxicando nós também com o veneno<sup>68</sup>. Aí veio um pessoal lá que era dirigente do movimento, estavam construindo um acampamento do Movimento Sem terra, e ele disse: “eu vou arrumar uma opção de vida melhor pros meus filhos” que eles estavam dando, que se um dia nós, como hoje nós estamos assentados, seria pra mudar um pouco de vida, não trabalhar tanto com agrotóxico e nem trabalhar em lavouras difíceis, como lá nós tinha pouca terra, eram quatro filhos que a minha mãe tinha, e nós tralhava bem difícil. (Isabelleana).

As agricultoras referem que apesar de serem diferenciadas suas trajetórias, possuem em comum, a vida no campo e a opção por manter neste território, mesmo que não necessariamente em seu território de origem. Apesar do trabalho ser pesado, a busca não decorre em mudar de trabalho, mas qualificá-lo e portanto, possibilitar mais qualidade de vida para a família, principalmente, optando, por não utilizar agrotóxicos, em função dos agravos que este trabalho e uso incidem, com uma produção ecológica e em lavouras de melhor manuseio. Apresentamos através do Observatório, que apesar da incidência de acidentes com trabalhadores (as) que realizam o cultivo de cana-de-açúcar ter sido a maior (CLASSE CNAE, 2011, citada por SOARES, 2014) o cultivo do fumo apresentou maior taxa de mortalidade e também maior taxa de letalidade. Embora os acidentes no cultivo do fumo sejam pouco incidentes, quando ocorrem, são muito graves com grande risco de óbito (SOARES, 2014, p. 84).

Outra questão pertinente são os índices de intoxicações, “acerca disso evidencia-se que em todas as unidades federativas da região sul, a intoxicação por uso de Agrotóxico/uso agrícola relacionado ao trabalho, na zona de exposição rural, superou a não rural” As regiões sul e sudeste somam “73,9% de todos os casos ocorridos na zona de exposição rural nesse período”. (SOARES, 2014, p. 78).

Índices preocupantes que envolvem questões inclusive, de saúde mental, transversais também neste trabalho. Isabelleana menciona: que os pais eram doentes e depois de longas

---

<sup>68</sup> A previdência social concedeu 64.633 auxílios-doença rurais acidentários no período de 2010 a 2012. As duas morbidades mais frequentes que ensejaram esses auxílios-doença foram as “Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas” - entre elas podem-se citar as por agrotóxicos - e as “Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo”. Estas duas juntas totalizaram mais de 80% dos casos nos três anos consecutivos (SOARES, 2014, p. 88).

batalhas, conquistaram o lote de terra, casou-se no acampamento, ela e todos seus irmãos (ãs) também conquistaram seus lotes. E mais do que isso:

Temos mais saúde de vida, não estamos lidando com agrotóxico, é arroz ecológico. Já mudou muita coisa de lá pra cá. E o pai e a mãe hoje estão sossegados em casa também, porque agora os filhos também estão na volta e cuidam deles e também se cuidam mais por causa do veneno. E lá as lavouras eram muito complicadas. Imagina morar lá no interior de I., naquelas lavouras brabas lá... Não tinha. Já aqui é tudo plano, plantação de arroz ecológico, tudo mais fácil.

[...] Porque daí tu já tá preparado. Tu saiu de lá porque tu queria uma vida diferente, ... Tu queria diferenciar aquilo lá... Queria mudar alguma coisa.... Porque se era pra continuar do mesmo jeito, eu ia ficar lá, virando pedra, lavrando o cerro...(Brinco de Princesa).

Estava lá no interior, lá, morrendo com os agrotóxicos... Morrendo envenenado, entendeu. E aqui não... Tu saiu de lá, tu saiu com duas crianças debaixo do braço, com aquela coragem, que nem ela ali É... Minha mãe saiu com quatro (Isabelleana).

Expressam as dificuldades de quem reside no interior, que resultam na migração, importante dado para se trabalhar a valorização e diversidade destes territórios. Em relação ao uso de agrotóxicos na produção, algumas assentadas referiram que utilizavam antes de entrar no MST, atualmente, em função dos princípios do movimento, assessoria e de legislações específicas, não utilizam mais, mas essencialmente, pela conscientização da importância de não usá-los:

Porque lá no interior, onde nós trabalhava, a região era muito difícil. Lá era muita pedreira, muita pedra, muito morro, e tinha que trabalhar no arado, nós plantava fumo, nós plantava com agrotóxico. Aqui, nós viemos pra cá pra ter outra vida; aqui nós não plantamos nada com agrotóxico, é tudo natural, tudo ecologicamente correto. Orgânico... Lá não, lá nós era agricultores, assim, trabalhava conforme...(Isabelleana).

Agricultores convencionais...(Brinco de princesa).

A luta de quem vive e busca permanecer no campo é muito árdua, principalmente no que tange à garantia do direito à terra e a produzir com qualidade de vida. Isabelleana relata sobre a união e luta familiar, para sair de seu território e buscar junto ao MST, melhores condições de vida para a família. Conquistando a terra coletivamente e com assessoria técnica, além do território ao seu entendimento, favorecer seu trabalho, refere que tem sido possível realizar este objetivo, que têm como produto, a produção de saúde para a família e população que usufrui de sua produção agroecológica.

A Agroecologia, a partir da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (2006, p. 42), trata-se de um sistema que se baseia em “um cultivo sustentável, que respeita o meio ambiente, em oposição ao modelo agrícola convencional, centrado no uso abusivo dos recursos naturais e de agroquímicos”. Além de priorizar as necessidades alimentares e

nutricionais da população, seleciona “as tecnologias utilizadas no processo produtivo, assegurando a preservação dos agroecossistemas em longo prazo” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNPMF, 2006, p. 42), essencial para a produção saudável, porém, com necessário investimento público, principalmente para a agricultura familiar. Todavia, os (as) agricultores (as) não assentados (as) referem que por suas condições de trabalho, muitos ainda necessitam fazer uso e exemplificam:

Aí que tá, a maior parte é sempre os aviões...(Chico).

É, mas eles que carregam! Meu sobrinho trabalhava... E eles carregam os aviões tudo eles, com as mãos tudo! Bah, horrível! (Sessilis).

A pessoa lida com veneno... (Tenella).

O produto sai no ar...Eles aplicam lá e sai no ar... (Julião).

Sim. E aí sobra até pra gente... O avião larga lá em cima, se o vento toca, sobra pra quem não tem nada a ver e tá lá dentro da sua casa (Tenella).

Referem sobre os aviões que aplicam “veneno” afetam outras produções e a saúde de todos (as) que residem nas proximidades, mas não especificaram se isto ocorria em sua região de moradia. Além do fato de quem carrega o avião, se expor aos produtos, arriscando uma contaminação, a população em geral, que consome este alimento também está exposta a estes riscos e agravos em saúde, decorrentes do uso no alimento. Odair José de Souza, dirigente nacional do Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA), em entrevista para o Jornal de Fato (BRASIL DE FATO, 2016) afirma: “O povo brasileiro não se alimenta hoje, eles comem algo que acham ser alimento. É uma comida que não alimenta o bem estar, a alma, tem uma carga de porcaria [...] Hoje o Brasil consome 5,2 litros de veneno por habitante. Somos o país que mais usa agrotóxicos”. E não temos consciência deste consumo, pois ele não é explicitado para a população que tem o direito à informação e mais do que isso, se alimentar com qualidade.

As falas retratam a realidade brasileira que exige importantes discussões e ações no campo da Saúde Pública e Intersetorial para a superação destas práticas as quais afetam a sociedade como um todo, inclusive, internacional, pois o Brasil exporta alimentos e a partir de Souza, na mesma entrevista, o agronegócio potencializa esta realidade:

O agronegócio tem um projeto capitalista para o campo. O modelo de produção do agronegócio não é produzir alimento pro mercado interno, e sim exportar mercadorias [...]. O objetivo do agronegócio é o lucro, e a consequência desse modelo para a sociedade é o território devastado, devido ao monocultivo, que arrasa a terra e usa grandes quantidades de agrotóxicos.

Este representante de agricultores (as) reafirma que o agronegócio não alimenta a população: “um modelo desses não se sustenta em nenhum país. O agronegócio é o

capitalismo que leva o campo à barbárie”. Além de potencializar o uso de produtos químicos, devasta territórios com as monoculturas, exporta ao invés de primeiramente alimentar a população interna e mesmo que o fizesse, na forma como produz, não alimentaria toda a população, pois é a agricultura camponesa que o faz e complementa:

O produtor de alimentos no país é o campesinato. Hoje com 24% das terras produzimos 70% dos alimentos. Temos que enfrentar e encarar o agronegócio no campo através da nossa produção e da valorização dos nossos territórios, além de conscientizar a sociedade que o alimento que ela está consumindo é contaminado.

A PNSIPCFA tendo em vista esta realidade, assim como o Dossiê da ABRASCO (2015, p. 40) aponta: Segundo dados da Anvisa e do Observatório da Indústria dos Agrotóxicos da Universidade Federal do Paraná divulgados durante o 2º Seminário sobre Mercado de Agrotóxicos e Regulação, em Brasília, DF, em 2012, “enquanto nos últimos dez anos o mercado mundial de agrotóxicos cresceu 93%, o mercado brasileiro cresceu 190%. Em 2008, o Brasil ultrapassou os Estados Unidos e assumiu o posto de maior mercado mundial de agrotóxicos”.

Sua tendência é agravar, pois a partir do Relatório da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), lançado em julho de 2015, aponta o “Brasil como principal exportador de alimentos do mundo na próxima década”. O que remete ao fato da produção com uso de agrotóxicos se ampliar, mesmo que de forma “invisibilizada” num contexto de ampla contradição, pois o Brasil é um dos maiores produtores e exportadores de alimentos do mundo e um dos que possui maiores desigualdades sociais, com tendência a ampliar, nestas condições, além de prejudicar a saúde da população com o alimento.

Portanto, o alimento como a água que não deixa de o ser, são recursos comuns a todas as pessoas e desta forma, deve ser elemento de união e corresponsabilização, para sua garantia de forma universal e de qualidade. Ainda que um direito fundamental, não é garantido para toda população e exportado:

Direito humano à alimentação adequada: direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAN, 2012, p. 70).

Neste contexto, é imprescindível que os centros urbanos e o rural se unam para dialogar e construir junto às políticas sociais e públicas, estratégias para a superação destas práticas que afetam a vida de todos (as), pois o alimento é essencial para manutenção da vida, legitimado em lei independentemente de classe social. Este torna-se mercadoria e perde seu

valor de uso, apenas tornando-se objeto de troca para acumulação capitalista e o uso de agrotóxico é resultante destes processos, mas não só isso, para quem os utiliza, também como um meio de manutenção de sua subsistência, como o caso de muitos (as) agricultores (as) familiares que se expõem a riscos:

Sou tão relaxado sobre isso, trabalho com veneno, banho o gado com veneno, boto veneno nas formigas e é muito difícil eu lavar as mãos. Me esqueço e é muito fácil passar na areia assim (gestos) (Chico).

Tem gente que resolve tudo na base do veneno, é pro gado, é pras plantas, é porque quer matar as plantas ou quer matar o mato, a formiga é tudo...(Tenella).

Mata, mata, o veneno é brabo também... (Chico).

O problema dos ossos também, porque o serviço é pesado, é pesado! Então eu acho que prejudica o organismo todo, estragado...É por causa do sol, é por causa da chuva, é por causa do veneno, do peso...(Tenella).

Eu boto a máquina nas costas, sem camisa, com veneno e vou tomar banho só de noite (Chico).

Os (as) agricultores (as) não assentados (as) retratam a realidade atual de seu trabalho, as condições muitas vezes precárias e as poucas alternativas que encontram. Mesmo com seu saber popular (cultural) encontram-se muitas vezes solitários neste processo, ao lidar com a natureza e suas diversidades e principalmente, com as desigualdades constituídas socialmente. Visualizando no uso de agrotóxico, o recurso viável para a sua produção. E dentre os instrumentos de aplicação de agrotóxicos, o intercostal é o mais utilizado. A atual PNSIPCFA (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.15) alerta seus riscos:

Ainda segundo o IBGE (2006), em relação aos estabelecimentos que utilizam agrotóxicos (quase 27%), o pulverizador costal é o equipamento de aplicação que apresenta maior potencial de exposição aos agrotóxicos e corresponde à maioria deles (70,7%). Dos estabelecimentos que utilizam agrotóxicos, 21,3% não utilizaram nenhum equipamento de proteção individual (EPI). Finalmente, mais de 25 mil pessoas declararam estar intoxicadas e 47,5 mil disseram não saber (IBGE, 2009).

O que prova os consideráveis riscos que esta população está exposta. Ao passo que estas práticas fazem parte de seus processos de trabalho e agravam sua situação de saúde. Muitas vezes a longo prazo, e de difícil identificação, como as 47,5 mil pessoas que referiram não saber, mais as 25 mil declaradas e a população em geral, difícil de identificação. Os (as) não assentados (as) continuam a compartilhar suas concepções e necessidades de manutenção destas práticas, pelas condições materiais que possuem, o que com investimentos públicos e assessoria técnica se resolveria:

Tudo que vai fazer eu acho que prejudica (Tenella).

A gente precisa pra criar galinhas, tem que botar veneno no galinheiro, porque senão cria muito piolho, senão botar é uma coisa braba, né? Vai plantar uma roça tem que botar veneno, senão as formigas comem tudo as plantas, isso tudo prejudica a gente, né? A saúde da gente...(Sessilis).

Pra banhá o gado tem que botar veneno, bota veneno pra matar carrapatos, inseticida... Inseticida é veneno, inseticida tem veneno (Sepé Tiarajú).

Tem que tratar a mandioca e dar para o gado comer (Chico).

Eu só me queixo da caturrita. Vou pegar a gaiola e pegar tudo!(Julião).

[...] É o problema dos venenos, tem gente que trabalha com veneno direto ou não sei, nem sei como que bota nas lavouras...(Tenella).

Indicam a utilização de produtos químicos por necessidade, apontando que têm consciência dos danos para sua própria saúde. Contudo, entendem ser a única alternativa dada suas condições de trabalho. Reiterando a falta de orientação técnica, a partir do IBGE (2006-2009 citado por BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.15):

Mais da metade (56,3%) dos estabelecimentos onde houve utilização de agrotóxicos não recebeu orientação técnica necessária para garantir a saúde de seus usuários. Este resultado é particularmente revelador quando relacionado ao nível de instrução. Dos produtores com instrução igual ou inferior ao ensino médio incompleto, apenas 16,8% receberam assistência técnica. Nos estabelecimentos onde houve aplicação de agrotóxicos, 77,6% dos responsáveis pela direção declararam ter ensino fundamental incompleto ou nível de instrução menor. Como as orientações de uso de agrotóxicos que acompanham tais produtos são de difícil entendimento, o baixo nível de escolaridade, incluindo os 15,7% que não sabem ler e escrever, está entre os fatores socioeconômicos que potencializam o risco de intoxicação pelo produto.

Falas e citações que retratam a realidade brasileira de baixos índices de escolaridade principalmente na área rural, o que vem mudando principalmente com a política de educação no campo. Contudo, é um processo gradual, e os índices ainda são altos, explicitados principalmente nas falas dos (as) não assentados (as). O que torna mais arriscado e alarmante os índices de intoxicação pelos agrotóxicos, ainda que dificulte uma produção alternativa. Porém, não impede de realizá-la e não pode ser argumento para não prestar-se assessoria e investimento para a produção a nível público, pelo contrário, há de se potencializar o conhecimento popular para produzir ecologicamente, com assessoria.

Apesar de ser essencial a escolaridade, mostrando a relevância da intersectorialidade que reflete na saúde, há a possibilidade de articular maior acesso à ela, como assessoria para a produção livre de agrotóxicos. Entretanto, o mais viável para os (as) agricultores (as) não assentados (as) até o momento, por produzirem individualmente, tem sido o uso de produtos químicos, expondo-se a riscos:

Observa-se, em relação ao uso de agrotóxicos, a fragilidade da agricultura familiar. Devido às suas características socioeconômicas, esse grupo tende a ter menor acesso à tecnologia e à informação, o que pode resultar no aumento do uso de agrotóxicos na plantação, em comparação com os demais produtores. Além disso, sua exposição a essas substâncias tende a ser mais significativa, devido à ausência de técnicas de manejo adequadas e do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), entre outros (Brasil, Ministério da Saúde, 2015, p. 5).

Com isto, auto-culpabilizam-se pelo descuido no cotidiano de trabalho, mais um agravante neste processo. No entanto, o caminho mais viável e propositivo não seria o da auto-culpabilização, mas corresponsabilização no processo e busca da garantia de assessoria técnica para a produção, relacionando seu saber popular (cultural) com o científico e de forma coletiva, para que se possa obter maiores investimentos públicos para sua produção, assim como para sua saúde. E o sindicato pode ser um importante articulador neste sentido. Endossando esta questão relatam que utilizam seu conhecimento para produzir, sem assessoria:

É nossa mesmo. (todos) Nós nos criamos nisso aí (Julião).

Hoje tem trator, antigamente não tinha trator era tudo na pá, plantar arroz, eu trabalhava o dia inteiro, no inverno, molhadinho e tudo tapado de geada, passava o dia molhadinho, até a noite...Branco de geada...Minha coluna é podre, podre... Me dói noite e dia, Mas eu trabalho o dia todo...(Chico).

Referem que a família trabalha conjuntamente e é considerável a falta de estudo, diferentemente do assentamento que indica inclusive, possuir em parte, graduação, pois o próprio movimento coletivo potencializa a politização e a formação, contribuindo na e para a melhoria das condições de vida e portanto, de saúde. Diferentemente, apontam os (as) não assentados (as) :

Sim, todo mundo trabalhador!(Trianda).

As minhas se criaram. Tenho duas filhas e foram criadas tudo nas roças, ajudando nós. É nenhuma tem estudo (Sessilis).

É pouco estudo que elas tem é que a gente mora fora de recurso. É na roça mesmo!(Tenella).

Desta forma, interpretamos que o movimento coletivo possibilita a constituição e garantia de acesso aos direitos à educação, saúde, moradia, dentre outros, que são determinantes para a qualidade de vida e saúde da população, assim como assessoria técnica para produzir livre de agrotóxicos e além de subsistir do produto da terra, comercializá-lo. Principalmente através do movimento e da educação permanente, em saúde e popular, as possibilidades de produção e qualidade de vida se ampliam: “Estão mais conscientizados, seria a palavra” (Brinco de princesa):

É que tem... Eles têm mais acesso a informações hoje. Lá a gente não tinha nenhum acesso, não tinha nem... Estrutura nenhuma. Aqui não, aqui, como tem o Movimento mesmo, ele traz, ele instrui as pessoas melhor, eles têm mais acesso a ter como plantar as coisas ecológicas, cuidar mais da saúde, comer o alimento mais natural... Aí eles têm mais acesso as informações também (Isabelleana).

E a própria alimentação também...É, mudou muito! Os assentados estão procurando ter uma alimentação mais saudável, né. Eles estão cuidando mais essa parte também. Eles cuidam mais da saúde assim...(Edulis).

Reiteram que até a alimentação vem melhorando pela conscientização dos (as) agricultores (as). Porém, antes de entrar para o movimento, relatam uma realidade semelhante ao dos (as) não assentados (as), através de sua **cultura** passada pela família, essencial e que deve ser preservada, contudo articulada a saberes científicos que ampliarão a qualidade de produção e de vida. A PNSIPCFA em seu plano operativo eixo 3,<sup>69</sup> aponta o “desenvolvimento de processos educativos com base na educação popular, na perspectiva de promover a integração de saberes e práticas de cuidado das populações do campo, da floresta e das águas (BRASIL, 2013, p. 9), Contanto, Isabelleana reforça que a equipe da ESF contribui neste trabalho:

Lá nós era agricultor normal, trabalhava conforme nós sabia. Meu pai a vida inteira trabalhou na agricultura e assim nós fomos aprendendo com ele trabalhando na roça. Só que aqui a coisa é mais saudável, pelo menos. Continuo na roça, mas saudável... (Equipe ESF):Sim, ajuda bastante, porque eles trazem bastante informação pra nós também (profissionais da saúde). (Isabelleana).

As assentadas reconhecem os avanços e contribuições da equipe da ESF móvel. Porém, a categoria sofrimento é dita constantemente pelas agricultoras, principalmente por não possuir naquele período, as condições mínimas de sobrevivência:

“Sofremos, sofremos muito”!(Edulis):

Sofreram muito morando em barraca, fogo de chão, e tinham que sair com as crianças no colo...(Brinco de Princesa).

Correndo da polícia. ...Então não é bem assim. As pessoas não chegaram aqui, invadiram a terra, e...E hoje a sociedade também vê assim, oh: assentado chama de sem-terra. E nós não somos sem-terra (Isabelleana).

Eu lutei, eu sofri debaixo da lona preta dois anos e meio, passando necessidades, não tinha... às vezes não tinha conforto, não tinha banheiro não tinha uma cama pra dormir... Não tinha luz, não tinha água encanada, não tinha... Nós tomava banho de rio! No frio.... No frio, no inverno! E as fossas eram na casinha da rua lá, se tu quiser. Tudo coletivo, ainda. Muitas vezes dormi em relento do sol. Que nós fazia nossas caminhadas, que nem eu fiz de... Fiz todo o Rio Grande do Sul, uma caminhada pelo Brasil. Fui pra Brasília também, fiquei dois meses lá. Nós ficava em... em alojamento... Se alguém do município tivesse a boa vontade... O prefeito ou até os da Igreja Católica, os padres. Eles davam a igreja pra nós dormir dentro. Botava o colchão ali e nós dormia. No outro dia, cedo, pegava a malinha de novo, colchãozinho de novo nas costas e, oh, vamos embora, vamos indo, vamos conquistando, vamos trabalhando, vamos lutando. Até que hoje nós estamos aqui e temos nossas conquistas, mas isso foi de muito tempo, de muita luta (Isabelleana).

Reiterando que a palavra **sofrimento** é muito presente nas falas tanto de agricultores (as) familiares assentados (as), quanto não assentados (as). Pela sua trajetória de trabalho árduo e pesado, de luta pela terra e agravos em saúde que estes processos, apesar de

<sup>69</sup> O Plano Operativo da PNSIPCFA prevê 4 eixos: 1. Acesso das Populações do Campo, Florestas e Águas (PCFA) à atenção em saúde; 2. Promoção e Vigilância em saúde; 3. Educação permanente e educação popular em saúde e 4. Monitoramento e

gratificante pela conquista, de muita violação e sofrimento, mas em nenhum momento referem desistir desta luta coletiva. Para as assentadas a categoria sofrimento aparece do passado, todavia para os (as) agricultores (as) não assentados (as) ainda aparecem no presente:

Sofre muito, a gente sofre muito, a gente que trabalha em roça sofre...Sofre....Quem olha pra mim ninguém diz o que eu soffro, os joelhos todos inchados, tenho que fazer injeção de 15 em 15 dias para poder caminhar,com os ossos tudo gasto...é brabo! (Sessilis).

