

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

A PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES RURAIS NA DEFINIÇÃO
E NO ACOMPANHAMENTO DAS POLÍTICAS LOCAIS DE SAÚDE,
NO MUNICÍPIO DE ITABERAÍ – GO

MARIA RODRIGUES NAGY

Brasília

2010

A PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES RURAIS NA DEFINIÇÃO E NO
ACOMPANHAMENTO DAS POLÍTICAS LOCAIS DE SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE
ITABERAÍ – GO

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde na Universidade
de Brasília – UnB como requisito
parcial à obtenção do grau mestre

Orientadora :Prof^a. Dr^a. Jane Lynn
Garrison Dytz

Brasília
2010

MARIA RODRIGUES NAGY

A PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES RURAIS NA DEFINIÇÃO E NO
ACOMPANHAMENTO DAS POLÍTICAS LOCAIS DE SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE
ITABERAÍ – GO

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do grau de mestre, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília.

Professores que compuseram a banca:

Orientadora :Prof^a. Dr^a. Jane Lynn Garrison Dytz

Membro Efetivo :Prof. Dr. Oviomar Flores

Membro Efetivo :Prof^a. Dr^a. Clélia Maria de Souza Ferreira Parreira

Membro Suplente :Prof^a. Dr^a. Maria da Glória Lima

Brasília, 29 de julho de 2010

Aos meus pais (in memoriam)
por me mostrarem sempre o outro lado da história
e à pequena Júlia,
pela continuidade da vida

Agradecimentos

À Profa. Jane, minha orientadora, que carinhosamente acolheu este projeto, sempre me estimulando a olhar por outros lados o que parecia óbvio.

À minha família, que sempre compartilhou comigo a ansiedade de viver em num mundo mais justo, igualitário e digno: Júlia, Mônica, Deonete, André, André Fernando, Aldria e Ana Júlia.

Aos amigos e amigas da Secretaria de Reordenamento Agrário, que viveram essa jornada ao meu lado, especialmente à Raquel, que muito mais do que coordenadora, é uma amiga do coração.

Aos amigos e amigas da vida, que viveram minha angústia e estiveram ao meu lado me apoiando sempre: Kátia, Clara, Valter, Nair, Chico Paulo, Walter, e outros tantos que a vida trouxe nos momentos necessários.

Ao Edson, na certeza de que a luta vale a pena.

À Jô, que, com seu jeito manso e carinhoso, cuidou de mim e de minha vida. Sem ela tudo teria sido muito mais difícil.

Às lideranças do Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais de Itaberaí, pela acolhida, assim como aos trabalhadores rurais assentados e lideranças dos movimentos de luta pela terra que concederam as entrevistas.

Aos moradores de Itaberaí, pelo carinho com que me receberam e me ensinaram a conhecer as suas vidas, principalmente por me mostrarem a riqueza de quem se mantém organizado e na luta, com a mesma garra de sempre.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar o processo de organização e participação dos trabalhadores rurais, do município de Itaberaí – GO, na definição e no acompanhamento das políticas locais de saúde, mediante a caracterização da organização e funcionamento da rede pública de saúde; caracterização do perfil de saúde da população; verificação da atuação do Conselho Municipal de Saúde; identificação e análise da atuação das lideranças do movimento sindical e dos movimentos sociais dos trabalhadores rurais, no que tange a elaboração das pautas de reivindicações da saúde; e análise do processo de participação dos trabalhadores rurais assentados na definição das políticas locais de saúde e de estratégias que possibilitam o atendimento das suas demandas e necessidades de saúde. Foi desenvolvida pesquisa descritiva e exploratória, na modalidade de estudo de caso, com uma amostra de 11 participantes, composta por conselheiros de saúde, lideranças sindicais rurais, lideranças de movimentos sociais de luta pela terra e trabalhadores rurais assentados, submetidos à entrevista semi estruturada; foram levantados também documentos junto à Secretaria e o Conselho Municipal de Saúde para a caracterização do setor saúde no município pesquisado. A análise do material empírico foi orientada pela análise de conteúdo, na modalidade temática. Os resultados obtidos revelaram que a infra-estrutura da saúde é subutilizada, não apresentando resolutividade às demandas da população rural; a atuação o Conselho Municipal de Saúde é incipiente, o que gera uma distância entre sua prática e as competências a ele conferidas, pois não influi na elaboração da Política Municipal de Saúde condizente com as necessidades da população, apesar do município apresentar potencial para a implementação de ações que atendam as especificidades da população; a atuação das lideranças sindicais e dos movimentos sociais de luta pela terra no processo de organização da base é tímida e se restringe a ações pontuais; a organização dos trabalhadores rurais que vivem em assentamentos é incipiente, mas se mantém participativos e possuem visão crítica da situação de saúde em que se encontram. Conclusão: o estudo demonstra que há potencialidade para o fortalecimento da participação social da população rural em termos da elaboração de uma pauta de reivindicação de seus direitos e demandas de saúde, estabelecendo-se assim nova lógica entre Estado e sociedade.

Palavras-chaves: participação social, população rural, política de saúde

ABSTRACT

The propose of this study is analyze the process of organization and participation of rural workers in Itaberaí City - GO, in setting and monitoring of local health policies, by characterizing the structure and functioning of the health public system; characterization of the profile population health; checking the performance of the Municipal Health Council, identification and analysis the performance of the leaders of the union movement and social movements of rural workers, with respect about the preparation of guidelines for health claims, and analysis of the participation process of the rural workers settled in the definition of local health policies and strategies that enable the service of their demands and health needs. It was developed descriptive and exploratory research on the modality of case study with a sample of 11 participants, composed of health counselors, and rural union leaders, leaders of social movements fighting for land and rural workers settlers, underwent semi-structured interview; documents have also been raised with the department and the Municipal Health Council for the characterization of the health sector in the studied city. The analysis of empirical material was conducted by content analysis, in thematic modality. The results revealed that the health infrastructure is underused and do not solve the demands of the rural population, the role the Municipal Health Council is incipient, which creates a distance between his practice and powers conferred upon it, because it does not influence on the development of municipal health policy in keeping with the needs of the population, despite of the municipality have the potential to implement actions that attend the specificities of the population, the actions of union leaders and social movements fighting for land in the process of organizing base is shy and is restricted to specific actions, the organization of rural workers living in settlements is also incipient, but they have been collaboratives and have critical view of health situation in which they are. Conclusion: This study demonstrates that there is potential for strengthening in social participation of the rural population in terms of drawing up an agenda to claim their rights and health demands, thus establishing new logic between state and society.

Keywords: social participation, rural population, health policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Mapa do estado de Goiás, por microrregião.

Figura 2 Mapa da microrregião de Anápolis, Goiás.