Apontam o **preconceito**, com destaque para o de origem geográfica, para além de um território fixo, um espaço. Ou seja, é o rural, mas não o rural de um determinado lugar simplesmente, e sim o que é habitado principalmente, pelos considerados como estigma: “sem-terras” como mais um causador, inclusive, do sofrimento mental, pois estigmatiza o agricultor (a):

O preconceito quanto à origem geográfica é justamente aquele que marca alguém pelo simples fato deste pertencer ou advir de um território, de um espaço de um lugar, de uma vila, de uma cidade, de uma província, de um estado, de uma região, de uma nação, de um país, de um continente considerado por outro ou outra, quase sempre mais poderoso ou poderosa, como sendo inferior, rústico, bárbaro, selvagem, atrasado, subdesenvolvido, menor, menos civilizado, inóspito, habitado por um povo cruel, feio, ignorante, racialmente ou culturalmente inferior (DURVAL, 2007, p.11).

Estes preconceitos geralmente interconectados “representam desníveis e disputas de poder e nascem de diferenças e competições no campo econômico, político, cultural, militar, religioso e nos dos costumes e das ideias”. (DURVAL, 2007, p.11):

As pessoas de fora, que não moram aqui no assentamento, elas não veem a gente... Elas veem assim: “ah, os assentados foram lá e invadiram aquela terra, entraram pra dentro, e...” Só que não é bem assim. Eu era pequena, não me lembro, mas minha mãe...E outra coisa, assentado não pode ter cultura, não pode ter estudo, não pode se vestir bem...Eles têm preconceito.... E não pode ter alguma coisa, sabe (Lanciolata).

Eles acham que sem-terra é louco!... Não pode ser inteligente. São pobres! Exatamente... é visto como pobre e miserável. A gente é visto. E não é. Não existe isso! Até, quando eu chamava ela de sem-terra lá nas nossas capacitações: “eu tenho terra, vocês também”! (Edulis).

Eu sou assentada, e eu sou formada ...A K. era outra: “ah, lá dos sem terra”. Não, nós não somos sem-terra, nós somos assentados, ela dizia. Tem muitos aqui formados aqui dentro (Isabelleana).

O preconceito como um “processo excludente”, que sofreram e sofrem é marcante em suas falas, pois torna-se um gerador de sofrimento mental, de depressão e inclusive de agravo a outras doenças que cronificam-se. Este preconceito passa por estigmatizar o (a) assentado (a) de “invasor (a), miserável, sem estudo e cultura, louco e um eterno: sem-terra”. “O discurso da estereotipia é um discurso assertivo, imperativo, repetitivo, caricatural”

(DURVAL, 2007, p. 13). Este preconceito faz com que tenham dificuldades inclusive, de obter emprego fora do assentamento, pois ao dizer seu endereço passam por situações constrangedoras:

Tu não podia dizer que era assentado. Eu cheguei aqui, oh, eu fui numa empresa pedir emprego, estava tudo certo pra mim trabalhar. Porque eu sou confeitadeira, padeira, daí, quando eu falei assim...Deu o endereço, pronto! ...Daí, “onde que tu mora? – eu moro no assentamento”, “no assentamento dos sem-terra? – Sim, senhor”, “pois é, daqui uns 10 ou 15 dias eu lhe chamo, porque nesse momento a vaga tá sendo ocupada pelo teste de uma outra pessoa. Mas, com certeza, eu ligarei pra você”. Até hoje eu tô esperando! (Edulis).

Tem muito preconceito (Lanciolata).

A questão do trabalho é muito presente na fala dos (as) agricultores (as) e o trabalho na terra para alguns (mas) moradores (as) do assentamento não dá conta de contemplar todas as necessidades, exigindo que além da família trabalhar no território, necessitar inserir-se em outras atividades, em alguns momentos, fora do assentamento, configurando-se em alguns casos, na pluriatividade:

É... Depois de uns anos passados, eu voltei na mesma empresa e daí: “tem currículo? – Não, eu não tenho currículo, eu sei fazer. Se o senhor me der uma oportunidade, eu vou lhe mostrar”. E daí eu fui, e daí eu pedi quinze dias pra mim mostrar o meu trabalho pra ele. E daí eu disse... E daí ele me deu os quinze dias, eu trabalhei, eu fui avaliada por um colega que chegou dois dias antes de completar os quinze dias, eles davam nota pra gente.[...]E daí ele disse: “não, eu vou ficar com a senhora”. E daí eu fiquei três anos e pouco, eu pedi pra sair de lá. Depois assim eu fui uma funcionária...(Edulis).

Demonstra os desafios que enfrentam para acessar uma vaga de emprego, pois esta fala refere-se a uma vaga que levou tempo para acessar, tendo que provar sua “capacidade”, cerca de seis anos depois da primeira vez que Edulis foi buscar emprego neste espaço, além de enfrentarem os desafios do acesso à terra, cultivar e sobreviver, quando necessitam buscar algo “fora” sofrem com o preconceito social de que não teriam capacidade, condições e o “mérito” de ter uma vida mais digna e serem no imaginário social: “sem-terra”, mesmo que a tenha :

E daí eles viram que os sem-terra tinham capacitação, tinham capacidade de fazer. Mas ainda hoje a gente enfrenta preconceito que sem-terra não pode ter um carro, não pode ter uma casa, não pode ter móveis dentro de casa, não pode ter uma roupa melhor, não pode ter estudo, principalmente. Eles acham que a gente não tem capacidade. Eu já sofri isso aqui, oh: “não, tu não pode fazer tal coisa porque tu não tem capacidade”(Edulis).

E às vezes tem mais capacidade do que aquela pessoa que tá te falando (Brinco de Princesa).

E eu já tive isso agora, não faz muito tempo. Alguém me disse assim: “você não pode fazer isso porque você não é capacitada, você não tem capacidade de fazer isso”. E eu tenho capacidade de fazer isso! (Edulis).

Além dos desafios socioculturais externos enfrentam desafios culturais no próprio assentamento, pois indicam: “Aqui também às vezes a gente tem uma certa resistência devido às diversas culturas também.” (Brinco de princesa); “Exatamente, porque são 65 municípios diferentes.”(Isabelleana). Referem que: “cada região, cada município tem as suas características, e aí tem pessoas que são meio imutáveis, elas são conservadoras, bastante. Então, o novo sempre dá aquele impacto.” (Brinco de princesa). Desta forma apresentam as diversidades culturais que perpassam o campo nos pampas. Em um assentamento com pessoas de cerca de 65 municípios do estado do RS. Amplo desafio para a política de saúde e intersetorial:

Somos um país de grupos sociais marcados pelo nomadismo, pela constante peregrinação pelo país, em busca de melhores condições de trabalho ou de vida, mas estes carregam na bagagem, onde chegam, a marca do forasteiro, do migrante, muitas vezes do intruso ou do estranho. Não têm território próprio, muitas vezes apenas a lembrança e a saudade vaga de uma terra em que um dia nasceram, que carregam consigo aonde vão, tendo que permanentemente reconstruí-la em sua memória, através de seus relatos. Somos um país de nômades migrantes, como somos e fomos desde o princípio um país de degredados, desterrados, aventureiros, imigrantes, sertanistas, de- portados e sequestrados, o que nos tornou este país e este povo aberto e receptivo a todos os que chegam, venham de onde vierem, mas que também marcamos a todos com estigmas, estereótipos ou preconceitos, maneira de lidar com estas diferenças, de torná-las compreensíveis, de reduzir o estranhamento, de domar o medo do desconhecido, que podem não aparecer como grandes movimentos xenófobos ou racistas organizados e militantes, mas que envenenam nosso dia-a-dia e se manifestam e explodem, muitas vezes na pequena querela do cotidiano, na briga de boteco, na discussão no ônibus, no momento de se permitir o namoro da filha ou de aceitar em casa o colega de escola do filho. (DURVAL, 2007, p. 88)

As falas retratam a realidade que vivenciaram e vivenciam, de luta e muito preconceito, mas acima de tudo, de muita resistência, enquanto expressão da questão social e a segurança na sua capacidade e condições para realizar o trabalho a que se propõem. Além do desafio de mediar as culturas diferenciadas no próprio assentamento, exigindo uma importante capacidade de mediar tanta diversidade cultural, de um estado que tem dimensões de um país e que além disto, faz fronteiras com dois outros países.

No que se refere à organização para o trabalho no assentamento, ele ocorre da seguinte forma, segundo os relatos: Setor H: Possui uma cooperativa que trabalha com merenda escolar e hortaliças para um hospital e os (as) trabalhadores se organizam da seguinte forma:

Ai ali eles tem de manhã cedo, no caso, levanta, tem os bichinhos pra cuidar, vaca de leite, tira o leite, cuida as galinhas, dão uma organizada na casa e vão ali na Cooperativa. Tem seis horas trabalhadas que é feito, de manhã elas trabalham... Eu trabalhei um ano e meio lá dentro, agora eu saí, mas eu ajudei bastante (Isabelleana).

Relata sobre a organização coletiva que fazem para ter tempo para sua produção, criação e para sua casa, assim como o quanto sua família fez parte deste processo de construção e manutenção da cooperativa, reforçando a importância do trabalho familiar e coletivo e essa passagem de pais para filhos da cultura do trabalho e modo de vida:

Aí a minha mãe foi uma das pioneiras que construiu. Foi as primeiras que era aqui em baixo, tinha uma casinha ali, elas começaram do nada e hoje elas têm um prédio do tamanho desse prédio amarelo aqui, nós temos uma sala de estudo, temos uma coisa lá que guarda alimentos refrigerados, temos refrigeração, uma centrífuga de alface, que é lavado a alface, secado a alface e botado nas embalagens pra entregar. Aí é todo o processo feito ali. E tem, aipim também, que é descascado, congelado e entregue prontinho, e já vai pra mesa do consumidor, que é pros hospitais e escolas. É feito pão caseiro, massinha doce, bolachas, tudo feito ali (Isabelleana).

Aponta a importância do trabalho coletivo para a construção da cooperativa e a importância do trabalho da mulher e familiar para sua construção e continuidade. Ressaltamos que o trabalho feminino vem contribuindo no desenvolvimento do país há décadas, porém a disparidade entre os sexos ainda é explícita. “Com base histórica as mulheres buscam na Economia Solidária para além do reconhecimento econômico um reconhecimento enquanto trabalhadoras agentes de transformação social” (OLIVEIRA et al., 2012, p.167) :

Aí as mulheres trabalham de manhã, tem o turno. Eu trabalhava das cinco e meia às onze e meia, era o meu turno, fazia... Eu trabalhava nas áreas dos pães e bolachas. Daí tinha outra, tem outra equipe que é mais instruída por jovens, que é pra picar a couve, lavar a alface, descascar o aipim, congelar o aipim também. Que daí faz seis horas trabalhadas de manhã e seis horas trabalhadas de tarde. Aí, só faz aquelas seis horas de manhã. No caso, eu fazia seis horas, aí à tarde eu podia ir pra minha casa, podia ir pra lavoura, podia ir plantar os meus aipim em roda da casa, posso cuidar o meu pomar, posso cuidar a minha horta. Aí eu tenho mais à tarde pra mim, pra minha casa. Então, eles conseguiram fazer assim, trabalha seis horas ali, pra fazer na cooperativa, e o restante do dia tu tem pra cuidar da tua horta, cuidar dos teus bichinhos, trabalhar na agricultura mesmo. Já foi, já, tudo pensado... É mais ou menos assim que funciona lá (Isabelleana).

Refere sobre os processos de trabalho cotidianos, apontando elementos para a compreensão de seu modo de vida relacionado com a terra e com esta organização, o tempo que possuem para humanizar-se relacionar-se com a natureza e com as pessoas. Neste momento, traz o cerne da concepção de trabalho para Marx, na relação humano-genérica com a natureza no processo de humanização. O que possibilita promover saúde ao passo que o trabalho é coletivo e organizado e cria condições dos sujeitos viverem com mais qualidade. É com as condições construídas socialmente e pelas condições da natureza que se estabelece o trabalho e as possibilidades objetivas de humanizar-se, pois as necessidades humanas primárias estando sanadas há a possibilidade de sanar as necessidades humanas secundárias.

Relatam sobre as distâncias das terras de produção de arroz que variam de 8km a 30km das suas residências, como relatou Antônio Conselheiro. A distância do território de moradia para o de plantação de arroz se torna um empecilho para o trabalho, pois as estradas são mal

conservadas e o transporte de difícil acesso. Esta realidade é um desafio a ser enfrentado cotidianamente:

Por que aqui, a plantação de arroz é aqui, mais abaixo. Tem a barragem ali e em volta da barragem tem as plantações de arroz. Mas a casa que nós moramos é do outro lado. Eu já moro lá em cima [...] muito longe, não tem transporte pra nós ir e nós começamos a ir de carroça. Mas hoje já está uma estrutura melhor, hoje tem, aqui, no caso, tem a cooperativa que administra nossas plantações de arroz, que daí é por grupos. Tem os **homens** que trabalham lá na lavoura, tem as **mulheres**, que também queriam trabalhar alguma coisa, fazer alguma coisa de útil, e fizeram essa cooperativa de pães e bolachas que tem, e agora estão construindo pros jovens trabalhar também na questão das verduras.... Daí, lá, pelo menos, é por grupos, no caso. Por exemplo, o meu pai tem criação de gado, e planta arroz, mas o meu irmão trabalha na lavoura de arroz, ele já tem o grupo dos arroteiros. Meu pai pode ceder a terra dele pra plantar arroz, mas vai o grupo da cooperativa e planta é tudo por grupos ali, tem os setores (Isabelleana).

Em outros setores há algumas diferenciações e semelhanças:

Nós lá (setor G) a maioria trabalha... Os **homens**, em lavoura de arroz, sai pra trabalhar de manhã, voltam de noite, as **mulheres**, algumas trabalham fora, algumas em casa, do lar... A maioria é do lar, pra cuidar da horta, da vaca, da galinha, dos filhos... (Lanciolata).

Nestes relatos são apresentadas questões pertinentes ao **gênero**, pois homens e mulheres possuem atribuições distintas, como nos exemplos dados. Portanto, há mais um elemento para reconhecer a **identidade cultural** desta população que é historicamente marcada pela questão de **gênero** e suas distintas atribuições na organização familiar e portanto, de trabalho, principalmente para a manutenção da propriedade (SCHAAF, 2003, p. 419). E apesar de alguns diferenciais, em cada setor, há uma organização integrativa para o trabalho e uma pluralidade de outras atividades e atribuições na sua divisão:

Tem aqui no setor E tem um pessoal que entrega a verdura. Todos os setores trabalham, por causa que é em grupos. Tem o pessoal do setor G que ajuda com a plantação de arroz também, os homens principalmente trabalham lá. E... é por causa que é associado, então associados tem associados no setor E, setor F, setor G e setor H (Isabelleana).

Isso é um grupo, que seria cooperado. Aí pra isso daí tem os outros grupos que trabalham individuais... Temos grupos de mulheres, no setor E nós temos um grupo de mulher. No setor G, que temos uma... Que as gurias tem uma feira na UFRGS... Duas vezes na semana, terças e sextas, então, são vários grupos diferenciados. Uns trabalham na cooperativa, uns trabalham com arroz, outros trabalham com horta...(Brinco de princesa).

Indicam a produção de sacolas e artesanatos pelas mulheres. Apresentam a pluriatividade no interior do assentamento, assim como a pluricultura com a participação coletiva e produções diferenciadas: a cooperativa, o Grupo de Mulheres, plantação de arroz, sem ser associado da cooperativa, o gado e leite. No centro (assentamento) uma agroindústria de queijo. Há produções paralelas, pois nem todos são agrupados: “tem enes jeitos de trabalhar. Tem várias formas, mas é um conjunto” (BRINCO DE PRINCESA). Referem que

uns plantam alface, outros fazem queijo, pão, cuca e levam para feira. Envolvendo-se sempre com algo “ninguém fica totalmente fora da construção de venda e de produção, ou disso, ou daquilo” (BRINCO DE PRINCESA). Em grupos formais ou informais.

As assentadas referem a importante organização que realizam para suas atividades de trabalho e de forma coletiva, a organização se apresenta como uma forma de igualar-se à visibilidade e aos direitos dos homens (SCHAAF, 2003). A categoria coletiva é essencial para compreender a base da sua organização, possibilitando a qualidade de vida pelas formas de organização. Cada agricultor (a) tem a possibilidade de criar e produzir dentro de suas potencialidades que também podem ser desenvolvidas. O que difere dos relatos dos (as) não assentados (as) e sua organização do trabalho:

A criatura trabalha, é sol, é chuva, frio é calor, é cair, tá em num cavalo, ele cai se quebra, tá de carreta, meu marido tem carreta, tem bois, o serviço da terra é feito de carreta. O boi tá de repente lá, ele se machuca, ele cai, vai fazer uma cerca, ele corta um...O filho daquela senhora que tava aqui a dona Perennis, tá praticamente cego, 30 anos de idade, serviço rural, lá fora ele tava fazendo uma cerca e a serra que ele tava usando pegou no rosto dele. Parece que é vinte por cento de uma vista, então, esse tipo de coisa dificulta, então todo mundo se queixa: -Ai to doente, to velho e ainda to aqui, me estraguei muito da terra. Mas eu acho que primeiro lugar antes dessa dificuldade toda, toda, fala mais alto, a qualidade de vida...(Tenella).

Tenella refere as dificuldades do campo e os possíveis acidentes de trabalho, os quais estão expostos (as) no trabalho familiar que apresenta-se solitário e de sobrecarga, diferentemente do assentamento em uma organização coletiva. O que incide nas condições para este trabalho, uma vez mais individualizado, até mesmo pelas distâncias territoriais, mais precário se torna, quando não se tem as condições materiais para sua realização, pois sobrecarrega o (a) trabalhador (a) e o expõe a risco e agravos em saúde. Um estudo realizado no Rio Grande do Sul por Froehlich (2011, citado por SOARES, 2014) ratifica a masculinização rural neste estado, especialmente, na faixa etária de 25 a 29 anos. “Sabe-se que a pecuária extensiva e a agricultura empresarial mecanizada contribuem para a ocorrência da masculinização, ao passo que a agricultura familiar favorece a permanência da mulher no campo” (SOARES, 2014, p. 22) o que expressa a sobrecarga tanto para o homem que permanece no campo, quanto para a mulher, principalmente nas distinções de gênero, o que não necessariamente distribui trabalho com igualdade, mas com as mesmas sobrecargas pautadas pelo gênero. Contudo, Tenella referencia que acima destas adversidades há a qualidade de vida que este modo de vida propicia e reafirma sobre como a população se alimentaria se eles (as) saíssem do campo:

Também fundamentalmente isso aí. É verdade... A gente é pequenininho, a gente planta, eu moro em 4 hectares, meu marido nasceu lá tem 50 anos, ele entende de tudo um pouquinho, lá em casa a gente tem de tudo um pouquinho: tem galinha,

colhe ovo, tem a vaca, tira o leite, tem a horta, tem a roça. Por ser pouquinho, a gente planta praticamente só pra casa, vende uma coisinha, pouquinho. Mais é pra casa. Que nem eu disse pro representante da empresa de ônibus: \_Como é que eles iam comer se a população do campo fosse embora? Mas eu não me referi a mim, eu produzo praticamente pra mim, alguma coisinha que sobrar eu vendo (Tenella).

A agricultora revela que plantam essencialmente para a subsistência familiar, mas reconhece sua importância, pois está alimentando-se do que produz, assim como os demais do grupo:

Também, pela propriedade deles é mais pra casa...Então, mais é pra casa, aposentados. Mas eu quis dizer assim, todos dependem de ônibus. Se todos saírem por causa do ônibus. Claro que um pouquinho de cada um, claro que vai faltar lá e é o que tá acontecendo. Por que que o governo tá preocupado com a associação rural? Teve até um seminário.... Alguma coisa, porque vai acabar fazendo, se não melhorarem o governo, os incentivos em geral, porque é muita coisa que a gente usa, que a gente precisa, que a gente compra. Esses insumos, esse combustível...Pra viver em geral no campo, se o governo sei lá...Não der um jeito de melhorar, o pessoal novo não vai ficar no campo, não vão, porque eles vão deixá de...Todos estão estudando, a maioria está se formando em alguma coisa, ainda bem. Pai e mãe, a gente fica muito feliz quando o filho optou por ser agrônomo, que nem a minha filha, quer ser professora lá, quer ser professora dos alunos lá, lá. Ela fez o estágio lá em Porto Alegre (Tenella).

Expressa a sua produção com o fim principal, o consumo familiar, e a necessidade de incentivos do governo para a permanência dos jovens no campo. “O Brasil rural vem apresentando o contínuo êxodo rural, principalmente das filhas dos agricultores familiares que buscam a vida no meio urbano objetivando outras profissões” (SOARES, 2014, p. 21), resultando no processo de “masculinização do campo” que também migra para os centros urbanos.

Dentre os agravos em saúde específicos de sua população, os (as) agricultores (as) não assentados (as) haviam mencionado principalmente, problemas como hipertensão, diabetes colesterol alto, depressão e osteomusculares, assim como o (a) profissional que os atende menciona, exceto os osteomusculares. Sessilis relata “[...] Eu tenho problema de pressão, tenho diabetes, tenho colesterol alto... Às vezes fico quase cega... Pra consultar o oculista é um sacrifício de marcar e até chegar no dia da consulta... É brabo...” E ainda referem:

... Pra tu ver... Eu que já to com 65 anos, já tô com os ossos tudo gastos de trabalhar nas roças, porque eu comecei trabalhar em roça capinando, com 12 anos, com meu pai. Aí me casei... Continuei trabalhando nas roças... Viuvei... Fiquei com uma guriuzinha de 3 anos, trabalhando nas roças... Até me aposentar, pra poder me sustentar. Isto aí a gente fica doente. A gente falta cálcio, vitamina... Tudo tem que comprar... Esse dinheirinho que a gente ganha de aposentadoria não da pra nada. [...] A gente não tem o carro ... Eu não tenho carro... Aí eu tenho artrose nas pernas... Desgaste na coluna... Osteoporose... Como é que eu vou sair a pé de lá de casa... Acho que uns 11 km até o C (ESF)... De marcar uma consulta, esperar um mês ainda [...] (Sessilis).

... O sol... Eu acho o problema da pele... O sol muito quente porque trabalha na é... Eu acho que o agricultor ele/por ele/ele ficá exposto o dia inteiro... Senão de noite! E aí tem o problema da pele, que tem que ter o médico. Câncer de pele...(Tenella).

Verificamos também a ocorrência do envelhecimento rural referenciada por (Froehlich et al, 2011) no RS, “a faixa etária de 60 ou mais foi a única, neste estudo, que apresentou aumento populacional. A permanência da população idosa tem como fator motivador a aposentadoria rural” (SOARES, 2014, p. 21) que expressa a necessidade de maior articulação das políticas públicas para este segmento no espaço rural. As agricultoras apresentam agravos em saúde decorrentes de suas condições e modo de vida, dentre elas a alimentação e o trabalho, assim como a sua cronificação no envelhecimento. Referente aos agravos as assentadas também referem semelhanças aos (as) não assentados (as):

Problema de pressão alta! (Brinco de princesa).  
 É, a maioria é pressão alta, diabetes...(Edulis)  
 ... Obesidade infantil, os cuidados, né, tipo, hoje as crianças tem diabetes, tem pressão alta, e são crianças. Por causa de comerem salgadinho...Da alimentação... muito isso, muito aquilo, né. (Isabelleana).  
 Tem criança, tem adulto... Tem idoso (obesidade) (Edulis).  
 Todas as faixas são obesos, hipertensos, diabéticos e muito colesterol (Edulis).  
 Sofre muito de dor na coluna. Tem todos, a maioria sofre de dor na coluna.  
 Câncer de pele...Câncer de pele, problema daquela, como é que é... As tendinites. Essas coisas tem, né. Problema de gota, tem também, tem lupos (Isabelleana).  
 Tem pessoas que tem problema na perna. Tu viu o M', todas as vezes que eu estava ali na comunidade era incrível de ver assim. Trombose...(Dusenii).  
 É por causa do Sol muito quente, e eles lidam muito com a água, os banhados, por causa dos arroz... É, aqui tem muitos problemas...(Edulis).  
 É, meu pai ele tem um problema seriíssimo de coluna, tem bico de papagaio, aquelas coisas. Caminha porque ele é teimoso, como nós dizemos, porque ele tem... Até o médico se apavora como é que ele consegue caminhar, porque ele tem toda a coluna já gasta (Isabelleana).

Em ambos os grupos são referidos agravos semelhantes, pelo histórico de vida relacionado ao trabalho, como Edulis refere: “É porque, a parte do agricultor, as histórias são as mesmas.” Isabelleana: “não muda muito não!” Contudo, apesar das semelhanças há especificidades do modo de vida e organização do trabalho, por isto, chamamos a atenção para as formas de produzir o arroz que é coletiva e agroecológica, entretanto com riscos referentes à exposição excessiva ao sol e à água pelo território ser molhado “banhado”, ocasionando dentre os inúmeros agravos, os que acometem a região das pernas e pés. Assim como os (as) não assentados (as) a exposição aos agrotóxicos em produções mais individualizadas. Especificidades entre um e outro grupo, apesar de serem agricultores (as) há semelhanças e diferenciais nas formas de organização e também por esta construída, as diferentes condições, que os expõem a relevantes riscos, importantes de se destacar.

Além dos agravos físicos e também por eles resultantes retomamos os agravos em saúde mental, que neste movimento pode resultar e ou contribuir nas causas dos demais agravos:

Eu tomo acho que uns 10 remédios por dia, e é tudo comprado... Às vezes quando eu venho aqui no Dr. pros nervos...Eu tenho depressão, porque eu tenho depressão aí às vezes ele me dá, mas quando eu não venho aqui. Não posso vim... É tudo no dinheiro... E aí? Comida e tudo? Tudo no preço que tá... É brabo né! (Sessilis).

Depressão, tem muita gente depressiva. E também, assim, as pessoas estão começando a se preocupar com eles próprios. Há um tempo atrás: “ah” to com uma dorzinha de cabeça, to com isso, to com aquilo...” E não estava nem aí. Mas, como agora tá esses surtos de dengue, surtos... Até mesmo teve aquele surto de... meningite, essas coisas assim. Então as pessoas começaram a se ligar mais nas informações e buscar uma prevenção em saúde. Daí, então, se estão com muita dor de cabeça, eles vão lá ver: “Será que é pressão alta?! Será que é diabetes?! Será que é isso, será que é aquilo?!” Então eles estão buscando nesse sentido, da preocupação pra eles mesmo, pra uma prevenção, pra descobrir o que eles tem (Edulis).

Assentadas e não assentadas relatam realidades distintas, apesar de indicarem a depressão como uma doença presente em ambas situações, no que se relaciona com a inserção à saúde, pois a agricultora não assentada refere ter menos acesso, reiterando que paga até mesmo pela considerável quantidade de medicações e consultas, o que agrava seu quadro de depressão e demais doenças. A agricultora assentada refere a depressão, porém relata ter mais acesso à saúde, pela Unidade Móvel. A população de seu território tem mais condições de acessar e até preocupar-se com a prevenção, apesar do termo nesta fala, indicar a prevenção somente do agravo, pois ainda buscam no momento em que surgem os sintomas. Fala que vai ao encontro do relato de Antônio Conselheiro que a atende através da Unidade Móvel. Este havia referido que “metade da população dos “sem-terra” usa medicação controlada”. Revelando mais uma questão importante a ser trabalhada com os (as) agricultores (as) familiares na perspectiva da saúde mental, a partir da Atenção Básica, em articulação com as políticas intra e intersetoriais, como a de plantas medicinais relacionando seu saber popular com o científico, trabalho que vem reiniciando no assentamento.

Nas falas são expressas as preocupações com o uso prejudicial de bebida alcoólica e cigarro, assim como o uso considerável de medicações controladas, o que no grupo dos (as) não assentados (as) aparece somente as medicações. O uso prejudicial de bebida alcoólica para as assentadas aparece como causador e efeito da depressão, em uma relação não linear:

Eu acho, assim, que a bebida às vezes, do companheiro, porque tem bastante casos... De alcoolismo aqui, assim como temos bastante fumantes, também. Mas acho que, de repente, devido à situação, assim: ah, o companheiro bebe muito, a mulher não sai porque tem vergonha de sair com o próprio companheiro, porque... De repente... Vai fazer fiasco, como se diz. E eu acho também assim... Tu vai ficando em casa, assim, tu vai te acomodando, daí tu vai... Vai achando que tu não tem valor nenhum, que tu não pode, daí já começa a engordar muito assim, daí uma roupa já não fica legal pra ti, e tu vai sair lá de repente não vai ser, não vai ter uns bons olhos pra você, aí tu vai se acomodando, não vai tendo informação nem pra ter uma conversa com alguém. Daí vai ficando em casa, se acomodando, aí, quando vê, tu já tá com uma grande depressão (Edulis).

A agricultora assentada mais uma vez abarca questões de **gênero** homem e mulher, seus papéis na relação e o efeito destes papéis na saúde mental de cada um. Ela refere o uso prejudicial de álcool pelos homens e os reflexos na vida da companheira mulher, como a

vergonha, baixa autoestima, “acomodação”, sobrepeso, falta de informação, que resulta em muitos casos, conforme sua interpretação, na depressão. Contudo há de se considerar que o sofrimento ocorre em ambas as partes. No homem vem se expressando principalmente, no uso prejudicial de álcool que agrava seu sofrimento e situação e na mulher o sofrimento resulta das questões referidas pela agricultora, que busca na medicação sua superação, lembrando que esta avaliação é a partir de sua experiência. Entretanto é pertinente retomar a fala de Antônio Conselheiro quando refere que o **uso prejudicial de bebida alcoólica**, principalmente, e cigarro, podem ser resultantes da necessidade de dispor de uma grande força física no trabalho e até mesmo pelo histórico de lutas, violações de direitos e o desenraizamento, como violação e expressão da questão social, que pode ser motivadora também do uso de medicações pelas mulheres.

Portanto, inferimos que a questão é mais ampla, pois o sofrimento e nele se inclui o uso prejudicial de bebida alcoólica e outras drogas, pode ser resultante, produto e produtor e uma das estratégias de suporte para a carga de violações de direitos que estes sujeitos passam e ou passaram ao longo da vida, dentre elas a exploração da força de trabalho, pois mesmo que seja familiar, no sistema que estão inseridos há de se trabalhar muito para o sustento, gerando agravos na saúde pelas condições de vida: pela sobrecarga de trabalho, desenraizamento, e por toda sua trajetória. Mais um desafio para a Atenção Básica e demais políticas públicas. E que estes usos também ocorrem tanto de bebida e cigarro, por mulheres como de medicação por homens, sendo que uma afirmativa unilateral de gênero referente ao uso pode invisibilizar que tanto um quanto o outro o fazem, como abordamos no capítulo que aporta as Ações para esta população.

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas aponta:

Aproximadamente 20% dos pacientes tratados na rede primária bebem em um nível considerado de alto risco, pelo menos fazendo uso abusivo do álcool. Estas pessoas têm seu primeiro contato com os serviços de saúde por intermédio de clínicos gerais. Apesar disso, estes pouco detectam a presença de acometimento por tal uso, o que tem repercussão negativa sobre as possibilidades de diagnóstico e tratamento. Vemos que, no geral, o foco da atenção está voltado para as doenças clínicas decorrentes da dependência– que ocorrem tardiamente – e não para a dependência subjacente (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.16).

O dado desta pesquisa e da política, desafiam os (as) profissionais a debruçarem-se a trabalhar na perspectiva do cuidado interdisciplinar, principalmente, na Atenção, para a prevenção e uso prejudicial destas substâncias. Assim como, realizar o cuidado através do acolhimento e das linhas de cuidado. Atentando-se para a atenção à família que acompanha este processo e sofre conjuntamente. Neste contexto, são apontados outros fatores:

É, vários fatores. Os filhos, às vezes, às vezes não pega emprego, as vezes não tem condições financeiras. Tudo isso acho que abrange (Edulis).

E também, assim oh, o histórico na questão de tu ser acampado e ser assentado. Isso diferencia. As pessoas vêm...(Brinco de princesa).

Preconceito...(Edulis).

As pessoas diferenciam, eu, colona, assentada, e ela, agricultora lá... como é que eu vou dizer[...] do interior que não é assentada, entendeu?! Porque as questões psicológicas, o teu sofrimento que tu vem lá do acampamento, é sofrido. Se tu olhar pra trás hoje, bom, eu tô aqui, mas em que situação eu cheguei aqui. E aí tu vê as coisas acontecendo ao teu redor, as pessoas não valorizando aquilo que eu não ganhei, ...Que tu conquistou. ... Não choveu lá de cima, não caiu do céu. E aí isso também leva as pessoas a entrar numa depressão porque tu sabe: pô, sofremos tudo junto, chegamos aqui, chegamos onde nós estamos, e daqui a pouco dá um troço lá e descamba, e desaba, e aí eu não posso fazer nada por aquela pessoa, entendeu, pra ela entender que não era assim. E aí aquilo fica dentro de mim, e eu pensando assim: poxa vida, saí com dois filhos nos braços e tô aqui hoje. Os meus filhos cresceram, estão trabalhando, graças a Deus. E daí aquela pessoa... a tia J. se largou, e descambou, e lá ficou e... e não procurou progredir. Ficou ali. Então, nessas situações, também atinge muito, porque nós tivemos uma socióloga aqui que ela fez um trabalho e ela fez a pesquisa assim, oh: os assentados, muitas mulheres, muitas pessoas com problema de depressão. E é nessa questão social (Brinco de princesa).

Reconhecem que há muitos fatores que causam o sofrimento e com isto, o uso prejudicial de bebida alcoólica, principalmente. Dentre os quais estariam as condições financeiras, o histórico na questão de ser acampado e ser assentado, o preconceito, “questões psicológicas, o teu sofrimento que tu vem lá do acampamento, é sofrido. Se tu olhar pra trás hoje, bom, eu tô aqui, mas em que situação eu cheguei aqui” (condições).” E aí tu vê as coisas acontecendo ao teu redor, as pessoas não valorizando aquilo que eu não ganhei, ...Que tu conquistou. ...” Relatam que apesar do sofrimento lutaram e conquistaram a terra, como direito e além de todos fatores mostram seu entendimento de que este sofrimento é desencadeado pela “questão social”.

As agricultoras expressam que possuem uma conceituação ampliada de saúde e que tendo seus direitos violados, em qualquer momento de sua vida, ficam marcadas com este histórico que agrava seu sofrimento, passando pelo mental e pelo físico, prejudicando sua saúde. Este sofrimento é reproduzido na família e expresso de diferentes formas, por homens e mulheres, contudo, suas causas parecem ser semelhantes, mesmo que haja diferenciais de gênero para o enfrentamento da própria questão social<sup>70</sup> trazida por elas. Apresentam que a saúde assim como a física e a mental tem como determinantes a garantia de seus direitos, para isto a necessidade da participação social e coletiva, que emerge nas discussões de formas

<sup>70</sup> A questão social como objeto de trabalho do profissional Assistente Social, apresentada na fala das agricultoras, ratifica a necessidade da inclusão deste profissional na AB, através dos serviços territorializados (o que ainda não está previsto em lei), para além da gestão e dos NASFs. Profissionais que, como os sociólogos e demais áreas afins, poderão contribuir na análise, planejamento e intervenções que vão ao encontro das necessidades e direitos dos sujeitos usuários das políticas sociais e públicas, dentre elas a Atenção Básica.

diferenciadas, inclusive o direito à informação, muito presente na fala das agricultoras assentadas ao longo de sua trajetória:

Porque na verdade nós, nós não temos um canudo, mas a gente aprendeu na vida. A gente aprendeu a virar mundo e aí tu aprendeu a te defender, tu tem os teus argumentos que às vezes tu tá falando ali e a pessoa pergunta: “mas que grau de estudo tu tem? Tu é advogado, por acaso?!” Mas é que a vida ensinou... ensinou nós a se defender. Nós aprendemos muita coisa, então, foi a escola da vida que nos ensinou isso. Só que as pessoas não quer... não conseguem entender! (Brinco de princesa).

É porque a gente tem uma... uma... (Isabelleana)

Uma cultura (Brinco de princesa).

... Um peso, uma cultura diferente. “Movimento sem-terra – hã?!” Já perguntam, já ficam “hã?!”(Isabelleana).

E, outra coisa que a C. Falou ali,... a escola da vida. Mas essa escola da vida que a gente traz, é baseada em lei, tudo dentro da lei, a gente tá informado a onde que tá escrito, a onde que não tá, sabe. Não é nada fora da lei. Porque, muito bem, nós podia fazer as nossas próprias leis. Não! A gente... Vive de baixo de uma legislação, a gente procura...(Edulis).

Estas falas expressam a cultura do (a) agricultor (a) que busca politizar-se, principalmente ao se inserir no movimento, pois ao buscar uma mudança de vida, politizam-se cada vez mais coletivamente e passam a mobilizar-se, fazer parte e pertencerem a lutas mais coletivas a partir do acesso à informação, que buscam e desvendam para aplicar em sua vida cotidiana, “viram o mundo”, “viram no mundo” e “viram mundo”. Além de percorrerem e viraram vastos territórios, viram a terra que nos alimenta, viram a sociedade que os estigmatiza e viram as leis em realidade. Mostrando que para ser sujeito político conhecedor de seus direitos e deveres, participante, e portanto, cidadão, não necessita ter uma graduação. Desta forma, expressam a necessidade e de buscar as informações que contribua legalmente com seu processo:

Tu tem as informações certas .É.E sabe onde ir. E a gente sabe onde tem que ir. Por exemplo, nós tava em uma conferência lá e daí surgiu uma dúvida assim, oh... e eu disse assim: “precisamos de um meio de transporte pras agentes de saúde” e alguém me olhou: “tu é agente de saúde?”, disse: “não, eu sou uma usuária do SUS. Mas eu sei que tem! – Ah! Existe isso? – Existe?”! Eu sei que tem. A onde nós vamos buscar?! Vamos procurar a onde tem que buscar! Então, as pessoas acham que, porque eu tô lá como usuária, eu não sei. Claro que eu sei! Porque eu tô informada, eu tô dentro da informação. E aí as pessoas acham que não. “Ah! É sem-terra, aqueles lá não saber nada” e às vezes tu tá muito mais informado do que as pessoas que estão lá, lá dentro das próprias secretarias as vezes não sabem das informações que nós sabemos. Porque é os nossos direitos. Eu tenho direito. Porque é que eu não posso buscar?! E aí muitas vezes não acontece isso. Por exemplo: as nossas unidades móveis veio aqui, não foi por acaso. Não foi por acaso, entendeu?! Foi muita luta. Foram 16 anos! (Brinco de princesa).

Vocês não estão aqui por acaso...(Edulis).

São dezesseis anos que nós estamos aqui. Esse PSF, há dezesseis anos nós encaminhamos isso. Então não é de hoje. Ah, hoje... Claro! Tá tudo pronto,

organizadinho. Mas demorou! Não é por acaso que as coisas estão aqui. Começou do zero!(Brinco de princesa).

Reiteram que as formas de buscar a informação e objetivá-la em sua realidade concreta exige “o saber fazer” (MEHRY, 2007) que passa por saber o que e como buscar: “[...]Então, muitas vezes eu chego lá e dizem: “não tem!”, eu calo a minha boca e vou embora, quietinha e tranquila. E não é por aí. Então é isso que as pessoas... Às vezes, sem-terra é mal visto, porque o sem-terra sabem da lei” (Brinco de princesa). Isabelleana complementa:

E é informado, e vão atrás, e incomodam! Toca de ir, eles vão a fundo, e descobrem, e vão, e querem que a coisa aconteça. Fazem a coisa acontecer... Não é ficar de boca calada. A gente não fica de boca calada. Quando tem que ir à luta a gente vai... Pode ser que demore 10, 15 anos, mas nós vamos, nós vamos indo até que conquistamos. Agora temos aí... Hoje temos um(a) médica (o), mas de longas e longas lutas. Lutas! Não foi de mão beijada que nós ganhamos isso. Nós nunca ganhamos nada! Nós conquistamos as coisas. É conquistas! (Isabelleana).

Revelam a sua forma de buscar a informação compreendendo-a como direito e como transformá-la em concretude. Esta qualidade que é marcada por lutas cotidianas e com resultados graduais, mas visíveis e palpáveis, passam pela resistência de uma sociedade que os (as) estigmatiza pelo “incômodo que entendem causar”. Uma característica importante de luta que não deveria ser somente destes sujeitos. Prova disso, são as conquistas para o coletivo que proporcionam:

É... tanto é que nós encaminhamos projeto do PAC, às unidades! Então, isso aqui não é ontem que chegou aqui, a tia J. chegou aqui e jogou pra nós. Não. Não senhora. Isso aqui foi muita luta! Aquela ali também. Quantas vezes nós ia lá, brigava!É! “Ah! Mas aqueles sem-terra são... “Nós temos direitos”!(Brinco de princesa).

Mas agora eles tão acompanhando também! Eles estão vendo que através da luta que se conquista as coisas. Se a gente fica quietinho, paradinho?! Não consegue. Tem que pressionar! Eles tão vendo e tão fazendo também (Dusenii).

Tá muito bom os atendimentos, tá muito bom os acontecimentos, só que não foi a Tia J. que chegou aqui e... Jogou aqui pra nós. Não... Como é que diz... Temos 15 anos de assentamento, mas 16, ou 20, lá de traz já nós vinha vindo “quando eu chegar lá eu quero isso, isso e isso!” E nós sabemos que tem! Agora, aquela população lá, do interior, que é diferente de nós, eles muitas vezes não tem aquela informação ...(Brinco de princesa).

Conquistas graduais e contínuas que expressam no movimento as possibilidades de objetivação de seus direitos e que nos fazem concordar com Sandra Vial e Cristina Fortes (2005) quando compartilham sobre suas visitas ao assentamento da Lagoa do Junco em Tapes-RS, onde encontravam muitos “homens e mulheres dotados de uma sabedoria única, singela e generosa, a qual eles compartilham com nobre facilidade”. Sabedoria que em muitas situações “é talvez maior do que aquela encontrada na academia” (VIAL; FORTES, 2005,

p.77). As assentadas reiteram as andanças que fizeram com filhos (as) nos braços para a conquista da terra e a valorização de seus atos e resultados:

Com quatro filhos,. Então, bom, se eu tô saindo daqui é porque eu quero uma coisa melhor ainda! Ela queria... a mudança! É o que a gente tá fazendo: mudando alguma coisa. Ao menos um pouquinho nós já estamos.....Tanto é que chegamos...Pra nós já é bastante o pouquinho que nós conseguimos (Brinco de princesa).

E ainda tem um ou outro que diz que assentado ganhou tudo, ?!Exatamente! “Ah! Tu ganhou uma casa”. Não, eu não ganhei a casa![...]Eu conquistei! (Lanciolata).

Suas falas expressam que o resultado de suas lutas não são “presentes” a eles (as) concedidos, mas conquistas coletivas, o que revela uma visão descolada do assistencialismo e que sua participação foi e é essencial nestes processos. Reforçam com a fala da própria organização no assentamento, para a saúde:

[...] Direção estadual, presidente da associação e coordenação da saúde, que hoje nós estamos tentando de novo reorganizar [...] Tem que ter um representante que agora as gurias começaram na questão das agentes de saúde, mas, paralelo a elas, movimento sempre tem alguém representando a saúde...Além do agente a saúde sempre tem alguém...(Brinco de princesa).

A participação no planejamento e intervenções na saúde é característica presente para os (as) assentados (as) que são exemplos de como a sociedade participando dos processos, dentre eles, do controle social ao apresentar suas necessidades e propor continuamente estratégias para a consolidação da saúde pública, contribui para que o SUS preste o atendimento esperado pela população.

Mais falas expressam a luta do MST por conquistas para o coletivo, a exemplo do financiamento que referem ter recebido e aplicado na UBS:

[...] quando nós chegamos aqui, a gente teve uma contribuição [...], que daí então, bom, era um valor X que vinha por pessoa... É porque assim, a população itinerante, como tu não... Não tá sempre no mesmo local, então tu tem direitos. Hoje eu não sei quais são os valores, na época eram dois reais e uns quebrados por pessoa. Por pessoa...E aí esse dinheiro vinha, só que a saúde jamais podia botar a mão. Então nós que tinha que administrar. Então, o que foi feito: nós vamos, então, vamos ajudar o pessoal da A. C., que estavam em fase de construção da unidade, que era o postinho ali. Então, nós vamos colocar esse dinheiro, liberar pra eles terminarem a unidade e comprar equipamentos que faltavam. Então, foi terminada a unidade e comprado os equipamentos que faltavam pra iniciar o atendimento (Brinco de princesa).

Complementa que a verba é oriunda do Ministério da Saúde, para a população itinerante. Ao chegar no município tem-se que fazer um levantamento de quantas pessoas tem para receber o valor por pessoa. Ainda relata que esse investimento foi para posto de saúde A.C e que atualmente teve mais uma conquista e vai aumentar. Terá mais um prédio novo que vai ficar do lado. Uma luta que refere também ser de cerca de dez anos : “É de anos que nós viemos lutando e agora parece que o projeto já tá formalizado e o dinheiro tá na conta pra

começar a estrutura nova. Porque ali, agora como a população cresceu, ficou apertado (BRINCO DE PRINCESA).”