Figura 3 Distribuição da população rural, residente no município de Itaberaí, por faixa etária e sexo, 2008.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 Contagem populacional, por faixa etária, do município de Itaberaí, 1996 e 2007
- Tabela 2 Índice de Desenvolvimento Humano do município de Itaberaí e do estado de Goiás, 1991 e 2000.
- Tabela 3 Proporção de utilização de serviços de infra-estrutura básica por domicílio, 2000.
- Tabela 4 Indicadores de produção de serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica, Itaberaí, no período entre 2000 e 2006.
- Tabela 5 Número e percentual de famílias e pessoas cadastradas nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, Itaberaí, 2008
- Tabela 6 Indicadores de morbidade da população de Itaberaí.
- Tabela 7 Causas de internação hospitalar da população de Itaberaí.
- Tabela 8 Distribuição dos pontos de pauta das reuniões do CMS de Itaberaí, segundo as temáticas, no período de janeiro de 2008 a julho de 2009.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|----------|--|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CMS | Conselho Municipal de Saúde |
| CNS | Conferência Nacional de Saúde |
| 8ª. CNS | 8ª. Conferência Nacional de Saúde |
| 9ª. CNS | 9ª. Conferência Nacional de Saúde |
| 10ª. CNS | 10ª. Conferência Nacional de Saúde |
| 11ª. CNS | 11ª. Conferência Nacional de Saúde |
| 12ª. CNS | 12ª. Conferência Nacional de Saúde |
| 13ª. CNS | 13ª. Conferência Nacional de Saúde |
| CONAQ | Coordenação Nacional de Quilombos |
| CONTAG | Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura |
| DATASUS | Departamento de Informática do SUS |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FIOCRUZ | Fundação Osvaldo Cruz |
| FUNRURAL | Fundo de Assistência Rural |
| GO | Goiás |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IDH-M | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social |
| INCRA | Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária |
| MDA | Ministério do Desenvolvimento Agrário |
| MMC | Movimento da Mulher Camponesa |
| MST | Movimentos dos Trabalhadores Sem-terra |
| NESP/UnB | Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília |
| PAB-fixo | Piso da Atenção Básica |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNAD | Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| Introdução | 12 |
| Objetivos geral e específicos | 17 |
| CAPÍTULO 1 – ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO RURAL | 18 |
| 1.1. Um olhar sobre a Política Nacional de Saúde, na perspectiva da atenção à população rural | 18 |
| 1.2. Um contraponto: condições de saúde da população rural | 23 |
| CAPÍTULO 2 – PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE | 29 |
| CAPÍTULO 3 - MÉTODO | 35 |
| 3.1. Cenário da pesquisa | 36 |
| 3.2. Delineamento da amostra | 38 |
| 3.3. Coleta e análise dos dados | 39 |
| CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO | 41 |
| 4.1. Perfil demográfico e sócio-cultural da população de Itaberaí | 42 |
| 4.2. Organização e funcionamento da Rede Pública de Saúde no município de Itaberaí | 46 |
| 4.2.1. Estrutura da Rede Municipal de Saúde | 46 |
| 4.2.2. Funcionamento da Rede Municipal de Saúde | 48 |
| 4.2.3. Indicadores da produção de serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica | 51 |
| 4.2.4. Perfil de saúde da população urbana e rural de Itaberaí | 53 |
| 4.3. Análise da atuação do Conselho Municipal de Saúde | 55 |
| 4.4. Análise da atuação das lideranças do Sindicato de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais e dos movimentos sociais de luta pela terra, no que tange a elaboração das pautas de reivindicações de saúde, no âmbito municipal | 65 |
| 4.5. Participação dos trabalhadores rurais assentados na proposição, formulação e acompanhamento das Políticas Locais de Saúde, identificando estratégias que possibilitem o aprimoramento desse processo | 69 |
| CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO | 74 |
| REFERÊNCIAS | 77 |
| ANEXOS | 84 |

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde vem sofrendo transformações nos últimos 30 anos, o que tem proporcionado à sociedade brasileira um reaprendizado a respeito do que significa saúde, condições de vida, qualidade de vida, ambientes saudáveis, etc. (BRASIL, 1998). Isto quer dizer que a saúde passa a ser entendida como uma produção social e como um processo de responsabilização compartilhada entre governos e sociedade civil, incluindo a articulação entre diferentes saberes e diferentes vivências da população (LAURELL, 1983).

Significa também que, por se tratar de uma produção social, a saúde é influenciada por vários determinantes sociais, ou seja, as mesmas questões que envolvem acesso à moradia, saneamento básico, educação, geração de renda, trabalho e inclusão social, passam a determinar o perfil-patológico de uma comunidade (BRASIL, 1998). Com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, o direito à saúde no Brasil passa a ser assegurado por lei, e, para sua real implementação, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar das garantias constitucionais, o que se percebe é que as condições de vida da população rural brasileira pouco têm sido beneficiadas, uma vez que aspectos como promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência aos agravos à saúde e reabilitação estão longe da realidade da maioria dos moradores do campo, onde se encontram as maiores taxas de incidência de mortalidade infantil, desnutrição, endemias, doenças infecto-parasitárias, condições insalubres, acidentes de trabalho e analfabetismo (BRASIL, 2003a).

Segundo o II Plano Nacional de Reforma Agrária (BRASIL, 2003a), a população do campo abrange os segmentos populacionais de agricultores(as) familiares, trabalhadores(as) rurais assalariados(as) e aqueles(as) em regime de trabalho temporário, os(as) trabalhadores(as) rurais assentados(as), os(as) trabalhadores(as) rurais que não têm acesso à terra, famílias de trabalhadores(as) rurais de assentamentos e acampamentos rurais, populações que residem em comunidades remanescentes de quilombos, em reservas extrativistas, em vilas, povoados, população ribeirinha, populações atingidas por barragens, comunidades tradicionais e trabalhadores(as) que moram na periferia das cidades e que trabalham no campo

Ainda para efeito de definição, são considerados assentamentos rurais toda distribuição de terra em pequenos módulos, dimensionados de modo a proporcionar a produção de alimentos suficientes para a fixação e manutenção de uma família de produtores rurais sem-terra, enquanto que acampamentos são “espaços de luta e formação, fruto de ações coletivas, localizados no campo ou na cidade, onde as famílias sem terra organizadas reivindicam assentamentos” (DIEESE, 2008).

De acordo com levantamento realizado pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), no ano de 2003, havia quase 60 milhões de habitantes vivendo na zona rural, incluindo nesta contagem 6.044 assentamentos rurais, com capacidade para 759.768 famílias, distribuídos em 1.857 município (BRASIL, 2008). Dados atualizados do INCRA apontam que, até 2009, existem 8.562 projetos de assentamentos (BRASIL, 2010).

Segundo Bergamasco (1997), a temática da reforma agrária tem sido uma constante no Brasil, desde os anos 50 e 60, como solução para as questões nacionais. Porém, durante os anos de governos militares, ocorreu um processo de modernização agrícola no país que gerou resultados perversos, entre os quais, “a formação de uma classe de assalariados rurais com baixíssimo poder de compra, pelo desemprego, especialmente o desemprego sazonal, pela precariedade das condições de trabalho e pela exclusão social.”

Esta precarização das condições de vida e de trabalho de milhões de pessoas resultou no fortalecimento da organização política dos trabalhadores rurais, sobretudo nos anos 1980 e 1990 (CARVALHO, 2006), quando novos assentamentos rurais foram implementados em todos os estados da Federação. Estes projetos foram criados muito mais com o objetivo de minimizar problemas criados a partir do conflito gerado pela luta pela terra do que resolver situações de pobreza e exclusão social, ou mesmo para resgatar o potencial produtivo da agricultura familiar (NORDER, 1997).

Diante desta realidade, nota-se que uma das questões sociais mais pungentes para a população do campo está relacionada às suas demandas e necessidades de saúde. Essa situação de vulnerabilidade dos trabalhadores rurais assentados decorre de inúmeros fatores, entre eles, a precariedade dos projetos de

assentamentos, bem como da restrição ao acesso aos direitos sociais básicos para uma vida digna, como a saúde (BRASIL, 2003b).

Assim sendo, a população do campo é excluída do setor saúde, pois, além de não conseguir acessar o atendimento almejado, desconhece os meandros do funcionamento do Sistema de Saúde para ultrapassar vazar estas barreiras (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, 2001, BRASIL, 2003b)

Esta situação traz à luz a necessidade da elaboração de estudos voltados ao aprofundamento do conhecimento desta realidade, uma vez que mesmo com a estruturação de ações de saúde arrojadas, a situação acima aponta para a falta de acesso de boa parte da população rural aos serviços de saúde.