Para os (as) não assentados (as) seus direitos e a participação aparecem de outras formas, como o diálogo com o (a) trabalhador(a) da empresa de transporte que sugeriu a saída do campo pelos escassos horários de ônibus. Tenella refere a resistência de permanecer no campo, pela compreensão de que o governo necessita apoiar quem neste território vive, pois é quem alimenta a sociedade:

Pessoal da empresa foi desaforado. Se a gente ter que sair do campo, por causa de horário de ônibus, hoje em dia o ônibus é uma coisa insignificante, e eu acho que é lei de ter o mínimo de ordem e a gente sabe de lugares...Aqui em Viamão mesmo, que a zona rural mesmo, tu vê que aqui começa a zona rural e vai até o fim, onde nós moramos que é S. A. Tem lugares com mais horários, só que é a empresa V. que vai lá e nós não, é uma particular é a [...]. Tem bastante ônibus, pra praia, eles têm, eles fazem toda essa área aqui, mas no nosso caso específico, eles acham que é pouco morador, não é o suficiente para cobrir os gastos. Então, com toda essa dificuldade, mas essa dificuldade que eu falo de saúde, educação... O básico temos, minha filha sempre estudou lá, com o ônibus na porta [...] (Tenella).

Ainda refere sobre o quanto o campo movimentou a economia, atentando que sem maiores incentivos, os jovens não irão permanecer no campo:

[...] o governo tá preocupado com a associação rural! Teve até um seminário... Alguma coisa, porque vai acabar fazendo, se não melhorarem o governo, os incentivos em geral, porque é muita coisa que a gente usa, que a gente precisa, que a gente compra. Esses insumos, esse combustível, esses...Pra viver em geral no campo, se o governo sei lá...Não der um jeito de melhorar, o pessoal novo não vai ficar no campo, não vão, porque eles vão deixar de...Todos estão estudando, a maioria está se formando em alguma coisa, ainda bem. Pai e mãe, a gente fica muito feliz quando o filho optou por ser agrônomo (Tenella).

As categorias participação, direito e informação são expressas de formas diferenciadas pelos (as) agricultores (as) assentados (as) e não assentados (as). Para os (as) primeiros surge com a concepção de luta histórica e coletiva para o acesso aos seus direitos, vislumbrando melhores condições de vida, essencialmente para suas famílias, mas que com movimentos como o financiamento da UBS reflete em melhores condições para as populações que dela fazem uso. Assim como a luta para produzir de forma ecológica, além de beneficiar a sua saúde, beneficia a de todos que dela consomem, pois suas produções, além da subsistência são para a venda externa.

Para os (as) não assentados (as) a participação aparece através da associação ao sindicato, assim como seu principal meio de acesso à saúde, pelo horário e valor, porém, ainda pago e não público. E apesar de relatarem ser bem atendidos (as), expressam uma descrença dos serviços públicos, principalmente pelo contingente de pessoas que o buscam. Há referências sobre direitos, mas não necessariamente vinculados à saúde e sim, o direito a permanecer no campo e obter mais investimentos para isto. Sobre sua produção há a

consciência de que mesmo produzindo mais para sua subsistência, necessitam usar agrotóxicos pela falta de recursos e assessoria, se saíssem do campo, a população não se alimentaria e com isto, o governo deve subsidiar seu trabalho.

### 5.3 PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE NO CAMPO: “O INFINITO PAMPA-ENTRE CAMINHOS, SEMENTES, PÉS E FRUTOS” NA ÓTICA DE PROFISSIONAIS

“Ser radical é tomar as coisas pela raiz.  
Mas a raiz, para o homem, é o próprio homem”.  
Karl Marx

Neste subcapítulo vislumbramos contribuir para a caracterização do (a) profissional para trabalhar com a população do campo, em específico a do RS, com o recorte para o município de Viamão. Indagamos sobre quais as características são esperadas dos (as) profissionais para trabalhar com essas populações, respondendo ao objetivo (d) da pesquisa.

Sobre a inserção no trabalho com estas populações e formas de contratações destes (as) profissionais, percebemos que foram variadas: Margarida foi contratada através de um convite por trabalhar com gestão e assistência, Antônio Conselheiro foi através de concurso, porém não diretamente para a área rural, a qual se inseriu depois, a partir de um convite, buscando capacitar-se. O que tem tornado-se cada vez mais escasso, com a terceirização dos serviços na contratação de profissionais, lógica capitalista e privatizante da política de saúde e demais políticas que deveriam e devem ser públicas. Reitera que no trabalho em conjunto possibilita visualizar resultados, a "melhora" dos usuários, os acompanhando cotidianamente, o que para ele "não tem preço", pois se reconhece neste trabalho e demonstra compreender que a saúde é o produto deste trabalho e não é mercadoria que se pague.

Expressa sua identificação: “Tu acaba criando um vínculo com eles. Tu meio que te responsabiliza por eles, nessa parte mais saúde, eles cobram bastante, é bacana”. Cria vínculos que o faz sentir-se responsável pela saúde da população, que são sujeitos que "cobram bastante", o que indica a politização dos assentados (as), que também, por fazerem parte de movimento social desenvolvem sua habilidade política, reivindicando o direito à saúde de qualidade, como mostramos no discorrer deste trabalho.

Cícero vinculado a um programa nacional relata que não escolhem para onde vão, mas que sua formação contemplou trabalhar com a área rural, e desta forma: “Se precisar na área rural vamos, onde precisar...” Expressa a disponibilidade para trabalhar onde necessitar dele. Sua formação o exige ter experiência em 4 países e o projeto que se inseriu, o encaminha para as localidades. Por ter formação também na área rural, refere não ter problemas com a inserção. O que mostra o quanto sua formação em um outro sistema, que não, o capitalista, o

forma principalmente, para a universalidade e diversidade e portanto, para a saúde pública. Demonstrando seu interesse: “trabalho desde 1997 com estas populações . Lá (país) ninguém fica preso, como aqui. Precisa que o médico saia... Se precisar vamos a cavalo, bicicleta...”

O profissional demonstra que a formação e os serviços em seu país, não o engessam, e sim, os estimula a circular nos territórios, seja a cavalo, bicicleta, dentre outros. Porém reforça sua satisfação em trabalhar na área rural e sua experiência prévia, no Brasil. Inferimos que além de se formar em um país que não é capitalista, tem uma importante formação para a saúde pública, o que interpretamos contribuir para a construção de sua identificação e disponibilidade para trabalhar onde o necessitarem.

Apresentamos nestas questões, situações bastante distintas de inserção na Atenção Básica por profissionais, pois Margarida se inseriu através de um convite por ter experiência na atenção e na gestão, apresentando muitas habilidades no que tange às articulações e mediações necessárias para se realizar o trabalho em gestão, além de uma importante sensibilidade e cuidado para acolher as necessidades da população como a de ser atendida fora de horários comerciais. Dispondo-se a enfrentar os desafios da gestão de Rh e econômicos para se efetivar a derrubada de decreto de fechar as unidades das 12h às 13h, ter serviços com turno estendido como o CASP AD e demais estratégias para contemplar trabalhadores (as) de todo município.

Inferimos também que o trabalho em gestão e atenção podem tornarem-se espaços de “polivalência” onde o (a) profissional é exigido (a) a dar conta de muitas atividades. Este fato necessita ser atentado para que se trabalhe a saúde destes (as) e demais trabalhadores (as) que se dedicam à saúde da população. A profissional identifica-se com o trabalho e teve a possibilidade de escolhê-lo. Seu trabalho incide direta e indiretamente na atenção em saúde da população do campo, pois ao se estruturar as equipes urbanas e rurais, os reflexos são diretos e indiretos, na sua saúde. Salienta mais uma vez a importância de se estar contratando os (as) ACS para a qualificação da atenção e gestão:

1º é nesse sentido, porque aqui tá o maior número da população, então, nesse momento é mais, é coerente adotar medidas que beneficiem o maior número das pessoas, o que não tira a responsabilidade da gestão com as pessoas do campo, com os agricultores familiares, mas nesse momento, no tempo que se tem se conseguiu vir até aqui. Então acho que o que se tem de perspectiva é isso assim, tentar estruturar um pouco melhor o trabalho dessa equipe que está andando itinerante e quando se fala também em abrir outras unidades de saúde indiretamente, tu acaba também atingindo a população do campo que quando vem pra cidade, vai ter melhor acesso, mas no local em si, o que se consegue fazer e o que eu vejo de movimento nesse momento é isso. Fechar essa equipe, constituir essa equipe, que não tá fechada. E colocar como referência os ACS que até então não existia, acho que é isso assim de perspectiva que se tem no momento. Não consigo ver outra equipe agora pra lá (Margarida).

Margarida expressa as possibilidades concretas para o momento, salientando a expectativa na contratação de ACS. Antônio Conselheiro que atende o assentamento, apesar de concursado, pôde escolher se iria para este território trabalhar e refere que identificou-se e buscou capacitar-se para o trabalho na zona rural, com o assentamento e quilombos. Salienta a importância do trabalho em conjunto, a possibilidade visualizar resultados: a melhora dos usuários, pois pode acompanhá-los em seu território de existência, no seu cotidiano. Refere gostar do que faz, por também criar vínculo, se responsabilizar pela saúde deles, e ser instigado pelas cobranças que fazem. Cícero que atende agricultores (as) não assentados de um determinado território refere que não escolheu ir para a zona rural, pois foi para onde o necessitavam. Todavia, tendo sua formação para a saúde pública generalista, estas possibilidades já são construídas, e encontra-se disponível para atuar em diversas áreas e para ir para qualquer lugar que o necessitar.

Inferimos que as inserções são variadas, mas que todos identificam-se com seu trabalho, por também atuarem e formarem-se, para a saúde pública. E mais que isso, com a experiência na saúde coletiva, que apesar de não haver consensos sobre sua conceituação, exprime a relação do “coletivo com o social e o público” como um “campo estruturado e estruturante de práticas e conhecimentos, tanto teóricos como políticos (NUNES, 2012, p. 25), para a consolidação de práticas que vislumbram a integralidade das ações, “campo extenso e diversificado, refletindo a própria concepção ampliada de saúde em suas inúmeras interfaces (NUNES, 2012, p. 27).

Portanto, ratificamos a necessidade de investir na formação para saúde pública e coletiva, que contemple e possibilite o trabalho com esta diversidade brasileira. Investir na formação pública, para o público e no compromisso com o retorno deste investimento para a população, na perspectiva do trabalho em saúde que reconheça as suas especificidades. Em uma formação humanizada e de retorno humanizado:

Apostar na humanização da atenção e gestão do SUS retoma a agenda da reforma sanitária ao chamar atenção para a necessidade de problematizar os modos de fazer presentes nas práticas de saúde desenvolvidas pelos trabalhadores e equipes no cotidiano. Onde os (as) profissionais possam se reconhecer no trabalho com os (as) usuários e estes, com os (as) profissionais e seu trabalho (PASCHE et al., 2011, p. 4542).

Desta forma a própria política de humanização poderá concretizar-se no cuidado do (a) usuário(a) e do (a) profissional, estabelecendo relações humanizadas. Sobre as características que o profissional deve ter para trabalhar com estas populações, Margarida compartilha:

Eu diria que na verdade a gente não por ser trabalhador rural, mas assim, a gente segue o que preceitua o Ministério da Saúde assim. Principalmente em relação a perfil . Principalmente porque assim, quando tu vai trabalhar com ESF na formação

de equipe, trabalhar com ACS, a nossa preocupação é grande no sentido de que quem vai tá entrando dentro da casa que tipo de informação vai tá levando [...] Se procura ter uma ideia do que a pessoa entende por saúde e entende pelo trabalho de quem trabalha em ESF. Porque o intuito é trazer o maior número de informações e levar as informações mais corretas para as pessoas e aos poucos ir desenvolvendo a noção de saúde, do cuidado que não seja só curativa. Que é um trabalho de formiguinha, então, o processo seletivo não tem alguma especificidade para a população da zona rural. Quando a gente fala e faz o processo seletivo a gente fala das distâncias que é um grande problema até para ver se a pessoa está disposta. Tanto para quem vai no veículo da equipe, quanto pra quem vai ter que fazer as visitas a pé, ou de bicicleta, ou de cavalo, enfim. Então o que a gente procura é identificar se essa pessoa tem vontade de fazer e vontade de aprender [...].

Refere não entender necessitar de características específicas para trabalhar com a população rural, mas que o/a profissional precisa seguir de forma geral, os preceitos do Ministério da Saúde, no perfil, ética, conceito de saúde e cuidado que supere o curativo, assim como disposição em se locomover de variadas formas, pelas longas distâncias dos territórios, se identificar com o trabalho: “ ter vontade de fazer e aprender”. O que entende-se que corrobore com um determinado perfil ou características para trabalhar com esta população.

Antônio Conselheiro relata:

Tem que ter todo um jogo de cintura, eles são muito de querer saber o que que tá acontecendo, de querer indagar muitas coisas, eles querem saber...Eles não querem apenas que tu vá lá dê uma medicação pra eles e vá embora. Eles querem saber o que que tá acontecendo com eles, que que pode melhorar o que o município está oferecendo. Tu tem que ser um profissional, tu tem que conhecer como funciona toda engrenagem do sistema. Eles vão perguntar várias coisas pra gente. A gente tem que tá preparado pra responder. O profissional tem que gostar, se ele não gosta de trabalhar direto com paciente assim, principalmente na Atenção Básica... É difícil a gente pegar paciente que tá enfartando, tendo um problema sério de saúde, em um primeiro momento. Tanto é que a gente desloca ele para o hospital. Nosso trabalho é mais prevenir a doença, dar aquele atendimento mais pra prevenir aquilo que pode acontecer, daqui um tempo. É um trabalho bem familiar, bem olho no olho, de muita conversa. Tentando passar pra eles que eles têm que se alimentar bem, eles tem que fazer exercício físico e por aí vai. É, tem que se identificar lá com o trabalho.

Expressa a necessidade de características para se trabalhar com qualquer população como se identificar e ter interesse com o trabalho, mediar "ter jogo de cintura", conhecer o sistema o qual trabalha, estar preparado para responder às indagações, saber e trabalhar a prevenção. Salienta que este trabalho é "familiar", ou seja, com famílias e com isto, exige uma formação importante de vínculo, que forma-se também pela frequência que se vai ao território, através da conversa e da relação "olho no olho". Exige proximidade, assiduidade, confiança, respeito, transparência, compromisso, para também se conhecerem e com isto, formarem o vínculo. Salienta que atualmente ao se fechar a equipe, sempre vai a mesma, o que facilita a formação de vínculo, principalmente com a frequência das idas ao território e salienta a importância do interesse profissional no trabalho.

Há de se salientar nas falas de Antônio Conselheiro, a reivindicação dos (as) usuários (as) por um sistema para além da medicação, que garanta uma inserção digna aos serviços e `a informações das quais eles podem contribuir nos processos. Portanto, o (a) profissional também necessita ser politizado e não somente executor de ações, isto para trabalhar com toda população e contribuir nesta politização, na construção coletiva das ações.

Cícero refere que o profissional tem que “gostar de fazer o que está fazendo”. Ressaltando que não se pode trabalhar somente pelo dinheiro, entendendo que a avaliação deve ocorrer como se fosse “seu pai e mãe”, desta forma, o trabalho trará bons resultados. Pauta desta forma, a implicação na ética do cuidado em saúde.

As respostas são próximas: Margarida refere que não necessariamente por serem trabalhadores rurais que se teria a necessidade dos profissionais terem características específicas para trabalhar. Devem todos seguir os preceitos do Ministério da Saúde, para o perfil de trabalho nas ESFs. Salienta os (as) ACS, que são avaliados para a seleção, o que mais se aproxima em um primeiro momento, às questões previstas enquanto à ética, postura, conceito de saúde, cuidado não só curativo. Reitera que o trabalho é gradual e que para trabalhar com a população do campo não tem especificidade, porém, são orientados sobre as distâncias, locomoção, necessitando de disposição, identificação, vontade de fazer e aprender. Antônio Conselheiro que atende o assentamento refere que necessita ter "jogo de cintura" (mediação), pois eles são sujeitos políticos e participativos, trabalhar a superação da lógica medicamentosa, ser profissional (ética), conhecer o sistema, estar preparado para responder às indagações, trabalhar prevenção. Refere ser um trabalho "bem familiar, olho no olho", de muita "conversa", saber orientar sobre alimentação, exercícios, identificar-se com o trabalho, formar vínculo, ter uma frequência constante de idas no local, manter a mesma equipe, conhecer e ter interesse na vida da população para o trabalho de qualidade.

Cícero que atende agricultores (as) não assentados refere que o (a) profissional tem que gostar do que faz e ter ética, não referindo à necessidade de ter características específicas para trabalhar com a população do campo. Neste contexto infere-se que a formação na e para a saúde pública, contemplando a diversidade cultural, étnica e religiosa, é determinante para que o profissional siga os preceitos do SUS e identifique-se com o trabalho, estando preparado e disponível para as diversidades e adversidades do trabalho no SUS e com a Saúde Pública.

#### 5.4 PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE NO CAMPO: “O INFINITO PAMPA - ENTRE CAMINHOS, SEMENTES, PÉS E FRUTOS” NA ÓTICA DE AGRICULTORES (AS)

Os (as) agricultores (as) relatam que, para além das características que entendem que o (a) profissional deve ter, ampliam estas características para os serviços de saúde e indicam os motivos ao serem indagados (as) se os atendimentos contemplam suas necessidades e se havia algo a melhorar. As assentadas referem como se processa e deve se manter nos serviços, enquanto trabalho das equipes, e, apesar de haver uma centralidade no (a) profissional da medicina nas discussões, elas não desvinculam seu trabalho da equipe:

Eles são muito atenciosos, é bem diferente! Tipo, desses outros médicos muitas vezes com pressa. Lidando, eles são muito atenciosos. (equipe). Fica ali o tempo que tem que ficar, explica. [...] Porque às vezes eu tô ali na unidade acompanhando, nunca eles saem sem entender o que eles estão explicando...(Dusenii).

Referem que a equipe, principalmente o (a) médico (a), vão na casa do “paciente e conversam”. Valorizam a familiarização construída ao compartilhar frutas como as “bergamotas” e o tempo para trabalhar com as famílias, para conhecer e reconhecer a cultura local e sua dinâmica, respeitando as premissas da política de Atenção Básica, onde a equipe “assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAB, 2012, p. 19), vinculando-se:

A gente tem uma amizade...(Lanciolata).

[...] Trabalhar aqui, eles estão pegando aquele jeito, conhecendo como é a cultura. Porque aqui tem uma cultura de agricultores e assentados. Aqui é diversificado Então ela(e) já tá convivendo com eles, ela (e) médico (a) vem, e até almoça na casa da família pra pegar a convivência daqui, pra eles terem uma instrução de convivência da cultura daqui (Isabelleana).

Reiteram a importância desta relação cotidiana (convivência), para estabelecerem vínculos, a partir da cultura da população, pois a construção de vínculo depende “do modo como as equipes se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas que vivem em uma microrregião” (WAGNER, 2003, p. 69) e para isto, há a necessidade de reconhecê-la. Assim como a população ao profissional. Neste caso, um (a) profissional é de outro país, e por isto, alguns (mas) referem às vezes ser um pouco mais difícil entender a fala, mas que isso não é um empecilho para o (a) atendimento e formação de vínculo, pois este (a) é atencioso (a): “Examina, te olha, te pergunta...” E quando referem que são bem atenciosos, estão contemplando toda equipe da ESF móvel. E ainda relatam:

[...] Até, inclusive, agora os casos são todos por setores, já por causa dessa unidade. Eu acho que a unidade básica ela já tá fazendo, até tá fazendo assim, bastante. Ela já tá carimbando os exames. Que antes tu tinha que ir lá, carimbar, voltar novamente, pra depois marcar. Nessa ida lá e volta, tu já tá investindo um dinheiro que tu nem tem pra passagem. Às vezes tu teria pra comprar outra coisa. Um pacote de arroz, um açúcar, uma coisa... Porque aqui o pessoal vive... Não vive assim, às mil maravilhas. Às vezes tu não tem dinheiro nem pra ir até Viamão. Então, e daí, se tu precisar ir lá, carimbar, voltar... Então, já foi dez reais. Dez reais não é nada, mas às vezes faz falta. Então aqui, a unidade o clínico atende, já...(Edulis).

Esta fala revela a importante conexão do trabalho da Unidade Móvel com as necessidades da comunidade. A partir do relato de Edulis está atendendo “setenta por cento da necessidade”. Apontam que muitas vezes até levam os exames, marcam, alguns outros eles mesmo fazem e já levam, assim como as medicações possíveis. Ações que têm efeitos significativos na vida destas agricultoras e do assentamento como um todo. Reiteram: que são educados, atenciosos, pacientes, compreensivos, buscam sempre solucionar os problemas. “[...] Eles não deixam ninguém sair sem uma solução [...]. Eles até buscam informações... Ligam pro paciente, ou na próxima consulta eles trazem a solução daquilo ali. Não tem que ser encaminhado pra lá, pra cá... Eles dão satisfação mesmo pro povo”. (Edulis). Expressa que a equipe está cumprindo com a função de “coordenar o cuidado” “atuando como centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAB, 2012, p. 26).

No grupo dos (as) não assentados (as) há a referência de que está melhorando o atendimento com a contratação de médico (a) e ACS. Percebemos a valorização do trabalho em equipe, o que vem sendo trabalhado para a superação da centralidade médica. As próprias agricultoras do assentamento referem sobre a equipe: “o povo não tem queixa nenhuma. Carisma é total!” Além de mencionarem a importante articulação com o (a) nutricionista profissional do (a) INCRA que presta assessoria ao assentamento em parceria com a saúde: “Enquanto o (a) doutor(a) consultava as pessoas ali, então ela (e) começou a passar no vídeo uns esclarecimentos [...] Tirando as dúvidas” (Edulis).

Esta fala reitera a importante articulação da assessoria técnica com a saúde e os importantes reflexos na saúde dos (as) agricultores (as) assim como algumas especialidades inserirem-se nos territórios de trabalho, não como centralidades, mas com contribuições no coletivo das equipes. O NASF é uma das estratégias que a Atenção Básica tem encontrado para efetivar este trabalho, inclusive, de prevenção e promoção em saúde. Os (as) não assentados (as) referem que o problema é chegar principalmente, no (a) profissional da medicina (Cícero), depois que chegam, ou seja, que têm acesso, são bem atendidos, também pela enfermagem, porém não necessariamente acompanhados (as):

Eu já me tratei com ele (a) lá... Médico (a) é especial...Até a gente chegar nele (a)...  
Eu cheguei ligeiro... (Sepé Tiarajú).

É atencioso (a)... É do programa... Muito atencioso (a) sim...! (Tenella).

É...E é difícil pra gente chegar nele (a)...(Sessilis).

Eu acho que não faz muito tempo que eles (as) estão atendendo... Faz pouco tempo...(Sessilis).

Ano que vem vão embora...(Chico).

Ah... E não pára médico lá... Eles botam médico bom, mas poucos dias e eles tiram... Não sei porquê...Foram médicos bons... Cada vez que ia médico lá... Pára pouco tempo, mas até a gente chegar neles é difícil, mas depois de chegar, o atendimento é muito bom (Sessilis).

Referem que os (as) profissionais e equipe os atendem bem. Porém, o difícil, a partir de seus relatos é chegar neles(s), pelo fato de ter muitas pessoas esperando. Além disto, reiteram que os (as) profissionais ficam pouco tempo nesta ESF, e ainda os do programa estariam logo indo embora, dificultando o trabalho, a formação de vínculos e o acompanhamento. Inferimos que isto se deva à distância desta ESF do centro da cidade e da escassez de transporte para chegar nela, o que interfere na inserção dos (as) profissionais neste território, como referiu Cícero: falta serviços para além da saúde. Além disto, concursos que garantam as condições para que profissionais possam permanecer no mesmo serviço contribuindo para sua qualificação. O que reflete no cuidado e acompanhamento. Porém, compreendem que isto se dá pelas condições de trabalho e não depende somente dos (as) profissionais que os (as) atendem, mas de questões mais estruturais, como organização do sistema, falta de serviços e profissionais, reconhecendo seu trabalho.

Nesta perspectiva cabe a discussão coletiva para a melhoria das condições para esta população e equipes, seja na estrutura da ESF e nas comunidades “a dentro” e não mais “fora” como muitos se reconhecem: “morar pra fora”, pois o rural tem que estar “dentro e inserido”. Isto se torna possível através do controle social, um dispositivo que possibilita a implantação de conselhos locais de saúde, apontados e aprovados na Conferência Municipal de Saúde de 2015 e o próprio sindicato pode ser um importante espaço nesta construção. Pois não falamos somente de profissionais, mas de características que os serviços devem ter para atender a população rural, e com isto, os (as) agricultores (as).

Para até mesmo não recolocar somente na obrigação do (a) profissional esta construção que deve ser coletiva, com a participação dos (as) usuários (as). Portanto, os (as) não assentados (as) referem o que deveria melhorar nos serviços, mas alguns ainda descrentes desta possibilidade: “E não vai melhorar, porque de que jeito tá, não tá melhorando. O povo é demais!A espera que é muita e atende muito pouco...” (Julião). Chico compartilha que foi em

outra Unidade de Saúde duas vezes. “Chega lá: \_ Não! A agenda só tal dia do mês! Aí passa/vai lá no dia... \_ Não! Foi engano... Agora só mês que vem! Pra agendar” (Chico). Além disto, compartilham o receio de adoecer em finais de semana e feriados:

Tem que respeitar as datas! (Julião).

Tem que se antecipar eu acho... Ir antes de ficar doente...(Tenella).

Sábado... Domingo e dia de feriado não pode adoecer...(Chico).

A prevenção aparece como forma de evitar necessitar usar os serviços em caso de emergências e não necessariamente, para a qualidade de vida. Inferimos que isto se deva às condições objetivas de acesso aos serviços de saúde, o que impede a ampliação da concepção de saúde e prevenção em alguns momentos, principalmente para quem tem dificuldades de acesso até mesmo quando apresenta sintomas e agravos em sua saúde, tornando difícil pensar a prevenção e promoção, mas que estas devem ser construídas coletivamente para não se recair em fatalismos, culpabilização, engessamento e assim, em uma inoperância. Buscando ampliar o horário das Unidades de Saúde.

As assentadas expressam o que deve melhorar nos serviços, implicando a presença na Atenção Básica, de especialidades como: ginecologista:

Eu mesmo, que eu acho mesmo muita falta, porque tu sabe que esse ginecologista é muito a prevenção. Prevenção de várias coisas de começo. Porque daí depois vem câncer, vem câncer de seio que as pessoas não sabem como é que é, e se tivesse ali... A clínica ela não pode fazer todo esse papel; já é mais o ginecologista [...] (Dusenii).

A solicitação da presença de um ginecologista para o assentamento demonstra a procura maior pelos atendimentos, por mulheres, e a necessidade de prevenção trabalhada pela equipe da Unidade Móvel que mostra resultados:

[...] A única coisa que assim, precisava pra completar a nossa equipe, precisava mesmo, que nem ela falou, o ginecologista é essencial. Porque as mulheres... Dando exemplo da prevenção agora do... câncer do colo do útero. As mulheres, elas... elas são assim, oh: elas não vão até lá pra fazer a coleta. Agora, tendo aqui, elas já tão se deslocando e vindo ali. Por que já tão tomando consciência, porque a/o doutor(a) mesmo traz palestras, traz informações, então elas tão se valorizando e se autovalorizando, e tão vindo procurar. “Ah, sabe que eu não sabia que era importante isso”, e tá vindo (Edulis).

Os dois grupos apresentam a necessidade de ginecologista atuando no território, o assentamento pelo fato da equipe itinerante trabalhar a prevenção alertando a importância do cuidado em saúde e os (as) não assentados (as) pelas dificuldades de acesso em todos os níveis, o que dificulta a prevenção e tratamento. Todavia, todas as agricultoras referem as dificuldades para acessar a esse atendimento especializado. Desta forma, consideramos importante fazer a relação desta necessidade com o trabalho destas agricultoras, no que se

refere ao uso na produção e até mesmo na alimentação com agrotóxicos, na saúde de mulheres e de homens, expostos pelo Dossiê da ABRASCO (CARNEIRO et al., 2015, p. 75):

Nero e colaboradores (2007) analisaram no leite humano, mais 209 amostras de leite de vaca in natura, obtidas em quatro estados brasileiros – São Paulo (Botucatu), Paraná (Londrina), Minas Gerais (Viçosa) e **Rio Grande do Sul<sup>71</sup> (Pelotas) –, e encontraram resíduos de OPs e/ou carbamatos em 93,8% das amostras avaliadas. Os autores alertaram para os riscos a que os consumidores estão sujeitos em decorrência da alta frequência de exposição a essas substâncias, que podem permanecer nos alimentos mesmo após a pasteurização ou esterilização** (NERO et al., 2007, citado por Dossiê da ABRASCO, 2015).

Com isto, a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e homens também está comprometida:

O Relatório elaborado pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) do município de Campinas com base no exame de 69 ex-trabalhadores registrou 17 casos de neoplasias, mas também alterações nos níveis de lipídios, na tireoide, danos circulatórios, digestivos, **infertilidade, impotência sexual, entre outros danos**. Algumas vítimas apresentavam mais de um desses tipos de dano (CARNEIRO et al., 2015, p. 500).

Portanto, a necessidade de profissionais especialistas trabalharem nos territórios contribui para a qualificação das formas de prevenir e promover saúde para além do tratamento que, por muitas vezes acaba sendo sua atuação. Por se ter poucos no município, grande parte da demanda que chega a eles (as) possui agravos em saúde. Outra especialidade mencionada pelas assentadas seria o (a) profissional da psicologia, pelas questões de saúde mental: “E um psicólogo. Principalmente psicólogo” (Edulis):

Por causa da depressão, que daí o psicólogo também ajuda E, outra coisa: um psicólogo seria mais essencial ainda. Não precisava ser todas as vezes que a/o doutor(a) vinha, mas pelo menos uma vez por mês, vim fazer até uma palestra, alguma coisa assim... (Dusenii).  
Uma palestra de informações. Até trazer medidas talvez pra serem tomadas, preventivas e não assim, fazer um atendimento. Não digo que não faça um atendimento, mas eu acho que no geral pra atender, é grupo. No geral, assim, fazer uma palestra de informação, esclarecimento, prevenção, mesmo. Resumindo, prevenir (Edulis).

As falas reiteram a solicitação do entendimento em saúde mental, através do (a) profissional da área “psi” que teria as atribuições no acompanhamento em saúde mental, considerando sua contribuição histórica neste campo, reiteramos que há outros (as) profissionais que podem atuar na promoção, prevenção, tratamento e até mesmo na redução

<sup>71</sup> Em agosto de 2014 foi a vez do Fórum Gaúcho de Combate aos Impactos dos Agrotóxicos lançar nota de repúdio ao uso do paraquat no estado do Rio Grande do Sul. Em 2012, a Fundação Estadual de Proteção Ambiental (Fepam) do RS indeferiu a utilização de produtos com o princípio ativo paraquat, por seus efeitos danosos à saúde humana. Em maio de 2014 o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJ-RS) concedeu liminar autorizando a empresa alemã Helm a comercializar o herbicida paraquat no estado gaúcho. A batalha judicial está em curso, o Ministério Público gaúcho recorreu da decisão do TJ-RS com um Recurso Extraordinário e, ao mesmo tempo, uma ação de suspensão de liminar apresentados ao Supremo Tribunal Federal (STF). Em 4 de novembro de 2014, uma decisão do presidente do STF suspendeu a comercialização do paraquat até o julgamento de um mandado de segurança impetrado no TJ-RS para discutir

de danos, como mencionamos. As residências multiprofissionais em saúde mental mostram esta possibilidade, através da formação em serviço multi e interdisciplinar. Sendo que o NASF e os serviços da rede de atenção como os CAPS podem contribuir com a Atenção Básica nesta perspectiva, não necessitando em todos os casos, destes profissionais específicos.

Todavia, não estamos afirmando que um profissional substitui outro, pois todas as formações são essenciais no campo da saúde. Contudo, atentamos para o fato da saúde mental ter além destes, outros profissionais capacitados para atuar neste campo como: educadores físicos, médicos (as), assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, dentre outros, os próprios da Atenção Básica, os quais devem através da formação principalmente, pela educação permanente trabalhar com a saúde mental de forma transversal. Para terem condições inclusive, de saber quais profissionais acionar, conforme as necessidades dos (as) usuários (as). Entretanto, mesmo ao solicitar o (a) profissional da psicologia, também importante neste processo, nos diálogos em grupo desenvolvem a reflexão:

Às vezes o pessoal quer só uma conversa também com o profissional, ter nessa depressão às vezes um ombro amigo, que venha uma pessoa de fora pra conversar com eles, já esclarece muita coisa, eles já às vezes nem precisa tanto de um médico, mas às vezes tirar as dúvidas deles. Eles precisam ter um acompanhamento com uma pessoa que venha conversar, ao menos, com eles. Um profissional mesmo que entenda, o assunto, pra eu ao menos ter uma palestra boa, uma vez por mês um... fazer um grupo de... porque tem algumas unidades no município que já tá tendo profissionais com isso, mas aqui no assentamento não tá contemplado com isso. Mas, se Deus quiser, tomara que uma hora aconteça e eles mandam um pra nós também. Daí, tendo reuniões, tendo coisa, daí tu previne já, as pessoas ficam mais agrupados, conversam, se animam mais. Porque só trabalhar, trabalhar, o pessoal começa também a acumular muita coisa (Isabelleana).

Neste momento a própria agricultora demonstra que é possível trabalhar a saúde mental de forma coletiva, com grupos e profissionais que conheçam sobre saúde mental e sua realidade. Reitera que o trabalho também gera sofrimento até mesmo por sua carga, desencadeando a depressão. O próprio grupo encontra possibilidades no campo da saúde mental e propõe ações que podem ser construídas na Atenção Básica. E não necessariamente, em um primeiro momento, com especialistas.

No entanto, há a exposição da necessidade de outras especialidades como oftalmologistas, que referem demorar o atendimento. O que resultava em acessar a consulta quando já havia ocorrido a melhora, e assim ocupava-se o lugar de outra pessoa ou agravava-se a situação. Para os (as) não assentados (as) há também a necessidade de acesso a especialistas:

---

a questão (JORNAL AGORA, 2014). Mais uma vez vence o acesso à informação, a mobilização da sociedade para o tema. (ABRASCO, 2015, p. 496).

[...] Eu tenho protocolo lá em casa, que eu nem olhei mais, eu acho que perto de 10 anos... É de médico de ossos. **Traumatologista**. Não procurei outra solução porque, tanto é que já me esqueci do problema, tá quieto, mas se é alguma coisa assim que tenha **urgência**, aquele especialista que tenha urgência, a gente não consegue esperar... Vai pra/ele encaminha a gente e a gente vai lá na Secretaria da Saúde lá na 44 e lá deixa o papel pra esperar chamar... Esperar... Esperar e esperar, muito tempo! (Tenella).

To esperando um faz três meses (Chico).

Já tô esperando o do joelho pra operar... e faz também por certo, uns oito anos...(Tenella).

A gente precisa de oculista, muito médico! A gente trabalha e sofre muito! (Sessilis).

No que se refere ao traumatologista indicam esta importante relação também com o trabalho e modo de vida, assim como os demais profissionais, porém o traumatologista se relaciona com os agravos físicos do trabalho, enquanto os profissionais de saúde mental, os agravos mentais decorrentes do sofrimento emocional, que se agrava com o físico e este com o emocional. Ambos relacionados direta e indiretamente com o trabalho. O (a) oftalmologista (oculista) da mesma forma se relaciona com o trabalho, até mesmo por seus acidentes exemplificados, o diabetes (alimentação, genética) e idade ( cada vez mais idosos).

Decorrente do trabalho ao sol também referiram a importância de terem mais acesso aos (a) dermatologistas, para prevenir e tratar o câncer de pele. Dentre as tecnologias de cuidado para além das leves que perpassa o atendimento com profissional, apresentam constantemente muitas dificuldades em realizar exames, como sugerido por uma agricultora estes deveriam ocorrer pelo acolhimento, pois nas Unidades de Saúde “o acolhimento, melhorou cem por cento! Ali vai as pessoas necessitadas. E assim seriam os exames”(sugestão):

[...] Porque, se eu daqui a seis meses, por exemplo, eu não preciso mais daquele raio-X, não preciso mais daquela ecografia. A não ser que foi alguma coisa muito grave, mas daí já vai tá gravíssimo! (Edulis).

Quem dá as cotas é o Estado, e o Estado dá uma cota X, e essa cota é muito pouca pra população que tem. A população é muito grande, então eles **deveriam ter uma nova forma de como fazer pra não tá acumulando muitos exames e não tá demorando tanto tempo** ... (Isabelleana).

Alguns referem que até ir fazer um raio-X, ou a pessoa já melhorou ou agravou muito a sua situação de saúde, perdeu “tempo e dinheiro”, pois necessitava em um determinado período para uma “prevenção de agravos e ou um tratamento”. Nestas falas indicam além de especialistas, as dificuldades e sugestões para que os exames sejam realizados dentro das necessidades dos (as) usuários (as), principalmente no que se refere ao tempo de realização e resultado para que se tenham efetivos acompanhamentos e tratamentos. Além disto, referem a importância dos atendimentos que os acolham dando as devidas informações:

E outra coisa: Falta informação lá, quando tu vai fazer o exame. Lá eles te dizem assim: “tem exame só pra daqui dois, três meses”. Sendo que aqui pra fora, se tu chegar bem cedo, tem dez fichas pro pessoal aqui de fora, e tu chega lá e eles não te dizem isso. Eles dizem assim: “oh... Só daqui tantos meses”. Eles podiam falar: “oh... o pessoal lá de fora que chega bem cedo tem dez fichas”, e eles não falam. Aí, se tu não ir atrás ou ir atrás, fica por isso e tu fica esperando, sendo que precisa de um exame logo. É bem complicado (Sessilis).

Inferimos que o fato de ter fichas para a população rural é um fator que indica o respeito à equidade, todavia, pelo relato, esta informação não está sendo repassada de forma a contribuir com a população rural a ser acolhida. Apontam a necessidade de agilidade nos exames, principalmente nos casos de emergência e urgência, para não agravar a situação de saúde da população. Reiterando que estes devam ocorrer nos serviços adequados e pelo SUS, desta forma a saúde funcionaria bem. Algumas assentadas expressam que a emergência deve ser atendida no serviço de emergência. Pelo fato dos (as) profissionais “terem um olho clínico pra saber quem tá mal...” Alguns manifestam neste contexto, seu descontentamento com o atendimento do hospital que em alguns casos trataria “com menos importância o pessoal aqui de fora”. Expressando o sentimento de sofrer com o preconceito de morar “fora”.

Os (as) não assentados (as) referem sugestões para os serviços:

A gente que trabalhou tantos anos na roça que é sofrida a vida da gente... eu acho que tinha que ter assim, uma/um recurso um ônibus o que fosse lá, com médico com enfermeira, porque a gente mora num lugar sem recurso. Mês em mês podia ir, pra gente consultar... Juntava... Fazia um mutirão de gente... Tem um salão lá em L. salão da igreja da L. Podia marcar o dia... O ônibus ia lá... A gente se juntava tudo e consultava... Tanta criança com verme coitadinhas, atrasadinho, que as mães às vezes não podem levar pra médico... É um sacrifício...(Sessilis).

Talvez se tivesse um ônibus... A gente já se antecipava, porque pela demora, o certo é a gente prevenir... No caso de um ônibus, ia antecipar... (Tenella).

Até uma requisição... Precisar de uma requisição pra fazer exame... Aí eles encaminhavam e tudo era mais fácil...(Sessilis).

Até um especialista...(Tenella).

Não precisava da gente tá correndo no posto de saúde sem ser atendido...(Sessilis).

Estes (as) agricultores (as) sugerem ter a mesma experiência que o assentamento. Contudo lembramos que foram grupos distintos e um dos achados foi esta sugestão de acessar a Atenção Básica, por um serviço que existe e o município oferece ao assentamento, mesmo que este não esteja nos critérios da portaria 565-2013. Com a luta do movimento e possivelmente a possibilidade de unidade odontológica para quilombos e assentamentos possibilitou-se este serviço a partir essencialmente da sensibilidade da gestão em “bancá-lo”. O que cabe como desafio é acolher de forma semelhante a população em geral da área rural, que além da grande extensão, pelo menor, mas considerável contingente populacional, não é contemplada em lei, por mais serviços. O desafio está em criar possibilidades de ampliá-los,

com vistas ao uso do território, com transporte para circular por ele, principalmente nas extensas áreas rurais. Ampliar a portaria 565-2013, considerando não somente o contingente populacional, mas tanto quanto a extensão territorial, assim como as ESFs fixas. E neste processo de legitimação do acesso e acessibilidade, portanto de inserção, encontrar outras brechas legais e construir as que ainda são necessárias e possíveis para atender a população rural com qualidade, ampliando serviços, o acolhimento e aprimorando o próprio teleagendamento.

## 6 CONSIDERAÇÕES DO INFINITO DESTA PAMPA E DESTA CAMPEADA

Está findando o meu tempo a tarde encerra mais cedo,  
 Meu mundo ficou pequeno e eu sou menor do que penso.  
 O bagual tá mais ligeiro braço fraqueja às vezes.  
 Demoro mais do quero, mas alço a perna sem medo.  
 Encilho o cavalo manso, mas boto o laço nos tentos  
 Se a força falta no braço na coragem me sustento[...]

(Se lembro os tempos de quebra a vida volta pra trás  
 Sou “baguala” que não se entrega assim no más)  
 (Veterano-Joca Martins).

“Está findando o meu tempo a tarde encerra mais cedo, meu mundo ficou pequeno e eu sou menor do que penso” e este trabalho reitera isso, pois por mais que escrevamos não daremos conta da tamanha complexidade desta temática, mas que bom que não se finda a discussão e como somos “bagualas” que não se entregam “assim no mais”.... Propomos sua continuidade...

Primeiramente, realizar uma retomada às raízes históricas, desde o feudalismo à colonização do Brasil, possibilita-nos interconectar com a realidade social atual, contribuindo para uma compreensão sobre a formação da cidadania, a partir das relações sociais estabelecidas no país. Problematizar a colonização portuguesa, seus interesses e influências mostram que esta acarretou marcas na estrutura atual brasileira.

Ratificamos a extrema relevância em conhecer e reconhecer o processo de constituição histórica de um país, nas suas diversas dimensões, sendo elas políticas, socioeconômicas, jurídicas, religiosas e até mesmo de cunho ideológico. O qual influencia estas mesmas dimensões da organização social em cada período histórico, possibilitando compreender como se constituiu e constitui a identidade do país na atualidade. Fomentando o questionamento sobre quais e como as heranças identitárias históricas são reproduzidas no contexto atual.

Compreender como se realizou o processo compulsório de colonização do país, de cunho feitoril, exploratório e extrativista dos recursos naturais e da força de trabalho dos nativos e afrodescendentes escravizados, se torna essencial para compreender como se constituíram os movimentos sociais, pela terra, pela proteção social e a forma como ela se constitui no Brasil. Por ser contraditório este campo, há de considerar que a proteção social constituída em um sistema capitalista possui estas características, por ser originária deste sistema, que desprotege, ao passo que necessita da manutenção de mão-de-obra barata, alienada, de reserva e “saudável”, em um conceito de saúde que não condiz com o conceito ampliado preconizado em lei.

Neste campo repleto de contradições, não se pode negar os avanços no que tange à ampliação de benefícios, mesmo que compensatórios e de manutenção do sistema, a partir de suas próprias reestruturações ao se reconfigurar a cada crise. E principalmente, dos movimentos sociais de resistência às desigualdades produzidas pelo capitalismo. Assim como o movimento da Reforma Sanitária pela legitimação do SUS e os movimentos sociais do campo, como o MST. Movimentos que resistem pelo coletivo e por garantias de direitos universais, como a Reforma Agrária e o SUS. Mesmo não se consolidando desta forma, em suas contradições, apesar da precarização, terceirização e privatização, assim como é o caso das demais políticas públicas, persiste em buscar sê-lo, principalmente com a reivindicação destes movimentos.

No que tange à População do Campo há de se salientar o histórico processo de exclusão, desapropriação e negação de direitos que esta população vivenciou e vem vivenciando ao longo de sua trajetória. Todavia, há um grande avanço na sua perspectiva que é a instituição de uma política de saúde específica, com a importante participação dos movimentos sociais, dentre eles, os do “Campo, Florestas e Águas”. A qual desafia um país continental a implementá-la, de acordo com a realidade de cada território. Até mesmo porque, ainda se percebe na atualidade, a sua invisibilidade, na negação de direitos dos povos originários, afrodescendentes, camponeses e, portanto, populações específicas, em geral, iniciando pelo seu impedimento ao acesso e direito à terra, sua livre circulação e sua própria demarcação.

Ora inclusive, reduzindo seus direitos às terras anteriormente demarcadas, que apesar de alguns avanços, ainda é muito presente. E a necessidade de uma Reforma Agrária, enquanto política pública, não somente para a população do campo, mas que beneficie toda população, uma luta que deve ser de todos (as) e por um novo projeto de sociedade que supere a lógica desigual que o sistema capitalista produz e reproduz:

“Neste modo de produção, desde os seus primórdios até sua fase contemporânea, o recurso à proteção social sempre expressou um compromisso político estratégico entre forças de diferentes filiações: ao mercado e às instâncias políticas da sociedade, incluindo o mundo do trabalho. (PEREIRA, 2013, p. 285).