Alguns pesquisadores têm se mostrado sensíveis a esta necessidade e têm buscado conhecer um pouco mais sobre a organização dos trabalhadores rurais no que se refere à luta coletiva pelo reconhecimento do atendimento integral à saúde da população do campo, enquanto um direito inalienável (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, 2001; BRASIL, 2003b; ANDRADE, NAGY e PEREIRA, 2006). Estes estudos demonstram que, a partir da elaboração de pautas de reivindicações entregues periodicamente ao governo federal, os trabalhadores rurais têm conseguido avançar na elaboração de uma Política Nacional de Saúde Integral dos Povos do Campo e da Floresta (NAGY e ANDRADE, 2004).

Desde 1995, os trabalhadores rurais se reúnem em Brasília e realizam o Grito da Terra Brasil, que é a mobilização realizada todos os anos promovida pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG, em conjunto com outras entidades, que também atuam no campo brasileiro, sendo considerado como uma verdadeira 'data base' para a classe trabalhadora rural (CONTAG, 2004). A pauta de reivindicações dessas mobilizações envolve diferentes temas relacionados às demandas dos amplos segmentos filiados ao sindicalismo rural, beneficiando também os não sindicalizados, visto o caráter universal das políticas públicas (MEDEIROS, 2003).

Na área da saúde, esse movimento tem como atribuição promover a elaboração e acompanhar a implantação da política de saúde para a população do campo, monitorar os acordos surgidos a partir das pautas de reivindicações negociadas com os movimentos sociais do campo, da floresta e das águas e

encaminhar as demandas junto às respectivas entidades competentes (NAGY e ANDRADE, 2004).

Está, também, integrado a um conjunto de políticas públicas que têm como objetivo a elevação do padrão de vida da população do campo por meio de ações intersetoriais, como as políticas de geração de emprego e renda, de saneamento ambiental, de habitação, de eletrificação rural, de educação, de cultura e lazer, de acesso a terra e de transporte digno (BRASIL, 2008a).

Dessa forma, o processo de construção e negociação das pautas da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG) considera que as reivindicações pautadas pelo Grito da Terra Brasil beneficiam, aproximadamente, 25 milhões de pessoas que residem e/ou trabalham no meio rural, isto é, os trabalhadores rurais e suas famílias, assentados da reforma agrária, acampados, agricultores familiares, bem como os moradores do campo (NAGY e ANDRADE, 2004).

Este movimento instituiu uma arena de negociação onde, apesar da oposição e aparente conflito de interesses existente entre os trabalhadores e os gestores, muito se tem aprendido com o processo de construção coletiva estabelecido entre a sociedade civil organizada e o Estado, uma vez que ao negociarem, criam uma matriz metodológica que aos poucos vai se ramificando intra e intersetorialmente, visto a complexidade que abarca a saúde.

Diante deste quadro, este estudo levanta algumas indagações: como os trabalhadores rurais assentados têm se organizado para elaborar suas demandas referentes ao setor saúde? Como tem sido a organização dos trabalhadores rurais assentados no tocante a elaboração das pautas de reivindicação do Grito da Terra na esfera municipal? Estas perguntas remetem a outras: como se dá a participação dos trabalhadores rurais assentados e de suas entidades no Conselho Municipal de Saúde (CMS)? Como são apresentadas suas reivindicações ao CMS? Como tem sido a participação dos trabalhadores rurais assentados durante as Conferências Municipais de Saúde?

De outro lado, ficam também indagações acerca de como o setor saúde, no âmbito dos municípios, tem se estruturado para acolher e atender estas demandas, de forma a cumprir os princípios doutrinários e constitucionais do SUS, no que se

refere à universalidade, à equidade e à integralidade. Mesmo que estes preceitos estejam sendo cumpridos, com quê qualidade na atenção isto ocorre?

É neste contexto que este estudo se enquadra, uma vez que tem como referência os princípios do SUS, principalmente no que tange à universalização do acesso, à equidade e à integralidade das ações de saúde praticadas no nível local.

OBJETIVOS

GERAL

Analisar o processo de organização e participação dos trabalhadores rurais assentados, do município de Itaberaí – GO, na definição e no acompanhamento das políticas locais de saúde.

ESPECÍFICOS

Caracterizar a organização e funcionamento da rede pública de saúde, principalmente no que se refere à atenção básica, no município de Itaberaí.

Caracterizar o perfil de saúde da população de Itaberaí.

Verificar a atuação do Conselho Municipal de Saúde.

Identificar e analisar a atuação das lideranças do movimento sindical e dos movimentos sociais de luta pela terra dos trabalhadores rurais assentados, no que tange a elaboração das pautas de reivindicações

Analisar o processo de participação dos trabalhadores rurais assentados na proposição, formulação e acompanhamento das políticas locais de saúde e de estratégias que possibilitam o atendimento das suas demandas e necessidades de saúde.

CAPÍTULO 1 – ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO RURAL

1.1. UM OLHAR SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO RURAL

A expressão política de saúde corresponde à ação ou à omissão do Estado, como resposta social às demandas e necessidades de saúde da coletividade. Essas políticas abrangem tanto as questões relativas ao poder em saúde – natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas – como ao estabelecimento de princípios, diretrizes, planos e programas de saúde (PAIM, 1999).

Assim, a reforma sanitária brasileira vem contribuindo para uma mudança social e estrutural do Estado ao defender a democratização da saúde (PAIM, 1999). Esse movimento ampliou o espaço de luta política, possibilitando às diversas organizações da sociedade civil, incluindo as entidades representativas da população rural, discutir e refletir sobre as condições de saúde e seus determinantes sociais nas diferentes conjunturas (ANDRADE, NAGY e PEREIRA, 2006).

Com essa ampliação do espaço, as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) tornaram-se um foro democrático importante para a avaliação da situação de saúde, e para a elaboração de diretrizes a serem incorporadas na formulação de novas políticas de saúde, sendo os relatórios finais encaminhados para o governo federal, com a perspectiva de fomentar a implementação de novas respostas às necessidades e às demandas da população (NAGY e ANDRADE, 2004).

Dentre as conferências de saúde, a 8ª. Conferência Nacional de Saúde (8ª. CNS), realizada em 1986, destacou-se como um marco histórico, pois sistematizou os princípios e diretrizes da reforma sanitária (PAIM, 1999). Seus delegados concluíram que as causas das desigualdades sociais e regionais na sociedade brasileira são resultantes da concentração de renda e da propriedade fundiária (BRASIL, 1986). Essas condições estruturais foram consideradas como limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada (BRASIL, 1986).

A mobilização do Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro foi mais adiante e conseguiu influenciar a elaboração do capítulo que versa sobre a saúde na

Constituição Federal, promulgada em 1988, que em seu art^o. 196 define a saúde como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda e meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1988).

A saúde passa, então, a ser concebida como um eixo essencial e estruturante da sociedade brasileira, sendo um direito essencial dos cidadãos (CASTILHOS, 2003). Porém, para o pleno exercício desse direito considerou-se estratégico a garantia de um ambiente de trabalho satisfatório, alimentação adequada, moradia higiênica e digna, educação, informação, qualidade adequada do meio-ambiente, transporte seguro e acessível, repouso, lazer, segurança, acesso universal e igualitário aos serviços setoriais, participação popular, direito à liberdade de organização e expressão.

A mobilização da sociedade civil, ao redor de temas centrais para a construção de uma sociedade mais justa, deu origem ao que hoje se chama de Constituição Cidadã, que reconhece em seu art. 6^o que

“são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

Este reconhecimento é reforçado por meio dos artigos 196 a 200, que tratam da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que apresenta um caráter nitidamente social-democrata (CASTILHOS, 2003).