Portanto, já que se sabe que uma superação das barbáries históricas herdadas, não seria possível, não há o que compense tais bárbaries, nem em um outro modelo de sociedade, quanto menos em um sistema de proteção social no capitalismo, que existe neste molde por estar inserido neste sistema, reproduzindo estas desigualdades. Barbáries herdadas por um sistema colonizador, escravocrata, expropriador, concentrador de riquezas e portanto, desigual. Mas o que se almeja é para além de uma compensação ou pagamento de dívidas sociais que não devem ser desconsideradas, mas a garantia de direitos, não simplesmente

compensatórios, mas que possibilitem o exercício de uma cidadania equânime e não desigual, com políticas públicas que não desprotejam ou reforcem a condição de subalternidade.

Apesar de sabermos que a proteção social e portanto, as políticas públicas instituídas neste sistema, não teriam efetivas condições de garantir uma emancipação política e menos ainda, humana plena, e portanto, atender as necessidades sociais em sua integralidade, há de se considerar os avanços, conquistas e possibilidades neste campo. A PNSIPCFA é uma delas, pois os processos envolvem resistência e esta política com vistas à intersetorialidade, nos exige criar estratégias para que ela se efetive. Mesmo que a própria intersetorialidade inserida neste sistema não produza o resultado que se almeja em níveis sociais mais amplos, esta se apresenta como uma importante estratégia de garantia de direitos que possa aproximar-se mais da integralidade, universalidade e equidade, com a importante articulação da Atenção Básica como ordenadora da rede de atenção à saúde, com serviços territorializados. Apresenta-se como uma importante política para a ampliação da inserção e garantia de atendimento digno, promoção, prevenção e tratamento em saúde.

Neste contexto, respondendo aos objetivos da pesquisa, construímos importantes reflexões e proposições. Entretanto, é importante reiterar que o termo inserção utilizado neste trabalho atendeu a pressupostos embasados teoricamente, porém resultando em um produto por nós construído que seria a interseção dos termos: **inclusão, acesso e acessibilidade**, com vistas ao pertencimento aos processos de **inserção** com dignidade, à rede de atenção à saúde e intersetorial. Vislumbrando contribuir com as reflexões teóricas sobre a temática as quais não esgotamos neste trabalho. Respondendo aos objetivos da pesquisa: **a) Conhecer e analisar o processo de inserção da população do campo na Atenção Básica em Saúde, da região rural de Viamão e c) Mapear as ações específicas para a população do campo, destacando as consonâncias e dissonâncias com a PNSIPCFA e SUS:** Neste contexto, as formas de inserções o que inclui o acesso e acessibilidade na Atenção Básica, se dá de formas distintas por agricultores (as) assentados (as) e não assentados (as), pois os primeiros:

**Agricultores (as) Assentados (as)** - Acessam e se inserem pela Unidade Móvel (ESF) que circula, conhece e reconhece suas especificidades e singulares, que refletem em sua organização, modo de vida e, portanto, na sua saúde. Estes possuem mais condições materiais para se inserir na Atenção Básica, através da Unidade Móvel, que vai ao território, a cada setor do assentamento, além de possuir um espaço fixo, em cada um deles, potencializando a prevenção e promoção em saúde, mesmo que as práticas curativas e procedimentalistas ainda sejam bastante presentes.

O transporte aparece como uma importante necessidade para este acesso, que a Unidade Móvel facilita, porém não resolve, pois a população necessita circular através do transporte coletivo que apresenta barreiras, dificultando sua acessibilidade, até para realizar exames, mesmo que a Unidade Móvel contribua com a otimização do acesso a essas tecnologias. E principalmente, possibilita a inserção através primordialmente, das tecnologias leves, como a escuta e o diálogo (acolhimento) que têm intensificado a formação e estreitado de vínculos, promovendo saúde e a superação da centralidade biomédica e procedimentalista.

**Agricultores (as) não assentados (as)**- Estes (as), que participaram do grupo, inserem-se de forma diferenciada e em alguns momentos, de forma “marginalizada”, pois o transporte coletivo se apresenta como vital e seu principal meio de garantia de acesso à rede de atenção à saúde. É escasso e caro, impedindo que cheguem aos serviços em horários acessíveis. Os (as) que participaram do grupo optam, por não ter outra opção mais acessível em seus relatos, a deslocarem-se para o centro da cidade para obter acesso à saúde, junto ao sindicato. Tendo que pagar por consultas, exames e ainda deslocarem-se cerca de 40 km até o centro da cidade.

Contudo, nos dois grupos, atentamos para a consonância das falas dos (as) profissionais com a dos (as) usuários (as), mostrando que mesmo com as dificuldades, há uma vinculação e compreensão da complexidade que envolve a inserção na Atenção Básica, que não depende somente dos (as) profissionais dos serviços, pois os (as) reconhecem como sujeitos que empenham-se em atender com qualidade. Tendo ciência que os entraves se apresentam na forma de organização da rede de atenção à saúde, que é interpelada por questões a níveis intra e intersetoriais, como o transporte coletivo e para além da Atenção Básica, demais níveis de atenção. Seja a exemplo do transporte coletivo, serviços mais territorializados, fixos e móveis e que conheçam as especificidades do (a) agricultor (a), circulando pelo território, ou seja, o usando, pois não basta estar nele, mas usá-lo; Trabalhar a saúde do trabalhador e trabalhadora, o acesso a exames mediante a necessidade, garantia de acesso em caso de urgência e emergência, dentre outros exemplos.

Neste contexto, sugerimos articulações intra, intersetoriais, com a população na implantação de conselhos locais, para a garantia de acesso inclusive ao transporte coletivo, mediante suas necessidades. Ampliação da portaria 565 -2013, que institui as Unidades Móveis de Saúde para município de baixa densidade demográfica, para os de alta densidade na área rural; contemplar a implantação de Unidades de Saúde não somente por contingente populacional, mas considerar as distâncias geográficas, diminuindo o mínimo populacional e geográfico para sua implantação; trabalhar a saúde dos (as) trabalhadores (as) seja eles (as) agricultores (as) ou não, de acordo com a realidade de cada território usado (circular),

ampliação da carga horária de atendimentos nas Unidades de Saúde; planejar e constituir ações para a questão do envelhecimento no campo, em suas especificidades; formação de GT(S)-comitê para a discussão e planejamento de ações que contemplem as necessidades específicas e premissas da PNSIPCFA, de forma integrada. Exemplo a nível estadual do Comitê de Saúde das Populações do Campo, Florestas e Águas, instituído pela portaria 1.261/2014, sendo o RS o primeiro estado a implantar este comitê, no Brasil.

**b) Conhecer e contribuir para caracterizar os (as) usuários (as) da Atenção Básica em Saúde, procedentes do campo, considerando suas características singulares, necessidades específicas em saúde e suas formas de acesso:** A população do campo (agricultores/as- familiares) da área rural de Viamão, a partir das falas é caracterizada:

**No assentamento:** Por sujeitos oriundos de 65 municípios do RS, o que implica culturas diversas, ao passo que pertencem ao MST e que circularam por muitos territórios, advindos de espaços distintos, com consideráveis graus de instrução, como as formações políticas e acadêmicas. Há relatos de resistências e “imutabilidade” cultural de alguns destes (as) agricultores (as), tendo em vista suas origens culturais. Além disto, são sujeitos que sofreram inúmeras violações de direitos ao longo de sua luta pela garantia da terra: dentre elas: as condições precárias de vida, trabalho, desenraizamento, violência física, sexual, psicológica, moral, que deixa marcas e sofrimento em suas vidas na atualidade, desencadeando em sofrimento mental. Suas formas de expressão e superação se apresentam em mulheres essencialmente, na depressão e uso considerável de medicações controladas e em homens, no uso prejudicial de bebida alcoólica e cigarro.

Entretanto, salientamos que a nível estadual, nacional e mundial existem evidências de que as mulheres fazem uso considerável e prejudicial de substâncias psicoativas, porém, muitas vezes ainda invisibilizadas nestes processos e homogeneizadas no atendimento. Assim como os homens vêm consideravelmente utilizando medicações controladas, em vista também, do sofrimento desencadeado nestes processos. O uso prejudicial de álcool e tabaco também se apresentam como importantes indicadores deste sofrimento, inclusive no campo. Contudo, o uso principalmente, de bebidas alcoólicas também faz parte da cultura gaúcha que perpassa o campo, o que nos mostra a importante análise sobre este uso, quando passa a ser prejudicial, sem necessariamente declarar uma “guerra às drogas ou sua apologia”, pois esta fez e faz parte das relações humanas desde seus primórdios, ora como finalidades “místicas, ritualísticas, obtenção de prazer, socialização, medicação, entre outras formas” (BOLZAN, 2015, p. 31). O que muda é sua concepção sociocultural e ideológica, dado o momento

histórico, com forte influência do campo econômico, assim como suas formas e motivações de uso.

Referentes a estes (as) agricultores (as) os agravos decorrentes do uso prejudicial de substâncias psicoativas, se devem também, ao histórico familiar, de vida pessoal e suas representações, resultantes dos processos vivenciados pela busca da terra e pelo trabalho na terra, pesado e com poucos investimentos públicos, muitas vezes acabam buscando na pluriatividade uma estratégia de sobrevivência, tendo como consequência mais agravos em saúde. Estes sujeitos são historicamente expostos ao trabalho braçal pesado, doenças osteomusculares, como desvios de vértebras, agravos nos membros superiores e inferiores, exposição excessiva ao sol, à umidade da plantação de arroz, característica do território, à produtos químicos, mesmo que no assentamento não se utilize, relatam que em algum momento já fizeram uso, E pelas dificuldades de inserção à saúde, agravaram-se cronificando sua situação, o que atualmente busca-se reverter. Dentre estes agravos, os apresentados pelo profissional que atende o assentamento e usuários (as), o que demonstra a necessidade de usar o território para reconhecer suas especificidades.

Há as doenças crônicas presentes nos quadros epidemiológicos do município e país: além do sofrimento mental, hipertensão, diabetes, cardiopatias e obesidade, referenciados por profissionais e usuários (as), principalmente do assentamento. As causas referenciadas são multifacetadas, dentre elas é marcante o sofrimento mental e os agravos dele decorrente, como a depressão, causado pelo histórico de vida e desenraizamento, pois os (as) assentados (as) necessitaram ir para outro território em situações precárias e se adaptar às suas condições e distanciamentos. Inclusive ao clima e à terra diferenciada para o cultivo, acarretando no sofrimento de homens, que pelos relatos, em muitos casos fazem uso prejudicial de álcool, até mesmo para suportar as adversidades. As mulheres sofrem com as condições deprimindo-se, medicando-se e por ora descuidando-se da alimentação, resultando em altos índices de sobrepeso e obesidade que permeia também os homens com agravos físicos, assim como as mulheres, sendo importante lembrar a tradição gaúcha da criação e consumo de carne e o gosto pela “carne gorda”, não mencionada na pesquisa, mas tradicional no RS. Ainda pela questão cultural enraizada, há importantes distinções de gênero, inclusive na organização de vida e trabalho, pautadas em parte, pela cultura machista, que perpassa inclusive, pelas mulheres, permeando o campo, e não somente ele, os espaços urbanos. Contudo, o campo ainda apresenta a importante potencialidade de manter raízes culturais, dentre elas e não generalizando, o machismo.

A questão da alimentação e os reflexos na saúde, como obesidade, hipertensão, diabetes, é resultado também em nossa análise, do não acesso facilitado ao seu produto, a exemplo do arroz, em primeira instância, pois é encaminhado para outro assentamento para descascar e embalar, assim como a possível desvalorização do que se produz, reduzindo seu consumo, a exemplo dos demais alimentos, pois no fetiche do capital, somente o que se consome, através da compra, troca, enquanto mercadoria passa a ter maior “valor” no processo capitalista e em um dos relatos no assentamento de que parece mais gostoso e de maior valor, o produto industrializado no fetiche que a indústria produz.

Isto contribui com os índices epidemiológicos gerais do município e país, pois ao se buscar formas de pertencimento, o consumismo passa a ser uma relevante estratégia e como uma compensação pelo não pertencimento. Assim como a valorização de alimentos industrializados, muitas vezes parecendo mais gostosos do que colher o alimento da própria horta ou pomar, fetiches do capitalismo que permeia o campo e os centros urbanos, na busca por formas de pertencimento até mesmo à cidade, porém dela este faz parte e é essencial na sua subsistência, pois o que seríamos, aliás, não seríamos se não existisse o campo e os (as) agricultores (as) familiares que nos alimentam em pequenas e muitas vezes arrendadas extensões de terras.

**Os (as) agricultores (as) não assentados (as)** passam por situações semelhantes, porém apesar de relatarem o sofrimento em vista do trabalho pesado na terra, também desde a infância, com baixos níveis de escolaridade, tiveram mais condições em parte, de escolher o território para viver e produzir individualmente, porém com mais dificuldades de produção, sendo obrigados a produzir fazendo uso de produtos químicos e expondo-se aos seus riscos para garantir sua produção e subsistência.

Importante salientar que nos dois grupos, mesmo sendo agricultores (as) em um mesmo município, são oriundos de muitos outros, principalmente pela luta do direito à terra, e o RS ser um estado com a extensão de um país, com diferenciais territoriais: geográfico e de colonização, portanto, culturais. Com isto, mesmo com importantes semelhanças, o (a) camponês(a) dos pampas, possui diferenciais em seus modos de organizarem-se em cada território, desta forma, a importante relevância de caracterizar cada população, mesmo que seja do campo, assim como as da florestas e águas.

Nenhum (a) agricultor (a) apesar das dificuldades referidas no campo, e maior parte não sendo oriundo (a) do município, mas com suas características e amplas extensões rurais os acolheu, mencionou o desejo de sair do seu atual território (campo). O que indica sua raiz e

identidade com este espaço geográfico, para além de um território específico. Esta é sua maior forma de identificação: esteja onde estiver estar no campo e ser agricultor e agricultora.

O município tendo suas características rurais possui um facilitador que é ser pertencente à região metropolitana contribuindo, mesmo com dificuldades, **com a** inserção da população aos serviços. Contudo, não se pode perder de vista que há a necessidade de garantir serviços territorializados para que a população não necessite desenraizar-se mais uma vez em busca de uma inserção intersetorial pública, digna.

Entendemos que a organização e produção coletivas possibilitam maior qualidade de vida e saúde para os (as) agricultores (as) até mesmo para a busca da garantia coletiva de incentivos públicos e assessoria técnica para sua produção, principalmente, livre de agrotóxicos e para garantir o não desenraizamento por necessidades! Amplo desafio para um dos estados que mais utiliza e o país que consome agrotóxicos no mundo: RS e Brasil. Estas formas de organização e produção refletem direta e indiretamente na saúde destes (as) trabalhadores(as) e de toda população a curto e longo prazo, resultando em doenças, como em muitos casos de câncer e que não são diagnosticadas necessariamente, com relação ao uso de agrotóxicos. Assim como investir na produção e utilização fitoterápicos, de plantas e alimentos que são medicinais, aproveitando que o RS é o primeiro estado a implantar uma política intersetorial que pode contribuir com o país, assim como pioneiro na lei da reforma psiquiátrica, o que exige deste estado uma importante conexão entre estas políticas e outras para a produção de saúde.

No assentamento estamos trabalhando a sua produção (valorização e reconhecimento), valores nutricionais e medicinais, até mesmo para a prevenção dos agravos mencionados e através da atividade física regular e regulada. Reforçando que a Atenção Básica, PNSIPCFA e as políticas intersetoriais têm o compromisso de atuar nesta realidade, pois estamos nos referindo para além da saúde destes (as) agricultores (as): a saúde de toda população brasileira e mundial, que consome nossos alimentos, sendo de ampla relevância para a saúde pública.

**Sobre o objetivo (d): Conhecer e contribuir na caracterização do profissional indicado para trabalhar com a população do campo:** destacamos inicialmente as características referidas pelos (as) profissionais que dizem respeito aos preceitos gerais indicados pelo Ministério da Saúde. Contudo, o que tange trabalhar com a população do campo referem a necessidade do (a) profissional estar disponível para percorrer longas distâncias, em formas variadas de locomoção, usar o território (circular) conhecê-lo e reconhecê-lo, pisar na terra e entender como se processa o modo de vida nesta, saber mediar sua formação com a cultura local (saber científico e popular) principalmente com a cultura e

uso de plantas medicinais, ser aberto (a) para os questionamentos, pois são bastante politizados, principalmente quem pertence ao MST. Estar disponível para aprender e intervir coletivamente. Desta forma, se identificar com este trabalho, com a saúde pública e com as propostas do SUS, superando pré-conceitos. Com isto, defendemos que se garanta mais formações na e pela saúde pública universal.

Os (as) profissionais apresentaram formas diferenciadas de contratações, contudo há de se considerar que o concurso que dê condições de inserir-se com qualidade no trabalho, possibilita que o (a) profissional possa permanecer por mais tempo no território e pertencer à ele como profissional, pois não basta o (a) morador (a) sentir-se pertencido (a) e inserido (a) ao território e sim, também o (a) profissional reconhecer-se no trabalho e produto deste, mesmo que seja perceptível a longo prazo.

Os (as) agricultores reiteram que os (as) profissionais que os (as) atendem no território os (as) atendem bem. Apontam críticas quando buscam acesso a serviços do SUS fora do território que residem. Até mesmo formas de discriminação para que mora “fora” como referem, mas não generalizam. O que demonstra a necessidade dos (as) profissionais conhecerem e reconhecerem esta população, respeitando suas singularidades. Ou seja, não basta somente o (a) profissional que atende no território identificar-se e reconhecer esta população, e sim, todos (as) profissionais do SUS, intersetoriais e a sociedade como um todo, superando os pré-conceitos constituídos em relação a esta, assim como às populações das florestas e águas, com vistas à equidade.

Afirmam que para além do (a) profissional conviver com sua cultura no cotidiano de trabalho, necessita-se que os serviços se adequem à sua realidade, ou seja, não é suficiente somente existir profissionais e equipes que atendam suas necessidades e sim, a organização de serviços que contemplem suas necessidades específicas em saúde e as que refletem direta e indiretamente à ela.

Ambos salientam a importância das equipes, porém há ainda uma centralidade no (a) profissional da medicina, a qual percebemos uma gradual e possível superação, assim como a solicitação de especialidades como ginecologia, psicologia, oftalmologia e dermatologia, que são essenciais, para a prevenção e tratamento em saúde. Porém, a saúde mental pautada nas áreas “psi”, principalmente na psicologia, mas para além da perspectiva do tratamento, contemplando também a prevenção e superação do uso medicamentoso que tem sido muito frequente, principalmente, entre as agricultoras. Todavia, salientamos que a saúde mental é transversal, tanto na política de saúde quanto intersetoriais, como mencionado no trabalho.

Para que se possa produzir saúde e, portanto, saúde mental no campo, há de se articular as políticas intersetoriais e todos níveis de atenção em saúde.

Necessita-se construir e fortalecer movimentos coletivos para se obter maiores recursos para a agricultura familiar, responsável pela produção de cerca de 70% de nossa alimentação no país, em uma extensão de cerca de 25% de terras produtivas (pequenas extensões de terras) e com escassos recursos públicos para isto. Sendo que o agronegócio que só produz menos de 30% de nossa alimentação, em cerca de 75% de terras produtivas (latifúndios), possui os maiores investimentos públicos. Com a falta de recursos, dentre eles o direito à terra e assessoria técnica, para a agricultura familiar, esta se encontra com escassas alternativas para produzir livre de produtos químicos, ao passo que o agronegócio, o faz visando primordialmente o lucro. Esta dialética necessita ser superada tendo em vista os agravos em saúde do (a) agricultor e da população em geral.

Ainda há a necessidade de uma Reforma Agrária, enquanto política pública que garanta terras para toda população e com isto, alimentação e condições dignas de vida. Serviços intersetoriais territorializados e estruturados para trabalhar a promoção, prevenção e recuperação em saúde e a redução de danos como diretriz de trabalho. Com isto, articulações intersetoriais para atuarem nos determinantes sociais em saúde que são intersetoriais, pois a própria saúde é intersetorial e sem a população do campo, não teríamos nem as condições materiais de sobrevivência para aqui discutirmos estas questões, pois sem alimentação, sem a população do campo como viveríamos? E sendo a alimentação essencial para a sobrevivência, assim como o (a) agricultor (a), e mesmo que não o fosse, devemos enquanto sociedade mobilizarmos para que se tenha maiores investimentos na produção de e com qualidade para todos (as), pois toda discussão deste trabalho incide direta e indiretamente na saúde de toda população e principalmente, pela saúde do (a) agricultor (a) que sofre diretamente com as adversidades de seu trabalho. Para o momento, “assim, no más...”

## REFERÊNCIAS

- ALVES, G. **Trabalho e neodesenvolvimentismo: choque de capitalismo e nova degradação do trabalho no Brasil**. Bauru: Canal 6, 2014.
- ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Boitempo, 2003.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro: Ed. 70 Lda, 2009.
- BARROSO, V. L. M. BARROSO, V. L. M. Os Tropeiros e os Campos de Viamão. In: BARROSSO, V. L.M. (Org.). **Raízes de Viamão**. Porto Alegre: FAPA, 2008. p.167-171.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com imagem e som: um manual prático**. tradução Pedrinho Guareschi, Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- BELLINI, M. I. B. et al. A pesquisa sobre a intersetorialidade no contexto brasileiro: notas sobre o núcleo de estudos e pesquisas em trabalho, saúde e intersetorialidade. In: BELLINI, M. I. B.; FALER, C. S. (Orgs). **Intersetorialidade e políticas sociais: interfaces e diálogos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014. p. 13-22.
- BOLZAN, L. M. **Onde estão as mulheres? a homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas**. 2015. 150 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - PUCRS, Fac. de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2015.
- BRASIL DE FATO. Entrevista. 2016. Disponível em: <<http://www.brasildefato.com.br/node/33130>>. Acesso em: 06 out. 2015
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 22 set. 2015.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466 de 12 de Dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2014.
- \_\_\_\_\_. **Cadernos da Atenção Básica: nº5** (Saúde do Trabalhador, 2001), **nº28** (Acolhimento à demanda espontânea, 2013), **nº34** (Saúde Mental, 2013), **nº 38** (Estratégias para o Cuidado da Pessoa com doença crônica- obesidade, 2014). Disponível em:<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>> Acesso 10 jan. 2014.
- \_\_\_\_\_.Painel de indicadores do SUS nº4. **Saúde da Família**. V.II, agosto 2008.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Portaria 992 de 13 de maio de 2009.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora.** Portaria 1.823 de 23 de agosto de 2012.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. **Conheça a secretaria SESAI.** 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sesai>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 2.355,** de 10 de outubro de 2013. Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2355\\_10\\_10\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2355_10_10_2013.html)>. Acesso em: 22 set. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.965, de 3 de dezembro de 2015.** Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, Grupo de Trabalho para a elaboração dos Planos de Ação para os compromissos na área de saúde assumidos e anunciados pelo Governo Federal durante a "V Marcha das Margaridas", de 2015. Disponível em: <[http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/Publica%C3%A7%C3%B5es\\_04.12.15\\_-\\_I.pdf](http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/Publica%C3%A7%C3%B5es_04.12.15_-_I.pdf)>. Acesso em: 11 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria 2.311 de 23 de outubro de 2014.** Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CNDST/AIDS. A **Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/**Ministério da Saúde. 2.ed. Brasília:Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. 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. Decreto Nº 5.813, de 22 de junho de 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.** Brasília: Ministério da Saúde. 1. ed.; 1. reimp. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

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

Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>>. Acesso em: 21 maio 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Plano Operativo de Saúde das Populações do Campo e da Floresta**, 2011.