O texto constitucional considera o acesso universal, a equidade e a oferta de ações de saúde com alcance na promoção, proteção e recuperação da saúde extremamente relevante para o exercício do direito à saúde (CASTILHOS, 2003). Além disso, a Constituição Federal fixa a integração dos setores de saúde, previdência e assistência social, como uma rede de proteção social aos cidadãos e às cidadãs.

A partir da incorporação das reflexões da 8^a. CNS à Carta Magna, a saúde foi consagrada como produto social, resultante de um conjunto de direitos que envolvem o emprego, o salário, a habitação, o saneamento, a educação, o transporte e o lazer (CASTILHOS, 2003).

Em 1990, para cumprir e regulamentar os ditames constitucionais foram sancionadas as Leis 8080/90 e a Lei 8142/90 (BRASIL, 1990a e b), formando-se

assim, o arcabouço jurídico da Política de Saúde Brasileira, que começou a ser trabalhada a partir de novo marco, onde a garantia do direito social à saúde é um dos eixos essenciais e estruturantes (ALMEIDA, 2010).

A Lei 8080/90 dispõe que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes os mesmos aspectos já garantidos pela Constituição Federal, sendo que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990a). Além disso, privilegia a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a intersetorialidade e a gestão participativa, como princípios e diretrizes do SUS.

Deste modo, o SUS pode ser considerado como um movimento contra-hegemônico a um modelo político-econômico neoliberal, predominantemente excludente (BRASIL, 2000), pois até a criação do SUS, a população brasileira era atendida por um sistema de classes sociais. Os ricos utilizavam a medicina privada, os trabalhadores, que tinham a cobertura previdenciária, usavam a rede assistencial do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e os demais eram tratados como indigentes e ficavam à mercê da filantropia exercida, mormente, pelas Santas Casas de Misericórdia (CASTILHOS, 2003).

De acordo com esse sistema de classes, a maioria dos trabalhadores rurais e dos moradores do campo, que viviam da agricultura de subsistência, era considerada como indigente. Conseqüentemente, eram excluídos do modelo de saúde até então vigente (CASTILHOS, 2003). Apenas em 1971, com a criação do Fundo de Assistência Rural (FUNRURAL) é que esses trabalhadores passaram a ter direito à previdência social (CARVALHO, 2006).

Fato curioso é que nesta época, para preencher esta lacuna, a atenção à saúde dos trabalhadores rurais era prestada pelos Sindicatos dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais (STTR), uma vez que seu corpo de funcionários contava com a presença de profissional de medicina e que na maioria das localidades, esse era o único profissional para atender, inclusive, as famílias dos proprietários de terras e dos moradores da zona urbana (CARVALHO, 2006).

O SUS representa, portanto, um dos exemplos mais importante de democratização do Estado, pois garante a toda população o acesso gratuito e universal às ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência e

reabilitação da saúde colocando o setor econômico a serviço do setor social (CASTILHOS, 2003).

Já a Lei 8142/90 regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e fiscalização do financiamento na área da saúde. Essa lei define que as Conferências e os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas, necessárias para a garantia do controle social (BRASIL, 1990b; ANDRADE, 2004). Desde então a realização das Conferências de Saúde têm contado com a participação efetiva da população rural.

Ao realizar um balanço desse processo de consolidação do SUS na área rural, alguns avanços significativos podem ser observados.

Em 2003, o Ministério da Saúde criou o Grupo da Terra e regulamentou as ações direcionadas para a população rural (BRASIL, 2004c), expressando o reconhecimento da luta desta parcela da população e significando uma devolutiva às suas reivindicações.

Este Grupo tem como atribuição promover a elaboração e acompanhar a implantação da política de saúde para a população do campo, detalhando as ações a serem implementadas. Além disso, deve monitorar os acordos das pautas de reivindicações negociadas com os movimentos sociais do campo; encaminhar as demandas junto às respectivas entidades competentes; e participar das iniciativas intersetoriais relacionadas à saúde da população do campo e da floresta (BRASIL, 2004c).

O Grupo é composto por representantes do Ministério da Saúde (MS), da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Agência Nacional de Vigilância à Saúde (ANVISA), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Conselho Nacional de Saúde, Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), Movimento dos Trabalhadores Sem-terra (MST), Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), Marcha das Margaridas, Coordenação Nacional de Quilombos (CONAQ) e Conselho Nacional de Seringueiros.

Com a conquista desse espaço político, os movimentos sociais e sindicais do campo e da floresta estão atuando junto ao governo federal, defendendo a incorporação dos interesses das comunidades do campo e da floresta nas políticas de saúde (CONTAG, 2004). Deste modo, o Grupo da Terra está elaborando

coletivamente a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e Floresta, baseando-se nos capítulos referentes à saúde e à seguridade social da Constituição Federal de 1988 e nas Leis 8080/90 e 8142/90 (BRASIL, 2008a).

Esta política de saúde direcionada aos povos do campo e da floresta está em sintonia com o II Plano Nacional da Reforma Agrária, redesenhando as regiões de saúde de acordo com a proposta de transformação das áreas reformadas em sistemas locais de produção rural, integrantes de um Plano de Desenvolvimento Territorial (BRASIL, 2003a, 2008a).

Da mesma forma que esta política está integrada a um conjunto de políticas públicas, que têm como objetivo a elevação do padrão de vida da população do campo por meio de ações intersetoriais, a intersectorialidade é apresentada, portanto, como uma prática de gestão do governo federal, onde o Ministério da Saúde se relaciona de forma matricial com os demais setores governamentais e da sociedade civil organizada para responder à integralidade das ações de saúde para a população do campo e da floresta (BRASIL, 2008a).

Com relação à implantação dessa política, o Ministério da Saúde tornou-se parceiro dos movimentos sociais e sindicais de luta pela terra, incluindo o Movimento Sindical dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais e da Agricultura Familiar, a fim de desenvolver um programa de atenção integral à saúde da população do campo. Essas ações integrais serão realizadas por meio de seis políticas básicas – saneamento, assistência farmacêutica e de fitoterápicos, educação em saúde e controle social, saúde do trabalhador e saúde ambiental, alimentação e segurança alimentar (BRASIL, 2008a).

Para operacionalizar essas ações e garantir o princípio constitucional da equidade, é preciso incentivar financeiramente e expandir a interiorização das Equipes de Saúde da Família para os assentamentos e municípios rurais, ou seja, proporcionar condições para que as equipes conheçam as especificidades da população da rural (BRASIL, 2008a).

Deste modo, o Ministério da Saúde propôs, e o Conselho Nacional de Saúde aprovou as Portarias/GM 1432/04 e 1434/04 (BRASIL, 2004d, 2004e) como resposta a essas necessidades. A Portaria/GM 1432/04 atualiza a base do cálculo do Piso de Atenção Básica (PAB-fixo), incluindo a população assentada entre os anos 2000 e

2003, após o Censo de 2000, tomando como referência a relação dos municípios com assentamentos realizados pelo INCRA, órgão vinculado ao MDA, nesse período.

Assim, o quantitativo da população assentada é informado pelo MDA anualmente, no mês de junho, com a finalidade de rever os valores do PAB para os municípios contemplados (BRASIL, 2004c). Tal medida possibilitou a correção do valor do PAB-fixo repassado aos municípios com assentamentos da reforma agrária, cujo crescimento populacional é superior às estimativas do IBGE. Esta medida possibilitou aos municípios incorporarem em suas ações o atendimento da zona rural.

Nesta direção, a Portaria 1434/04 definiu mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), ao regulamentar para a área rural o aumento de 50% do valor dos incentivos para as Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal dos municípios com população de até 30 mil habitantes e com IDH igual ou inferior a 0,700. Esta Portaria prevê, também, o aumento de 50% no incentivo repassado para as Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal para os municípios com população residente em assentamentos rurais ou remanescentes de quilombos, conforme destacado em seu no Anexo III (BRASIL, 2004d).