\_\_\_\_\_. **Tecendo a saúde das mulheres do campo, da floresta e das águas: direitos e participação social**, 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Disponível em:<<http://www.mda.gov.br/>>Acesso em 10 de janeiro 2015.

BRASIL. **Programa Brasil Quilombola** - Comunidades Quilombolas Brasileiras. Regularização Fundiária e Políticas Públicas. 2004. Presidência da República - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial-Subsecretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais-1/catalogo/orgao-essenciais/secretaria-de-politicas-de-promocao-de-igualdade-racial/programa-brasil-quilombola/view>>. Acesso em: 09 jan. 2015.

BREDOW, S. G.; DRAVANZ, G. M. Atuação do serviço social na saúde mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 229-243, ago./dez. 2010.

BRUMER, A. Previdência social rural e gênero. **Dossiê, Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 50-81, jan/jun 2002.

CALDAS, L. Q. A. **Intoxicações exógenas agudas por carbanatos, organofosforados, compostos biperidílicos e piretróides**. Niterói, RJ: Centro de Controle de intoxicações, 2000.

CARNEIRO, F. F. et al. (Orgs.). **Dossiê ABRASCO: um alerta sobre o impacto dos agrotóxicos na Saúde**. Rio de Janeiro: Expressão Popular, 2015.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In: BELFIORE-WANDERLEY, M.; BÓGUS, L.; YAZBEK, M.C. (Orgs.). **Desigualdade e a questão social**. 2. ed. São Paulo: EDUC, 2004. p. 17-50.

CHARQUEIRO, L. T. P.; OLIVEIRA, V. G. S. Projeto de intervenção: "Vai dá pano pra manga?"-Apresentado à Política de Assistência Social de Viamão-RS, 2014.

COUTO, B. R. et al. Proteção social e seguridade social: a constituição de sistemas de atendimento às necessidades sociais. In: GARCIA, M. L. T.; COUTO, B. R.; MARQUES, R. M. (Orgs.). **Proteção social no Brasil e em Cuba**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. p. 43-62

COXIXO GAÛCHO. **Brinco de princesa** - flor símbolo do rio grande. 2010. Disponível em: <[http://coxixogauchinho.com/tche/index.php?option=com\\_content&view=article&id=94:brinco](http://coxixogauchinho.com/tche/index.php?option=com_content&view=article&id=94:brinco)>

de-princesa-flor-simbolo-do-rio-grande&catid=24:coxixos&Itemid=8>. Acesso em: 25 out. 2015.

DALLARI, S. G. **A construção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 9-34, nov. 2008/ fev. 2009.

DARON, L. P. V.; CONY, J. Recuperando a capacidade da natureza de produzir saúde: a experiência da política intersetorial de plantas medicinais no estado do Rio Grande do Sul. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. S. **O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: DaCasa : Escola de Saúde Pública/RS, 2002. Coleção Escola de Gestão). p.89-109.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA: saúde para todos no ano 2000. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, 12 de Setembro de 1978, Alma-Ata, Casaquistão, URSS. Disponível em: <[http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec\\_Alma-Ata.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm)> Acesso em: 10 jan.2015

DICIONÁRIO ETIMOLÓGICO. Disponível em: <<http://www.dicionarioetimologico.com.br/searchController.do?hidArtigo=FDD84B3EACE817C234D5710637DA2ECD>>. Acesso em: 10 out. 2014.

DURVAL, M. de A. J. **Preconceito contra a origem geográfica e de lugar: as fronteiras da discórdia**. São Paulo: Cortez, 2007.

ERVILHA, I. C. **Relatório: vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos no Estado do Rio Grande do Sul**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[file:///C:/Documents%20and%20Settings/anamaria/My%20Documents/Downloads/Relat--rio-Rio-Grande-do-Sul%20\(6\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/anamaria/My%20Documents/Downloads/Relat--rio-Rio-Grande-do-Sul%20(6).pdf)>. Acesso em: 22 set. 2015.

FARIA, N. M. X. et al. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101999000400011](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000400011)> Acesso em: 15 dez. 2015.

FERNANDES, I. A dialética das possibilidades: a face interventiva do Serviço Social. **Textos & Contextos**. Revista Virtual, v. 4, n 4, dez. 2005.

\_\_\_\_\_. Interdições sociais e a diversidade. In: LIPPO, H. (Org.) **Sociologia da acessibilidade e reconhecimento político das diferenças**. Canoas: Ed ULBRA, 2012.

FERNANDES, I.; LIPPO, H. Política de acessibilidade universal na sociedade contemporânea-Universal. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 281-291, jul./dez. 2013.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Aurélio: o dicionário de língua portuguesa**. Curitiba: Ed. Positivo, 2004.

FERREIRA, S. S. Intersetorialidade e políticas públicas. Apresentação. **Salto para o futuro: educação integral e intersetorialidade**, v. 19, n. 13, p. 17-21, 2009.

FORTES, M. P. Desafio (cantares da minha terra). In: LESSA, B. (Org.). **As mais belas poesias gauchescas**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 1987. p. 86

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. A integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MEHRY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. (Saúde em debate; 155). p. 125-133.

FRANCO, T. B. MEHRY, E. E. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde Debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, set. dez. 2003.

FRANZEN, R. Os campos de Viamão: seus primeiros sesmeiros. In: BARROSSO, V. L.M. (Org.). **Raízes de Viamão**. Porto Alegre: FAPA, 2008. p.167-171.

GEHLEN, I. Políticas públicas e desenvolvimento social rural. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 95-103, 2004.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusiva: um estudo da reforma sanitária brasileira**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GROSSI, P. K. et al. **A rede de atendimento à mulher em situação de violência no meio rural: desafios para a intervenção profissional**. Anais do II Seminário Regional Políticas Públicas Intersetorialidade e Família (SERPINF), 2014. PUCRS.

GROSSI, P. K. et al. A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios. **Athenea Digital**, n. 14, p. 267-280, 2008. Disponível em: <<http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/120298/164311>>. Acesso em: 14 nov. 2015.

HISTÓRIA do tropeirismo. 2014. Disponível em: <<http://vivaitabira.com.br/2014/historia-do-tropeirismo>>. Acesso em: 10 out. 2015

HOLANDA. S. B. de. **Raízes do Brasil**. 26. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HUBERMAN, L. **História da riqueza do homem**. Tradução de Waltensir Dutra; atualização e revisão técnica Márcia Guerra. 22. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

IAMAMOTO, M. V.; **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 7. ed. São Paulo, Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. **Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 10. ed. São Paulo, Cortez, 2006.

\_\_\_\_\_. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 32. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IBGE. Cidades. Viamão. 2014. Disponível em:  
<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=432300&idtema=130&search=ri-o-grande-do-sul|viamao|estimativa-da-populacao-2014>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

IBGE. Cidades. 2016a. Disponível em  
<<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=432300&search=||info%EF3ricos:-hist%F3rico>>. Acesso em: 14 nov. 2015.

IBGE. Vamos conhecer o Brasil. 2016b. Disponível em:  
<<http://www.7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-territorio/biomas.html>>. Acesso em: 19 dez. 2015.

JESUS, T. B. **Um dique no meio do caminho:** processos de reassentamento e a intersectorialidade das políticas sociais. Porto Alegre, 2014. 169 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS.

KOGA, Dirce. **Medidas de cidades:** entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez, 2011.

LEFREVE, F. A função simbólica dos medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v, 17, n. 6, p. 500-503, dez. 1983.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde.** 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

LESSA, B. (Org.) **As mais belas poesias gauchescas.** 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 1987.

LIPPO, H. Para um conceito de acessibilidade. In: LIPPO, H. (Org.) **Sociologia da acessibilidade e reconhecimento político das diferenças.** Canoas: Ed: ULBRA, 2012.

MANTEGA, G. **A Economia política brasileira.** 4. ed. Rio de Janeiro: Polis/Vozes, 1984.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração e análise e interpretação de dados. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINELLI, M. L. **Pesquisa qualitativa:** um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999.

MARTINS, J. S. **A sociedade vista do abismo:** novos estudos sobre a exclusão, pobreza e classes sociais, Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. **Exclusão e a nova desigualdade.** São Paulo: Paulus, 1997.

\_\_\_\_\_. **Os camponeses e a política no Brasil.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1986.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política.** Tradução Florestan Fernandes. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

\_\_\_\_\_. **Manuscritos Econômicos-Filosóficos.** Textos Filosóficos. Edições 70, 1975.

\_\_\_\_\_. **Manuscritos econômicos:** Filosóficos. T.B. Bottomore, 1963-1964. Tradução de Artur Morão. Lisboa: Edições 70 Lda, 1993.

\_\_\_\_\_. **Miséria da filosofia.** São Paulo: Linográfica, 2000.

\_\_\_\_\_. **O Capital:** crítica da economia política, livro 1: o processo de produção do Capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã Feuerbach:** a contraposição entre as comovisões materialista e idealista. São Paulo: Martin Claret, 2006.

\_\_\_\_\_. **A ideologia alemã.** Tradução de Álvaro Pina. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

\_\_\_\_\_. **Manifesto do Partido Comunista 1848.** Tradução de Sueli Tomazzini Barros Cassal. Porto Alegre: L&PM, 2001.

MEHRY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003. p. 316-323.

MENDES, J. M. ; WUNSCH, D. S. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 461-481, jul./set. 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed. Brasília, 2010-2011.

\_\_\_\_\_. **Cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **A construção da atenção primária à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Pesquisa social:** teoria método e criatividade. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MOTA, A. E. O novo desenvolvimentismo e as políticas sociais na América Latina. In: MOTA, A. E. (Org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia:** crescimento econômico e reprodução da desigualdade. São Paulo: Cortez, 2012.

MST. Caderno de debate nº 1: **Desafios da luta pela reforma agrária popular e do MST.** São Paulo: Secretaria Nacional do MST, 2009.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

\_\_\_\_\_. Cinco notas a propósito da “Questão Social”. **Temporalis 3**, Brasília: ABEPSS, Graflines, v. 2, n. 3, p. 41-50, jan/jul. 2001.

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA. **Portal da Saúde**. 2012. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_nasf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php)>. Acesso em 10 set. 2015.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012.

OLIVEIRA, S. B. et al. Economia solidária e geração de trabalho e renda: um processo de empoderamento de mulheres assentadas. In: OLIVEIRA, S. B. et al. (Orgs.). **Serviço social: políticas sociais e transversalidades no Pampa**. São Borja: Faith, 2012.

PASINATO, L. A. **CRAS RURAL: Lugar de efetivação da Política de Assistência Social- estudo sobre o acesso à Política de Assistência Social por Famílias Assentadas**. 2011. 143 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - PUCRS, Fac. de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2011.

PEREIRA, C. P. **Proteção social no capitalismo: contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes**. Tese (Doutorado). UnB, 2013.

PEREIRA, P. A. A intersetorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, G. L. et al. (Orgs.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014. p. 23-39.

\_\_\_\_\_. **Política social: tema e questões**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

PEREIRA, P. A.; STEIN, R. H. Política social: universalidade versus focalização: um olhar sobre a América Latina. In: BOSCHETTI, I. et al. (Orgs.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

PINTO, Tales. **Revoltas camponesas do século XIV**. 2016. Disponível em: <<http://historiadomundo.uol.com.br/idade-media/revoltas-camponesas-do-seculo-xiv.htm>>. Acesso em: 27 out. 2015.

PRATES, J. C. O método e o potencial interventivo e político da pesquisa social. **Temporalis**. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, Recife: Ed. Universitária da UFPE, v. 5, n. 9, p. 131-145, jan/jun 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria 565 de 2013.

\_\_\_\_\_. Atas do Comitê de Saúde das Populações do Campo, Florestas e Águas (2013-2014).

ROSA, A. O. A barragem de Águas Claras no contexto social, econômico e ambiental da região. **Revista Viamão Ilustrada**, Viamão: 3. ed. 2014.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTOS, M. **Território e Sociedade entrevista com Milton Santos-2**. ed. -São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2009.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.

SANTOS, T. P. **Quilombolas e a conquista dos direitos étnicos: desafios para a política de assistência social**. Porto Alegre, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social PUCRS.

SANTOS, W. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SCHAAEF, A. V. D. **Jeito de mulher rural: a busca de direitos sociais e de igualdade de gênero no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Sociologias, 2003.

SCHNEIDER, S. **A pluriatividade no meio rural brasileiro: características e perspectivas para investigação**. A ser publicado como capítulo de livro organizado por Hubert C. de Grammont, pela Ed. Flacso, Mexico, 2007.

SILVA, J. F. S. Pesquisa e construção de conhecimento em serviço social. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n. 2 p. 282-297, jul./dez. 2007.

SOARES, R. A. S. **Caracterização da população do campo, floresta e águas: quem são, como vivem e de que adoecem**. Brasília, 2014. Observatório de Saúde das Populações do Campo, Florestas e Águas.

SOUZA, M. L. **Desenvolvimento de comunidade e participação**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília. Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRINHA. Meu nome é Corisco. Música. Disponível em:  
<<https://www.letras.mus.br/teixeirinha-musicas/398261/>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

TRAD, L. A. B. et al. **Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador**. Rev Saúde Pública, v. 46, n. 6, p. 1007-1013, 2012.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TROPEIROS das gerais. [1995]. Disponível em:  
<<http://www.tropeirosdasgerais.com.br/historia.htm>>. Acesso em: 10 out. 2015.

VIAL, S. R. M. et al. **Educação permanente em ato**. Coleção Escola de Saúde Pública-Série Educação Permanente. Secretaria de Estado do Rio Grande do Sul. 2009. Porto Alegre. Escola de Saúde Pública.

VIAL, S. R. M.; FORTES, C. L. **O direito à terra como terra do direito**: um estudo de caso no Assentamento Lagoa do Junco-Tapes/RS. Porto Alegre: Evangraf, 2005.

VIAMAO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. 2013.

VIAMÃO. Sindicato Rural. 2015. Disponível em:  
<<http://www.sindicatouraldeviamao.com.br>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

VIAMÃO.NET. Cidade. [2006]. Disponível em: <<http://www.viamao.net/cidade.php>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

WAGNER, G. S. C. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. **Temporalis**, v. 3, 2001. p. 33-40.

\_\_\_\_\_. **Sistemas de proteção social, intersetorialidade e integração de políticas sociais**. In A intersetorialidade na agenda das políticas sociais. Orgs.: Monnerat, G. L (et al). Campinas, SP: Papel Social, 2014.

#### **Sites consultados:**

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS). Disponível em  
< <http://www.cvs.saude.sp.gov.br>>. Acesso em 16 dez. 2015.

Coperav- Disponível em <<http://coperav.com.br/>> Acesso em 15 de dez de 2014.

Esquistossomose. Disponível em <<http://www.dec.ufcg.edu.br/saneamento/Esquisto.html>> Acesso em 10 out. 2015.

IBGE (2015) Disponível em  
<<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=432300&search=||info%EFicos:-hist%F3rico>> Acesso em 14 nov. 2015.

Observatorio Saúde do Campo Floresta e Águas Disponível em  
<[http://www.saudecampofloresta.unb.br/nosso\\_portal/observatorio/Acesso](http://www.saudecampofloresta.unb.br/nosso_portal/observatorio/Acesso)> Acesso em 06 set. 2014.

Portal Prefeitura Municipal de Viamão- Disponível em<<http://www.viamao.rs.gov.br>> Acesso em 06 set.2014.

## APÊNDICES

Apêndice A-Atas do GT-Comitê de Saúde das Populações do Campo, Florestas e Águas do Estado do Rio Grande do Sul

Datas	Participantes	Principais Pautas e encaminhamentos	Principais Encaminhamentos	Considerações
07/10/2013 08/11/2013 10/12/2013 14/01/2014 18/02/2014 18/03/2014 09/09/2014 16/12/2014	SES-Departamento de Ações em Saúde, (UFRGS – PGDR), (CRAS Rural - Viamão), MST – Nova Santa Rita, MST – Agente comunitária de Saúde – Nova Santa Rita, UFRGS Saúde Coletiva, SES – programa (Primeira Infância Melhor), UFRGS - Residente RIMSMC Via Campesina, PPGCOL-UFRGS), ACS Nova Santa (FETAG-RS), (SDR), (Coordenação estadual de Saúde da População Negra -SES/RS) (CEAB/DAS/SES), (MST), (FETAG/RS), (DUST/CEVS), (UFRGS/PGDR), CEVS/SES, Secretaria Municipal de Saúde de Alegrete UFRGS e PUC	*Oficina estadual de promoção da equidade *apresentação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta *criação do Grupo de Trabalho de Saúde do Campo e da Floresta* contexto estadual de saúde das populações do campo e da floresta- a inclusão ou não da população negra, quilombola, indígena e dos povos ciganos* CEREST Rurais Apresentação de pesquisa realizada junto à FETAG; Informe sobre projeto entre Ministério da Saúde e CONTAG/FETAG-RS <b>Demandas para ações em saúde às populações do campo:</b> Recursos estaduais (programa Verão numa Boa); <b>em Unidades "satélites" em territórios desassistidos.</b> Gestão participativa; Apresentação de ações custeadas pelo recurso do participaSUS; <b>Indicadores para pensar as políticas públicas no campo</b> Unidades Móveis; <b>Instucionalização da portaria do GT;</b> Participação das populações e entidades ainda não contempladas; <b>Experiência CRAS rural Viamão;</b>	-DAS/SES: articular com as demais instâncias da SES envolvidas, como a <b>saúde do trabalhador</b> , e verificar os recursos que podem ser acessados para os trabalhos do GT. -GT: realizar um mapeamento dos assentamentos e pautar questões de agroecologia e plantas medicinais. Fetag: apresentar o Projeto Escuta Itinerante Sobre o recurso do programa Verão numa Boa: Encaminham ampliar os requisitos para acesso do recurso e acompanhá-lo após a aprovação da Resolução CIB. -Sobre a implementação de "unidades satélites": <b>Junto com as representações do MST e da FETAG presentes no GT, combinam no final do mês de Novembro para receber as listas de territórios que possam ser beneficiados pelas "unidades satélite" em 2014.</b> Institucionalização do GT (organização). <b>Viamão:</b> Após a reunião, conversaram com a equipe da Coordenação de Saúde Mental, Alcool e Outras Drogas sobre o acesso ao recurso para implementação de Oficinas Terapêuticas no município de Vião, nos territórios. O município já está em curso com algumas propostas para Oficinas Terapêuticas (incluindo processos seletivos), restando qualificar onde atuarão as já existentes, e se for o caso, pensar Oficinas específicas, dentre outros recursos disponíveis na Resolução 38/2012 (Composições de Redução de Danos, etc.) <b>Portaria:</b> previsão de fechamento para fim de Janeiro 2014. Como a política nacional prevê contemplarmos as comunidades quilombolas e os povos indígenas, que no DAS já tem um acompanhamento específico, na próxima reunião, convocaremos representantes da	Destacamos que há uma importante articulação de movimentos sociais e universidade, com a gestão de saúde, para legitimar o espaço do GT (Grupo de Trabalho) para a implementação da PNSIPCFA no RS. Com isto, há a necessidade de constituir, a partir de indicadores, um diagnóstico em saúde, destas populações no estado. Assim como prever verba para as ações do comitê, através do ParticipaSUS, tendo em vista que a PNSIPCFA é transversal e não prevê uma verba específica. <b>Apresentou-se dados de pesquisa realizada junto à FETAG sobre demandas em saúde e o acesso, entre pessoas de 91 municípios e vinculadas ou não aos sindicatos, a partir dos quais discutiram em grupo sobre estratégias de acesso, comunicação e campanhas para a população que trabalha no campo, bem como as percepções sobre usos de agrotóxico e agravos que se destacam no estado, como a incidência de câncer de pele.</b> Contemplam também como lidar com as diferenças envolvidas na pesquisa com estas populações. Representantes da SES e da FETAG-RS informaram sobre a implementação de um projeto pactuado em âmbito nacional, entre Ministério da Saúde (SSEP), CONTAG, Fiocruz e Universidade Nacional de Brasília. O projeto visa a formação de lideranças para o controle social e <b>implementação da política nacional de saúde das populações do campo e da floresta.</b> Envolverá o oferecimento de cursos, a partir de Março de 2014, para a população vinculada à FETAG, bem como a <b>trabalhadores(as) das redes de saúde e gestores(as) municipais e/ou coordenadores(as) regionais de saúde, em divisão paritária.</b> A importante discussão sobre saúde nos movimentos na área da Saúde para as famílias assentadas é a de renovação de práticas, tais como Ioga, Reiki e com a expressão corporal como um todo. Comentam sobre a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares que está sendo elaborada na SES a partir da Política Nacional, e falam sobre como o trabalho em saúde deve ir além do olhar para o corpo físico, mas também sobre a motivação e a percepção individual e

Apêndice A-Atas do [GT-Comitê de Saúde das Populações do Campo, Florestas e Águas do Estado do Rio Grande do Sul](#)