Só a partir da atualização das informações sobre o atendimento dessas populações no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) é que o município faz jus a esta majoração, porém as Equipes podem atender a população indistintamente, não ficando seu raio de atuação vinculado apenas às especificidades da população do campo e da floresta. Esta portaria determina que os Agentes Comunitários de Saúde da zona rural dos municípios da Amazônia Legal devem acompanhar no mínimo 280 e no máximo 320 pessoas (BRASIL, 2004d).

Em 2006, o Ministério da Saúde lança o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, com o objetivo de possibilitar

a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. (BRASIL, 2006a)

A partir de então, os estados, municípios e Distrito Federal devem aderir ao Pacto a partir da formalização do Termo de Compromisso de Gestão para cada esfera de governo, que contém metas e objetivos a serem atingidos. Com estas deliberações o processo de habilitação definidos na NOB 01/96 e NOAS SUS 2002 foram extintos (BRASIL, 2006a).

Para concretizar as diretrizes operacionais do referido Pacto, um conjunto de medidas foi tomado e em relação à atenção básica foi implantada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006b). Entre outras determinações, foram revogadas 27 Portarias do Gabinete Ministro e uma da Secretaria de Assistência à Saúde, editadas no período entre dezembro de 1997 e junho de 2005

Esta determinação teve o intuito de incorporar seus conteúdos à PNAB, pois para organizar a Atenção Básica em Saúde no âmbito do SUS, era necessário fazer uma revisão e a conseqüente consolidação das inúmeras portarias ministeriais, que tratavam deste nível de atenção, mas que estavam pulverizadas nas diversas áreas e setores internos do Ministério da Saúde.

Neste processo as Portarias/GM 1432/04 e 1434/04 foram incorporadas Política Nacional de Atenção Básica e às Portarias nº. 648/GM e nº. 650/GM, de 28 de março de 2006 e à Portaria nº 822, de 17 de abril de 2006 (BRASIL, 2006b, 2004c e 2004d), garantindo que as negociações firmadas entre o Movimento Sindical dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais e da Agricultura Familiar fossem mantidas.

Pode-se considerar como outro avanço da luta coletiva pela saúde da população rural a assinatura do Termo de Cooperação Técnica nº 1346/04 (BRASIL, 2004b), que trata da parceria entre a FUNASA e o INCRA, para o gerenciamento e o desenvolvimento de projetos visando a realização de ações de saneamento básico em assentamentos regularizados pelo governo federal.

Este Termo define que é de competência da FUNASA liberar os recursos orçamentários, financeiros e humanos para a execução de obras de saneamento básico, acompanhando e participando de todo o processo de execução, mas permitindo o livre acesso do INCRA. Ao passo que ao INCRA compete indicar os projetos de assentamento, fiscalizar, acompanhar e participar da execução das ações, orientando e assessorando as comunidades quanto à preservação da territorialidade e da auto-sustentabilidade.

Desta maneira, o setor saúde vai paulatinamente assumindo a atenção à saúde da população rural com a incorporação de novos protocolos e a aproximação com o setor agrário, seja na esfera governamental, seja com os movimentos social e sindical de luta pela terra.

Porém, a implantação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta ainda não é uma realidade, uma vez que mesmo tendo sido aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em agosto de 2008, ainda não foi publicada pelo Ministério da Saúde, impossibilitando que estados e municípios iniciem sua implementação (CONTAG, 2008).

Mesmo assim os trabalhadores rurais se mantêm firmes na luta por condições dignas e qualidade de vida, isto é, a Pauta de Reivindicações Grito da Terra Brasil - 2009 reflete a mobilização em defesa do SUS e pelo seu reconhecimento pela UNESCO como Patrimônio Social e Cultural da Humanidade. Outro ponto de pauta apresentado se refere ao

estabelecimento sistemático de diálogo e negociação entre o Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Movimentos Sindical e Social visando discutir as condições necessárias para pactuação, divulgação, implementação e avaliação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta em todos os níveis da gestão (Federal, Estadual e Municipal) (CONTAG, 2009).

1.2. UM CONTRAPONTO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO RURAL

Anualmente o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realiza a Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD), e nos anos de 1998, 2003 e 2008 fez um levantamento suplementar aos dados gerais sobre o atendimento à saúde da população pesquisada.

Na edição realizada em 2003 pelo IBGE (BRASIL, 2004a), os dados sobre o acesso e a utilização de serviços de saúde pela população rural trazem informações sobre as percepções individuais acerca das condições de saúde: 75,1% auto-avaliaram apresentar um estado de saúde muito bom e bom, enquanto apenas 4,42% avaliaram como ruim e muito ruim. Se comparados estes resultados com a

PNAD realizada em 1998, estas taxas representavam 76,7% e 4,26%, donde se nota um discreto, mas importante, aumento da percepção de comprometimento da saúde (BRASIL, 1999). Em 2008 este aspecto não foi apresentado.

Esta auto-avaliação sobre o estado de saúde pode sugerir que, para a população rural, ter saúde é não ter doença, deixando de lado a compreensão ou conhecimento acerca do conceito ampliado de saúde.

Quanto à realização de consultas médicas por parte dos moradores na zona rural, nos 12 meses anteriores ao levantamento, os dados apurados em 2008 (BRASIL, 2009) demonstram uma elevação na utilização dos serviços de saúde, isto é, enquanto no ano de 1998, 55,03% dos entrevistados declararam que não realizaram consultas e que apenas 5,15% realizaram entre 6 a 12 consultas; no levantamento feito em 2003, estas taxas são de 48,4% e 7,4%; e para o ano de 2008, estas taxas são 40,5% e 8,8%, podendo significar que tem havido melhora no acesso à atenção à saúde da população do campo.

Outro dado relevante foi verificado com relação à realização de consultas odontológicas em alguma fase da vida. Constata-se que em 1998, 31,97% das pessoas que vivem no meio rural nunca tinham realizado alguma consulta com o dentista. Em 2003, a Pesquisa apresenta uma melhoria no acesso aos serviços odontológicos, visto que 28,0% dos moradores do meio rural responderam que nunca tiveram uma consulta com dentista. No levantamento realizado no ano de 2008, esta taxa cai para 20,0%. Porém para a grande maioria entrevistada (61,9%) a última consulta odontológica foi realizada a mais de um ano em relação à data da coleta dos dados. Em certa medida, não dá para dizer que este dado representa um avanço, uma vez que a pesquisa não faz referência à quantidade de consultas odontológicas, ou à resolutividade da atenção recebida.

No que se refere à participação no sistema de saúde suplementar, não houve alteração entre as três edições da pesquisa, sendo que 94,0% dos entrevistados não possuem nenhum plano de saúde, portanto são SUS - dependentes.

Outro aspecto a ser observado se refere ao fato que, segundo Ministério da Saúde (MS), há uma tendência nacional de interiorização das doenças sexualmente transmissíveis e da Aids (DST/Aids). Ainda não existem estudos de soroprevalência de infecção pelo HIV e pela sífilis na população rural, mas sabe-se que esta tem baixa cobertura diagnóstica e terapêutica (NAGY e ANDRADE, 2004). Mesmo com

essas dificuldades, foram notificados na zona rural 3.328 casos de Aids e 596 de sífilis congênita, correspondendo a 1,2 % e 4% do total do país, respectivamente, no período de 2000 a 2003 (NAGY e ANDRADE, 2004).

Outros dados referentes à morbi-mortalidade na zona rural foram tratados por ocasião do estudo realizado pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB), que pôde verificar que nos assentamentos rurais o coeficiente de mortalidade geral no ano de 1998, foi 8,1 óbitos/1000 habitantes. Este coeficiente foi superior à taxa bruta de mortalidade nacional no mesmo ano, 5,4 óbitos/1000 habitantes.

Nos assentamentos rurais, as causas externas foram o principal fator de mortalidade, destacando-se os homicídios, que podem estar relacionados ao alcoolismo, presente em 27,9% dos homens, e aos conflitos decorrentes da luta pela terra.

Já a mortalidade infantil, no ano de 1998, apresentou uma situação epidemiológica ainda mais grave, constatando-se que o coeficiente de incidência foi de 73,6 óbitos/1000 nascidos vivos, enquanto que o coeficiente nacional, apresentou a taxa de 35,5 óbitos/1000 nascidos vivos.

Tal realidade demonstra as precárias condições de vida e de acesso aos bens e serviços de saúde para os moradores da área rural, pois a mortalidade infantil está intimamente ligada às condições de saneamento básico, principalmente da qualidade da água consumida e à assistência à saúde, tais como o pré-natal, o parto e o puerpério.

Com relação à morbidade, verificou-se que as doenças respiratórias (asma, bronquite e sinusite), as dermatológicas e as infecto-parasitárias foram as mais prevalentes nas crianças com até um ano de idade. No entanto, essas doenças respiratórias permaneciam como primeira causa de morbidade dos moradores com até 29 anos presentes nos assentamentos e acampamentos. Este quadro epidemiológico ocorre, provavelmente, devido ao uso de querosene e óleo diesel como combustível para iluminação e à falta de infra-estrutura básica ao redor das moradias.

Por outro lado, a partir dos 40 anos de idade, prevaleciam as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca) e as osteomusculares, principalmente, os problemas de coluna,

desenvolvidos em decorrência do esforço pesado e repetitivo intrínseco ao trabalho do campo (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, 2001), já demonstrando uma transição do perfil epidemiológico (LAURELL, 1983).

Quanto à morbidade aguda, as doenças respiratórias, os sintomas inespecíficos e as doenças infecto-parasitárias apareceram como 1^a, 2^a e 3^a causas, atingindo, principalmente, as crianças e os idosos moradores dos assentamentos rurais e dos acampamentos (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, 2001).

Para resolver estes problemas de saúde, menos da metade das pessoas procuraram médico ou o serviço de saúde, 48,6% dos assentados e 40,1% dos acampados. Os demais moradores dos assentamentos rurais e dos acampamentos buscaram outras soluções para seus problemas de saúde. Chama a atenção a quantidade de pessoas que se trataram por conta própria (41,2% e 42,4%, respectivamente), ou procuraram a farmácia (9,2% e 9,3%), provavelmente em decorrência da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ou à sua inexistência.

Deste modo, as famílias assentadas e acampadas atribuíram à distância, à falta de transporte, ao excesso da demanda e à discriminação da clientela, como as principais dificuldades de acesso ao sistema de saúde formal. Como alternativa 69,8% dos assentados e 73,9% dos acampados utilizavam remédios caseiros, bem como 34,5% e 35,9%, respectivamente, procuravam o auxílio das benzedeiras, como forma de tratamento.

A pesquisa realizada pelo NESP/UnB concluiu que o perfil de morbimortalidade das famílias assentadas e acampadas apresentava como principais fatores de risco causas preveníveis, considerando que as condições de vida são determinantes sociais preponderantes para a promoção da saúde.

Esse quadro epidemiológico retrata as doenças deste grupo populacional, porém o seu enfrentamento tem sido muito singelo frente aos agravos sofridos pela população rural brasileira. Se de um lado, os moradores dos assentamentos e acampamentos ainda convivem com doenças típicas dos países periféricos, de outro já começam a apresentar, no seu perfil patológico, doenças mais freqüentes nos países centrais (LAURELL, 1983).

Conseqüentemente, o enfrentamento da situação de saúde da população rural requer intervenções intrasetoriais, entre os programas do Ministério da Saúde,

além de intervenções intersetoriais, abrangendo as diversas políticas sociais: educação, transporte, saneamento, habitação e agrária (PAIM, 1999).

Portanto, a realidade acerca da situação da saúde, das condições e qualidade de vida dos moradores do campo brasileiro corroboram a necessidade de implementação de uma política de saúde que atenda às suas especificidades, principalmente quando se pretende cumprir as determinações constitucionais referentes ao princípio da equidade.

CAPÍTULO 2 - PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

A década de 1980 foi um período de grande efervescência e mobilização política para sociedade brasileira, que pode ver, depois de 21 anos de governos militares, a posse um presidente civil em 1984 (CARVALHO, 2006). Fruto da luta coletiva pela democratização do país, essa efervescência foi o fator preponderante para que a da sociedade civil, mediante sua organização, interferisse na vida política do país, culminando na promulgação do Constituição Federal, em 1988 (LIMA, 2006).

A mobilização da sociedade civil entorno de seus interesses colocou na pauta do dia a necessidade da organização social da população em associações, cooperativas, grupos, movimentos sociais e sindicais, conferindo assim uma nova roupagem à participação social, isto é, mesmo após a grande repressão impingida durante os anos de chumbo vividos sob a égide dos governos militares, a população reage e dá início a um novo ciclo ao processo de organização da sociedade civil e do Estado (CARVALHO, 2006; LIMA, 2006).

A mudança política ocorrida no Brasil nas últimas décadas, a partir do processo de redemocratização, culminou na consolidação das políticas públicas sociais com a promulgação da Constituição Federal, em 1988. Um dos resultados mais presentes em todo texto constitucional é o reconhecimento de que a sociedade civil deve ocupar um lugar de destaque nesta reconstrução da cidadania no país, visto que até então, estava alijada do processo (CARVALHO, 2006; LIMA, 2006).

Naquele momento, esperava-se que com a efetiva organização e participação da sociedade civil, além da garantia dos direitos sociais, seria possível um compartilhamento do poder entre Estado e sociedade, principalmente pela instituição dos conselhos gestores (SCHNEIDER, 2004; DAGNINO, 2005).

Esta visão otimista ficou comprometida a partir da metade dos anos de 1990, com a implantação do projeto neoliberal acerca do que se passou a conceituar por exercício de cidadania, sociedade civil e participação social, que, mesmo parecendo irônico, almejava que a sociedade continuasse organizada e participativa, porém despolitizada (DAGNINO, 2005).

Diante do exposto, para efeito deste estudo, a participação social é entendida como o processo de organização de um grupo de pessoas, que reconhecem a

semelhança entre suas demandas e que atribuem à formação deste grupamento a força propulsora para atingir seus objetivos, ou seja, ver suas demandas e necessidades atendidas no conjunto das políticas públicas. Neste sentido o poder é compartilhado e direitos e deveres passam a ser responsabilidade de um coletivo. Segundo Shimizu (2008) a participação social

Significa, sobretudo, a transformação emancipadora e emancipatória que aponta para uma nova correlação de forças sociopolíticas dos sujeitos envolvidos, que se constrói na prática cotidiana, cuja meta principal é a autonomia dos sujeitos sociais. Essa autonomia é compreendida como a capacidade de ser um sujeito histórico, construída no movimento diário das relações sociais, com base na clareza, visibilidade e transparência.

Assim, a população do campo, que até meados do século passado, não se via contemplada pelas políticas públicas, além de aprimorar sua organização pela Reforma Agrária, passou a se organizar também em torno de lutas coletivas pela saúde, educação, moradia, saneamento básico, trabalho e emprego (CARVALHO, 2006).

Nesta construção social, o setor saúde, mesmo contando com os avanços do Movimento da Reforma Sanitária, que resistiu à lógica neoliberal, não conseguiu implantar em sua magnitude o Sistema Único de Saúde, visto sua complexidade, bem como as especificidades da população brasileira (BRASIL, 2008a). Portanto, a população do campo, a partir de sua mobilização permanente, se mantém firme no propósito constitucional de compartilhamento das responsabilidades de aplicação dos direitos sociais.