<p>Portaria de instituição do GT/Comitê;  <b>Previsão de acompanhamento nos municípios contemplados pelo recurso da portaria 565-2013(das unidades móveis de saúde da família para populações do campo, florestas e águas);</b>  Programa de ações para 2014 conforme recursos aprovados pelo <a href="#">participaSUS</a>.  Conversa sobre acompanhamento das questões de saúde das comunidades quilombolas do RS, com a presença da Coord. Estadual de Saúde da População Negra (SES/RS).  Portaria para institucionalização do Comitê:  Seminários macrorregionais sobre Gestão Estratégica e Participativa  Pescadores artesanais no RS  Calendário de Rodas de Conversa sobre Saúde das populações do Campo, Floresta e Águas nas 7 macrorregiões do Estado.  Do GT ao Comitê; Elaboração do Regimento Interno e Estatuto do Comitê. <a href="#">Construção da Política Estadual</a>.  Apresentação da Portaria que cria o comitê.  Regimento Interno/Plano Estadual da Saúde; Política Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas;</p>	<p>Política Estadual de Saúde da População Negra, a relatar o trabalho desenvolvido junto às comunidades quilombolas, bem como referências no trabalho realizado no estado junto aos povos indígenas.  Portaria Nº 565/2013  <b>Cronograma de ações para 2014 conforme os recursos aprovados pelo <a href="#">participaSUS</a></b>  <b>Atualização da Portaria para institucionalização do Comitê:</b>  <b>Pescadores artesanais no RS-Representante (SDR) Calendário de Rodas de Conversa sobre Saúde das populações do Campo, Floresta e Águas nas 7 macrorregiões do Estado:</b> Apresentou-se um cronograma com a prévia de datas já confirmadas para as rodas de conversa, com sugestões (em aberto) sobre quais temáticas podem ser mais interessantes para as populações, a depender das regiões. Dentre as temáticas que se repetem, elencamos pautar as Portarias específicas, como de ampliação da cobertura da Atenção Básica (como por ex. a Portaria 565/13 das Unidades Móveis, dentre outras), e também discutir sobre questões da saúde do(a) trabalhador(a) rural, aproveitando a proximidade com as Conferências Regionais de Saúde do Trabalhador.  Regimento e estatuto do comitê, foi trazido pelos integrantes do GT que o mesmo já havia sido trabalhado, fazendo o possível para que a política estivesse pronta e “publicada” até o final de 2014.  Houve alterações nas datas com o desligamento do representante da política da SES.  Foi apresentado a necessidade de os demais integrantes do GT se fazerem presentes principalmente os ligados aos pescadores. Entre as falas surgiu a prioridade de haver um cadastro padrão nos municípios.  Apresentada a Portaria que cria o Comitê desta política e explicado que a única alteração foi na escrita do</p>	<p><b>coletiva, ampliando questões.</b>  Previsão de recursos no período do verão (chamado <b>Programa Verão numa Boa</b>), <b>nesta edição seriam contempladas a população de assalariados(as) rurais.</b>  Conversam sobre o mapeamento destas populações para que a Resolução contemplasse de fato estas populações  <b>Outra ação foi a de uma unidade de saúde destinada a populações de áreas não atendidas pela rede pública de serviços de saúde. Inicialmente têm sido chamadas de "unidades satélite"</b>, mas o nome destes serviços de saúde está aberto à sugestões. Estes serviços teriam área de 80m², contando com recursos do Estado e uma estrutura de sala de espera, sala para procedimentos básicos e sala para encontros, e com uma equipe mínima de 01 Agente comunitário(a) de Saúde e 01 Enfermeiro(a), pactuando-se também uma agenda de forma regular (semanal ou a definir) com outras especialidades (medicina, odontologia), junto à Secretaria Municipal de Saúde do(s) município(s) a serem beneficiados.  <b>Os critérios são:</b> a falta de outros recursos na rede de saúde próxima, a localização exata do território dentro do município (endereço) e o número de famílias/pessoas residentes naquele território.  Destacamos a preocupação do GT em conhecer e reconhecer as demandas e agravos em saúde decorrentes do trabalho e destacam a população que trabalha no campo e expressa a preocupação com o acesso à saúde destas no estado, propondo a implantação de “unidades satélites de saúde” que vai dar origem, posteriormente, à Portaria 565-2013. Reiteramos que é apresentado o fomento nacional e estadual para a Educação Permanente e Controle Social para profissionais, movimentos sociais e para as populações, assum como as práticas integrativas em saúde...estratégias de relação, para além do corpo e individual, como uma possibilidade de articulação coletiva. Apresentam questões extremamente pertinentes e transversais à PNSIPCEFA e outras políticas públicas.  <b>Sobre o papel da gestão participativa na construção da política:</b> manter projetos e ações com recursos já aprovados, como forma de <b>controle social.</b> Espaço para colocar em</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>artigo 5º. Foi lembrado da urgência da escrita do regimento interno, pois o prazo para apresentação da proposta ao secretário é de 30 dias depois da publicação no Diário Oficial. Em relação a esse assunto Foi acordado que o fechamento deste <a href="#">regimento</a>.</p> <p>A pauta que tratava da elaboração da política estadual foi acordada que os membros do comitê e os convidados elaborarão propostas para depois ser aperfeiçoada no conjunto. Além disso, surgiu a proposta de termos um encontro de formação sobre esse tema no início de março de 2015 de forma a alterar o método, para facilitar a participação coletiva, transformando o encontro de março em grupos de trabalho por temáticas. <a href="#">No assuntos gerais</a> foi tratado sobre a necessidade de fomentar a criação dos grupos de trabalho da política, iniciando por aqueles municípios que estão representados neste comitê. Além disso, existe a questão de aproximação do Conselho Estadual da Saúde e buscando construir uma futura participação mais efetiva. Neste momento, Alegrete trouxe a experiência com a comunidade e com os Assentamentos de Reforma Agrária.</p> <p>-<a href="#">Recurso do ParticipaSUS</a> pode ser alocado para as atividades do grupo; <a href="#">estratégias do acesso para essas populações</a> e o <a href="#">recorte rural para os dados e informações de saúde</a>. A interlocução entre a gestão e os <a href="#">movimentos sociais</a>. - Necessidade de se fazer um <a href="#">mapeamento e levantamento de dados do estado</a>.</p> <p>-CEREST Rurais, optou-se pela <a href="#">sensibilização e capacitação dos CERESTs</a> já existentes sobre a pauta do campo e da floresta, ao invés de se criar o CEREST rural. Foi pautado também o <a href="#">recurso já repassado para o fortalecimento da vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos</a>, pela Portaria 2938/2012.</p>	<p>prática a gestão participativa, no acompanhamento e na criação de ações, junto a movimentos sociais, pesquisadores(as), entidades interessadas e diferentes secretarias.02)</p> <p><b>Apresentação das propostas de ações custeadas pelo recurso do ParticipaSUS Indicadores para pensar as políticas públicas do campo:</b> divisões regionais que são feitas para organizar o trabalho da gestão em saúde (são 30 Regiões de Saúde ao todo), e da <b>importância da presença da universidade na elaboração destes dados.</b></p> <p>Unidades Móveis de Saúde em municípios gaúchos que atendessem a critérios de baixa densidade demográfica e maior percentual de população rural. Neste critério inicial, foram contemplados dezessete municípios. <b>Observações:</b> Destacamos as reiterações da constituição de indicadores para implementar a PNSIPCFEA e demais, onde a universidade se apresenta como uma importante instituição para contribuir nesta construção. A categoria “campo” ainda aparece como referência territorial nas discussões, inferimos que se deve dadas às características do estado. Discutem sobre a instituição de portaria para legitimação do comitê deste GT, reiterando a importância da participação social como controle social, até mesmo, no que se refere ao recurso do <a href="#">ParticipaSUS</a> e para a instituição de portaria para a implantação de unidades móveis, assim como a preocupação em contemplar populações e entidades não contempladas ainda na proposta do comitê. Salientamos a implicação em legitimar o espaço independentemente de governo, o que fortalece as perspectivas de implementação da PNSIPCFEA.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Apêndice: B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Nós, pesquisadoras: Leslie Tuane Penteado Charqueiro (Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/PUCRS) e Prof. Dra. Maria Isabel Barros Bellini (Orientadora) responsáveis pela pesquisa que intitula-se: **"A inserção da População do Campo na Atenção Básica em Saúde e a interface com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta"** estamos fazendo um convite para você participar como voluntário deste nosso estudo.

Para a realização deste estudo serão realizados grupos focais com trabalhadores (as) rurais (agricultores (as) familiares) e entrevistas semiestruturadas junto aos profissionais da Atenção Básica em Saúde (ABS) da região rural de Viamão/RS. O recurso do grupo focal é orientado basicamente por Bauer e Gaskell (2000). Implica neste contexto, na articulação dos participantes em uma discussão que possibilite a interação do grupo e o enriquecimento da pesquisa para uma análise que contribua com a realidade desta população. Assim como as entrevistas semiestruturadas orientadas basicamente por Triviños (1987, p.146): "Parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas (...)".

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com algum dos pesquisadores.

**Riscos e desconfortos:** A participação na pesquisa não oferece riscos a você. Entretanto, caso ocorra algum desconforto, você poderá a qualquer momento desistir de sua participação na pesquisa sem quaisquer prejuízos. Você tem a garantia de continuar seu tratamento e atendimento na rede de saúde sem nenhum prejuízo por participar desta pesquisa.

**Benefícios:** Você contribuirá para a produção de conhecimentos, aprimoramento e qualificação das políticas públicas, principalmente no que diz respeito ao atendimento às Populações do Campo, Floresta e Águas.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo. As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo. As entrevistas e grupo serão gravados e o material da gravação será destruído após a degravação.

#### Autorização:

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com um dos pesquisadores responsáveis, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também da gravação, dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário, para a participação neste estudo.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Leslie Tuane Penteado Charqueiro Telefone: (51) 84655291 – leslietuti@hotmail.com  
Endereço PUCRS: Av. Ipiranga, 6681, Partenon, Prédio 15 - 3º andar- Faculdade de Serviço Social.  
Telefone: 3320-3546-3353-4115 (NETSI- Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Trabalho Saúde e Intersetorialidade).  
Comitê de ética<sup>1</sup> PUCRS: Av. Ipiranga 6681, Prédio 40 - Sala 505- Porto Alegre /RS - Brasil - CEP: 90619-900-Fone/Fax: (51) 3320.3345 E-mail: cep@pucrs.br -Horário: De segunda a sexta-feira - Manhã: 8h30min às 12h Tarde: 13h30min às 17h - Atendimento pelo fone (51) 3320-3345

<sup>1</sup> Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução 466/2012-VII.2).

**Apêndice C-Roteiros de entrevistas:**

**-ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS E USUÁRIOS (A) DA REDE DE SAUDE DO MUNICIPIO DE VIAMAO**

**Idade:**

18- 30 ( )	31-40 ( )	41- 50 ( )	51-60 ( )	Mais de 60 ( )
------------	-----------	------------	-----------	----------------

**Raça/etnia -**

Branco ( )	Negro ( )	Indigena ( )	Pardo ( )	Outra: _____
------------	-----------	--------------	-----------	--------------

**Sexo:**

Feminino ( )	Masculino ( )	Outro: _____
--------------	---------------	--------------

**Escolaridade:**

Ensino Fundamental	Ensino médio	Graduação	Pós- Graduação	Outra situação ( )
Completo ( )	Completo ( )	Completa ( )	Completa ( )	Qual? _____
Incompleto ( )	Incompleto ( )	Incompleta ( )	Incompleta ( )	
		Qual? _____	Qual? _____	

**Profissão:**

**Há quanto tempo exerce esta atividade? E no serviço?**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS:**

**Referentes aos objetivos:**

**a) Conhecer e analisar o processo de inserção da PC na ABS, do município. Consonância com o objetivo e) Conhecer a opinião dessa população e trabalhadores, em relação à acessibilidade na ABS:**

1. Quais as comunidades atende? (exemplos: Assentados, Quilombos, Pescadores, Indígenas, trabalhadores rurais em geral)?

2. Há aproximação dos trabalhadores e serviços com a População do Campo? Se sim, como se dá?

3. Como organizam seu processo de trabalho para atendê-la (no serviço e território)? Com que frequência ocorre estes atendimentos? Contempla as necessidades em saúde desta população? Como?

4. Como se dá cotidianamente a inserção: acesso e acessibilidade desta população no atendimento? Como eles (usuários do campo) chegam na ABS?

5. Quais as possibilidades e dificuldades no cotidiano de trabalho com usuários procedentes do campo? para se efetivar o cuidado integral a esta população? O que entendes ser necessário realizar? Possibilidades de enfrentamento?

**b) Conhecer e contribuir para caracterizar os usuários da ABS procedentes do campo, considerando suas características singulares, necessidades específicas em saúde e suas formas de acesso.**

5. Identificas necessidades e especificidades desses sujeitos e de suas comunidades? Se sim: quais e como se expressam essa necessidades e características específicas?

Elas interferem/influenciam no atendimento em saúde? Identificas diferenças em relação à população em geral?.

9. Existe ações voltadas para a cultura destas populações? Quais? Com que frequência e como são realizadas?

10. Há problematizações/ construção de ações em relação ao cuidado a estas populações com vistas à integralidade, equidade e universalidade?

**c) Mapear as ações voltadas para a PC, destacando as que estão em consonância com o SUS e PNSIPCFA .**

11. Quais ações realiza no atendimento de forma geral, no território e em rede? Como são realizadas? Com que frequência ocorrem estas ações?

12. Conheces a PNSIPCFAA? Ela está sendo implantada ou implementada em Viamão? Como?

**d) Conhecer e contribuir na caracterização do perfil profissional para trabalhar com a PC.**

13. Como se deu a tua inserção no trabalho com estas populações?

14. Havia interesse teu em trabalhar com essa população? Se sim porquê?

15. Quais as características tu achas que o profissional deve ter para trabalhar com estas populações?

#### **ROTEIRO DE ENTREVISTA GRUPO FOCAL-PARA USUARIOS (AS) DA REDE DE SAUDE DO MUNICIPIO DE VIAMAO**

**1. Em que situações buscam o atendimento no posto de saúde (UBS/ESF)? Como se dá este atendimento? (Quando, frequência). Existe continuidade? (objetivo a, b,c).**

**2. Como deve ser esse atendimento? (objetivo d).**

**3. Conhecem a PNSIPCFA?**

**Apêndice D- ROTEIRO DE QUESTOES PARA PESQUISA DOCUMENTAL JUNTO AS ATAS do Comitê de saúde das Populações do Campo Florestas e Águas do RS.**

Roteiro da pesquisa documental:

Data- participantes\responsáveis

Pauta\ principais temas

Conclusões

Destaques

**COMBINAÇÕES**

Aparece os princípios do SUS, PNSIPCFA e ABS.

Como esta contemplada a PCFA e ABS

Como expressa a participação e organização do governo nos documentos.

Expressa a transversalidade nas políticas de saúde com a ABS e a PNSIPCFA.

Quais e como se apresentam?

**POLÍTICAS**

**PRINCIPIOS**

**DIRETIRZES**

**PÚBLICO ALVO**

**ANEXOS****Anexo A-Parecer do SIPESQ-PUCRS**

**SIPESQ**  
Sistema de Pesquisas da PUCRS



Código SIPESQ: 5974

Porto Alegre, 28 de janeiro de 2015.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica da FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "A INSERÇÃO DA POPULAÇÃO DO CAMPO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E A INTERFACE COM A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA" coordenado por MARIA ISABEL BARROS BELLINI. Caso este projeto necessite apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e/ou da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP/CEUA, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica da FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

---

**Anexo B- Aprovação do Comitê de ética em Pesquisa-PUCRS**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A Inserção da População do Campo na Atenção Básica em Saúde e a interface com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

**Pesquisador:** MARIA ISABEL BARROS BELLINI

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 42024115.5.0000.5336

**Instituição Proponente:** UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 997.567

**Data da Relatoria:** 19/04/2015

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa de Mestrado. A coleta de dados será através de pesquisa documental, entrevistas individuais com profissionais da saúde e grupo focal com usuários da Atenção Básica em Saúde, procedentes do campo (agricultores familiares assentados e não assentados) do município de Viamão e observação não estruturada ou assistemática. Critérios de inclusão de profissionais de saúde: Serão profissionais de saúde que atendam no território, nos serviços da ABS, como ESF (Estratégia de Saúde da Família) e 1 (um) coordenador (a) da Atenção Básica do município. Total de amostra de trabalhadores: 3 (três) profissionais. Critérios de inclusão de agricultores familiares: Serão 02 (dois) grupos focais com 8 agricultores familiares usuários da ABS que subsistam da terra em cada grupo, mesmo que não seja a sua única forma de sustento, considerando que sua produção possa ser para seu uso e ou comercialização. Os usuários serão, preferencialmente, escolhidos por sua comunidade, podendo ser por exemplo, através de

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 997.567

associações, com convites abertos à participação.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Conhecer e analisar como vem se dando a inserção da População do Campo na Atenção Básica em Saúde da região rural de Viamão/RS, a fim de destacar as possibilidades, potencialidades edesafios para se efetivar o cuidado integral a esta população preconizado no SUS e PNSIPCF.

**Objetivo Secundário:**

a) Conhecer e analisar o processo de inserção da População do Campo na ABS, da região rural de Viamão.b) Conhecer e contribuir para caracterizar os usuários da ABS procedentes do campo, considerando suas características singulares,necessidades específicas em saúde e suas formas de acesso.c) Mapear as ações específicas para a População do Campo, destacando as consonâncias e dissonâncias com a PNSIPCF e SUS.d) Conhecer e contribuir na caracterização do profissional indicado para trabalhar com a População do Campo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Apresenta riscos mínimos.Como benefício, o estudo poderá contribuir para a qualificação das políticas públicas e com subsídios para o fortalecimento e potencialização do processo de implantação e implementação da PNSIPCF, através da produção de conhecimentos científicos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado e fundamentado.Os objetivos estão claros e bem delineados.Apresenta todos os roteiros de entrevista com os profissionais, roteiro do grupo focal e roteiro para análise documental.A análise de dados será realizada através da Análise de Conteúdo de Bardin (2009). De acordo com a autora a análise:É um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (p. 44).É composta por três fases: a pré-análise, "que corresponde à fase da organização propriamente dita". (p.121); a exploração dos materiais que "consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505  
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@puers.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 997.567

função de regras previamente formuladas". (p.127); e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, "da análise, de maneira a serem significativos (falantes) e válidos". (p.127), Será realizada a leitura flutuante e a constituição de um quadro de operacionalização das categorias de análise.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Possui autorização da secretaria de saúde do município, do sindicato dos trabalhadores e trabalhadoras rurais de Viamão, da coordenação do assentamento [REDACTED]. O termo de consentimento está claro. Apresentou na ementa, a inclusão no TCLE de que as entrevistas e grupos focais vão ser gravados.

**Recomendações:**

O projeto está eticamente adequado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto está eticamente adequado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PORTO ALEGRE, 25 de Março de 2015

---

Assinado por:  
Rodolfo Herberto Schneider  
(Coordenador)

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505  
Bairro: Partenon CEP: 90.619-000  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

## Anexos C: Termos de Aceite Institucionais

## Autorização Institucional

Eu, Sandra D.M. Sperotto, da Secretaria Municipal de Saúde de Viamão/RS conheço o projeto intitulado "A INSERÇÃO DA POPULAÇÃO DO CAMPO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E A INTERFACE COM A POLITICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA" da mestranda Leslie Tuane Penteadó Charqueiro, orientada pela Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini do PPGSS/PUCRS e autorizo a realização das entrevistas com trabalhadores e usuários da Atenção Básica em Saúde (ABS), do município, para coleta de dados e análise. Essa coleta somente iniciará após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Porto Alegre, 21 outubro de 2014.



Nome:

Função:

**Sandra Sperotto**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Viamão/RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE VIAMÃO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

O FUTURO SE FAZ COM QUALIDADE DE VIDA

## AUTORIZAÇÃO

Eu Sandra Denise de Moura Sperotto, Secretária Municipal de Saúde de Viamão/RS, conheço o projeto intitulado a **“A inserção da População do Campo na Atenção Básica em Saúde e a interface com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta”**, da mestrandia **Leslie Tuane Penteado Charqueiro**, orientada pela Profª Drª Maria Isabel Barros Bellini, do PPGSS/PUCRS. Além de ter autorizado as entrevistas e grupos com profissionais e usuários da Atenção Básica em Saúde do município, para a coleta, análise e utilização na Dissertação de Mestrado, autorizo também, a utilização do nome do município na Dissertação e nos artigos e trabalhos derivados da Dissertação.

Viamão, 19 de outubro de 2015.

Cordialmente,

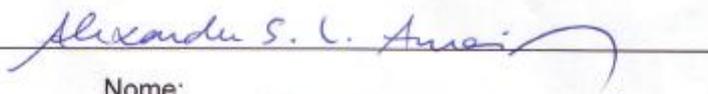
**Sandra Sperotto**

Secretária Municipal de Saúde  
Viamão – RS

### Autorização Institucional

Eu, ALEXANDRE SOBRAI LOUREIRO AMORIM da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul conheço o projeto intitulado "A **INSERÇÃO DA POPULAÇÃO DO CAMPO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E A INTERFACE COM A POLITICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA**" da mestranda Leslie Tuane Penteado Charqueiro, orientada pela Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini e autorizo o acesso e utilização das **Atas do GT de Saúde das Populações do Campo da Floresta e das Águas, do estado do Rio Grande do Sul**, do período do início das atividades do GT em 2013 a dezembro de 2014, para coleta de dados e análise. Essa coleta somente iniciará após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Porto Alegre, 20, AGOSTO de 2014.



Nome:

Alexandre Sobral Loureiro Amorim

Função: Coord. Est. Adj. Atenção Básica  
DAS/SES

### Autorização Institucional

Eu, *Amar M de Moura*, da coordenação que representa as famílias do Assentamento [REDACTED] do município de Viamão/RS, declaro ter conhecimento do projeto intitulado: "**A inserção da População do Campo na Atenção Básica em Saúde e a interface com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**", da mestrandia Leslie Tuane Penteado Charqueiro, orientada pela Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini da Faculdade de Serviço Social (FSS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). O projeto de pesquisa, além de contemplar agricultores (as) familiares não assentados (as), será realizado com trabalhadores (as) rurais (agricultores (as) familiares) deste assentamento. Todavia, essa coleta somente iniciará após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Porto Alegre *09. fevereiro* de 2015.

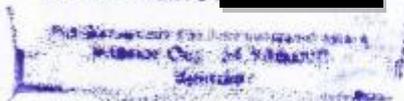
*Amar M de Moura*

Nome: *Amar M de Moura*

Função: *Pres. AAFISI*

07530209000106

ASSOCIAÇÃO DOS MORADORES DO  
ASSENTAMENTO [REDACTED]



### Autorização Institucional

Eu, Luiz Salvador Ramella, representante legatário Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais de Viamão/RS, declaro ter conhecimento do projeto intitulado: **"A inserção da População do Campo na Atenção Básica em Saúde e a interface com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta"**, da mestranda Leslie Tuane Penteado Charqueiro, orientada pela Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini da Faculdade de Serviço Social (FSS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E, portanto autorizo através do sindicato, o acesso e a realização dos contatos e convites, para a participação na pesquisa, dos trabalhadores (as) rurais (agricultores (as) familiares) do município de Viamão/RS. Todavia, essa coleta somente iniciará após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Porto Alegre, 27 de Janeiro de 2015.



Nome: **Luiz Salvador Ramella**

Função: **Presidente**

Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Viamão  
Base territorial Viamão e Alvorada  
CNPJ 87273363/0001-89-Carta sindical MTB 308.046/70 Iv. 67 fls.38  
Rua Dois de Novembro, 267, Viamão-RS