Dessa forma, entende-se que a expressão política de saúde corresponde à ação ou à omissão do Estado, como resposta social às demandas e necessidades de saúde da coletividade. Essas políticas abrangem tanto as questões relativas ao poder em saúde – natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas – como ao estabelecimento de princípios, diretrizes, planos e programas de saúde (PAIM, 1999; LIMA, 2006).

Neste contexto, a reforma sanitária brasileira contribuiu para uma mudança social e estrutural do Estado ao defender a democratização da saúde (PAIM, 1999; LIMA, 2006). Esse movimento ampliou o espaço de luta política, possibilitando às diversas organizações da sociedade civil, incluindo as entidades representativas da população rural, discutir e refletir sobre as condições de saúde e seus determinantes sociais nas diferentes conjunturas (ANDRADE, NAGY e PEREIRA, 2006).

Com essa ampliação do espaço, as Conferências Nacionais de Saúde se tornaram o *foro* democrático para a avaliação da situação de saúde, e para a elaboração de diretrizes a serem incorporadas na formulação de novas políticas de saúde, sendo os relatórios finais encaminhados para o governo federal, com a perspectiva de fomentar a implementação de novas respostas às necessidades e às demandas da população (NAGY e ANDRADE, 2004).

Entretanto, apesar desses instrumentos legais garantirem o acesso ao setor saúde à população rural e o direito à gestão participativa, existe uma grande dificuldade do Estado em cumpri-las (CONTAG, 2008). Devido à complexidade dos problemas e das condições de vida no meio rural, são necessárias políticas intersetoriais bem articuladas, como etapa inicial do processo de atendimento à saúde desta parcela da população. Deste modo, a saúde na zona rural vem sendo discutida nos *foros* deliberativos – Conferências e Conselho de Saúde – ao longo do processo de consolidação do SUS (BRASIL, 2003c).

Como estratégia de luta pelo direito à saúde e reconhecendo a importância dos espaços instituídos, os trabalhadores rurais se mantêm organizados e continuam a participar das demais CNS. Assim, a partir da 8ª. CNS, a questão agrária vinculada à saúde da população rural, passa a incorporar os resultados das Conferências Nacionais de Saúde subseqüentes (BRASIL, 1992, 1998, 2000, 2003c e 2008b).

Durante a 9ª. Conferência Nacional de Saúde, “Municipalização é o caminho”, realizada em 1992, novamente a saúde da população rural foi abordada nas discussões. Os delegados que participaram desta 9ª. CNS constataram que os trabalhadores rurais estavam submetidos a um processo de exclusão política (BRASIL, 2000).

Este fato ocasionava a falta de atendimento às suas demandas sociais básicas: educação, saúde, saneamento, habitação e posse de terra, pois nunca se inscreveram como prioritárias no conjunto de ações do Estado (BRASIL, 2000). Segundo Carvalho (2006), esta situação decorre da própria formação da cidadania no Brasil, isto é, desde os primórdios da sociedade brasileira, a população rural sempre esteve alijada do processo de construção dos direitos políticos, civis e sociais, portanto de seus benefícios.

Deste modo, a defesa para a realização de uma reforma agrária em regime de urgência, aparece como recomendação por compreenderem ser este um fator de distribuição de renda, voltado ao aumento da produção de alimentos, como elementos essenciais à saúde dessa população. Foram deliberadas, também, outras propostas complementares para a melhoria da qualidade de vida no meio rural (BRASIL, 2000).

Em 1996, na 10ª. Conferência Nacional de Saúde, com o tema “SUS – construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”, as questões relacionadas às condições de vida e de saúde dos moradores da zona rural foram, também, consideradas. Os delegados que participaram da 10ª. CNS afirmaram que, para garantir o cumprimento da Constituição Federal, torna-se necessário a criação de uma nova cultura de intervenções, realizando imediatamente a reforma agrária (BRASIL, 1998).

Apesar dos intensos debates sobre as questões relacionadas à saúde e às condições de vida na zona rural, observou-se ainda a árdua luta pela implantação do SUS durante a década de 90. Como resultado, grandes lacunas permaneceram no desenvolvimento de outras políticas sociais, também necessárias para garantir a saúde dos trabalhadores rurais (BRASIL, 2003c).

Mesmo com essas dificuldades, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro prosseguiu sua luta, participando, em 2000, da 11ª. Conferência Nacional de Saúde, “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”. Nesse evento, novamente as demandas da população do campo são incorporadas às deliberações e passam a compor o relatório final (BRASIL, 2000).

Nesse processo de consolidação do SUS, em 2004, o Ministro da Saúde, firmou um compromisso político em acatar as deliberações da 12ª. Conferência Nacional de Saúde, “Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos”, realizada em 2003. Essas propostas passaram a nortear as políticas e prioridades a serem definidas nos próximos quatro anos (BRASIL, 2003c).

Os delegados da 12ª. CNS apontaram como desafios para o SUS garantir à população rural reais condições de acesso ao sistema de saúde, e assegurar um atendimento em todo o sistema com qualidade e humanização. Nesta perspectiva,

foram deliberadas várias propostas específicas para a população rural, e mais especificamente

a incorporação de necessidades e demandas, identificadas pela população, na formulação de políticas de intervenção sobre contextos e situações de risco à saúde, como o êxodo rural, habitação insalubre e contaminação ambiental (BRASIL, 2003).

A 13ª. CNS, realizada em 2008, apresentou como tema central “Saúde e qualidade de vida – políticas de Estado e desenvolvimento”, e em seu relatório final, novamente, as condições de vida de população são destacadas em todos os eixos, porém neste relatório não são encontradas referências explícitas sobre o posicionamento dos delegados acerca da urgência em se realizar a reforma agrária. As proposições relacionadas à saúde da população do campo foram mais na direção da estruturação e conseqüente operacionalização de uma Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (BRASIL, 2008b).

O que se depreende do resultado final da 13ª Conferência é um amadurecimento do próprio processo de elaboração da Política Nacional de Saúde e seus desdobramentos, isto é, se as recomendações forem implementadas em sua magnitude, o setor saúde estará aplicando o princípio da equidade em sua expressão máxima.

CAPÍTULO 3 – MÉTODO

Este trabalho é o resultado de pesquisa descritiva e exploratória, na modalidade de estudo de caso. Esta modalidade foi escolhida por permitir ao pesquisador se debruçar sobre seu objeto e por permitir também a utilização de várias técnicas de coleta de dados conforme a pesquisa vai se desenvolvendo, uma vez que “os estudos de caso evidenciam ligações causais entre intervenções e situações da vida real” (MINAYO, 2006).

Neste sentido, foi utilizada a técnica da observação participante durante a fase inicial da pesquisa, seguida de levantamento de documentos junto à Secretaria Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Saúde, com a posterior realização de entrevistas de semi-estruturadas com pessoas chaves.

A principal categoria analítica foi o processo de participação social, utilizando-se como apoio as idéias de Carvalho (2006), Schneider et al (2004) e Dagnino (2004 e 2005). Considerando que a participação social pela população é fundamental para a consolidação da reorientação do modelo de atenção à saúde com enfoque na atenção básica.

Consoante às necessidades de saúde, optou-se por focar em três segmentos distintos que são de vital importância na concretização das requeridas mudanças: Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais (STTR), as lideranças estaduais e regionais de movimentos sociais de luta pela terra e dos próprios trabalhadores rurais assentados.

Vale ressaltar que o Ministério da Saúde define Atenção Básica como um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, situado no primeiro nível de atenção do Sistema de Saúde, voltadas para a promoção e a proteção da saúde, prevenção dos agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006b).

Assim, buscou-se caracterizar a organização e o funcionamento da Atenção Básica e do Conselho Municipal de Saúde no município pesquisado, bem como foi analisada a forma como cada entidade (sindicato e movimentos sociais de luta pela terra) se mobiliza e como é sua atuação junto à comunidade, reconhecimento e legitimação do seu papel pela comunidade, conhecimento sobre aspectos da saúde

pública, responsabilização pela saúde pública, formas de acesso aos serviços de saúde e mecanismos de participação junto ao setor saúde.

Com o intuito de aprofundar a compreensão acerca da participação dos trabalhadores rurais assentados, buscou-se junto às lideranças sindicais a identificação dos moradores que são referência para tratar as questões relativas ao acesso à saúde em cada assentamento do município pesquisado.

Quanto à participação da base (trabalhadores rurais assentados), a análise abarcou as seguintes dimensões: tipos de liderança, frequência de reuniões e outros eventos relacionados à saúde, capacidade de reivindicação das necessidades em saúde, possibilidade de elaboração de estratégias para resolução de problemas, conhecimento sobre aspectos da saúde pública, responsabilização da saúde pública, formas de acesso aos serviços de saúde e mecanismos de participação junto ao setor saúde.

No segundo momento, foi analisado o desempenho do Conselho Municipal de Saúde em relação à: legitimidade do processo (avaliação da forma de construção, bem como a repercussão dos regulamentos, regimentos, estatutos e outros documentos) e a possibilidade de participação democrática de todos os segmentos envolvidos no processo. Nesse sentido, foi analisada a capacidade do Conselho de Saúde em influenciar a qualidade da atenção básica ofertada à população rural. Outro aspecto analisado foi a participação de representantes dos trabalhadores rurais nas instâncias deliberativas do município no que tange a proposição, formulação e acompanhamento das políticas locais de saúde.

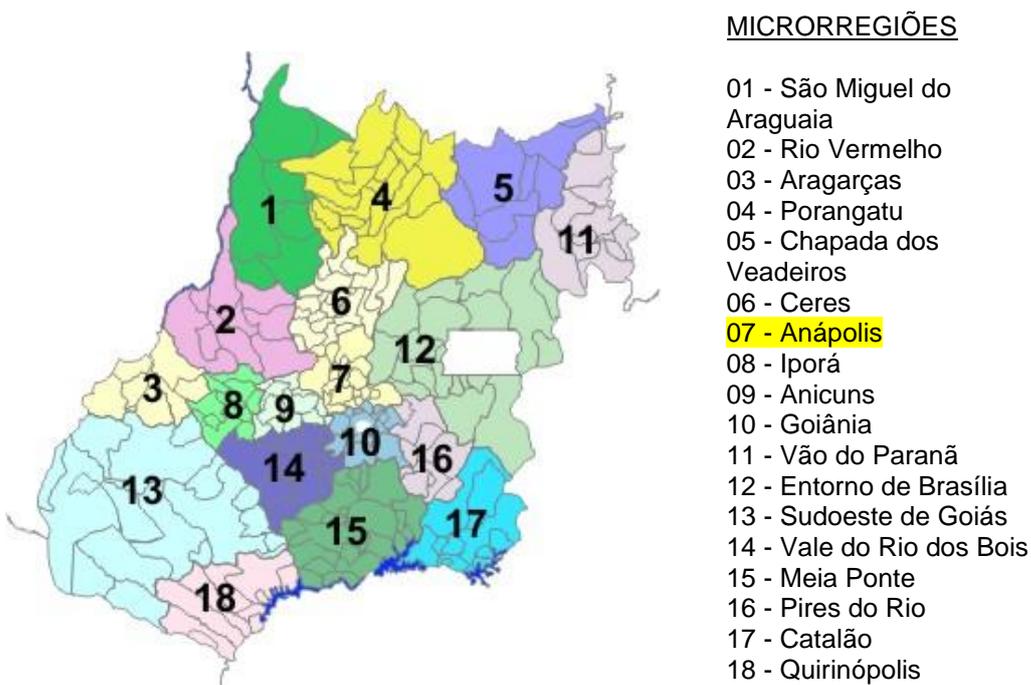
3.1. CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no município de Itaberáí, escolhido a partir da indicação da Contag, uma vez que o Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais respondeu pronta e efetivamente ao convite para participar no processo de implantação do Projeto Formação de Multiplicador e Multiplicadora em Gênero, Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos, resultado da parceria celebrada entre o Ministério da Saúde e a Confederação; cujo objetivo principal é fortalecer o debate sobre o direito à saúde, para qualificar a intervenção do Movimento Sindical de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais nos processos de mobilização e controle

social das políticas de saúde (CONTAG, 2008). Dentre os municípios participantes, o município de Itaberaí foi o que respondeu mais prontamente à organização da base sindical, para a discussão e implementação das ações do referido projeto.

O município de Itaberaí está localizado no estado de Goiás, situado na microrregião de Anápolis. Sua criação se deu a partir da formação de um pequeno rancho e curral, às margens do Rio das Pedras, dando origem ao povoado, no século XVIII. Foi elevado à categoria de município em 1948, com a publicação da Lei Estadual nº 175, de 11 de outubro de 1948. Sua extensão territorial está calculada em 1.471,173 km² e está a 93 km de distância da capital do estado (ITABERAÍ, 2005

Figura1: Mapa do estado de Goiás, por microrregião



Fonte: GOIÁS, 2010

Figura 2: Mapa da microrregião de Anápolis, Goiás.



Fonte: GOIÁS, 2010

Sua economia é predominantemente agrícola; e mesmo contando com a presença de indústrias, estas se voltam para o beneficiamento da produção agrícola (cadeia leiteira e abatedouro de frango) (ITABERAÍ, 2005). Sua população estimada em 2009, contava com 32.356 habitantes, sendo que por ocasião da realização do Censo Demográfico no ano 2000, a população rural representava 23,8% da população total (GOIÁS, 2010).

3.2. DELINEAMENTO DA AMOSTRA

A composição da amostra seguiu o seguinte caminho: a partir da identificação de pessoas chaves dentre as lideranças no âmbito do Sindicato que tratam dos assuntos referentes à saúde, buscou-se identificar quais outras lideranças dos movimentos sociais de luta pela terra poderiam ser entrevistados. Nesta etapa, foram identificados três líderes, sendo dois com atuação estadual e um com atuação regional.

Após este passo, o próximo foi identificar junto a estas lideranças os trabalhadores rurais assentados que tratam dos assuntos referentes à saúde no

âmbito dos assentamentos rurais. Assim, dos seis projetos de assentamento existentes no município, apenas um ficou fora da amostra, uma vez que se encontrava em situação de grande precariedade e não havia, no momento da coleta de dados, uma pessoa de referência. No âmbito do Conselho Municipal de Saúde foram entrevistados três conselheiros representando os segmentos dos usuários, trabalhadores da saúde e gestão.

A amostra final foi composta por um dirigente sindical, três dirigentes de movimentos sociais de luta pela terra, sendo dois com atuação estadual e um regional; quatro trabalhadores rurais assentados; 3 conselheiros de saúde, totalizando 11 sujeitos. Um dos entrevistados tem papel de destaque, sendo que representa os três grupos de entrevistados (lideranças, assentados e conselheiros de saúde), então pela riqueza das informações prestadas durante a entrevista, decidiu-se que sua contribuição enquanto conselheiro de saúde seria mais rica.

3.3. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Para a coleta de dados foram utilizadas várias técnicas que se complementaram durante o processo de investigação, a saber: observação participante, levantamento de dados secundários e realização de entrevista semi-estruturada, pela própria pesquisadora, mediante uso de roteiro previamente elaborado e a obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido de cada entrevistado, garantindo assim o sigilo e anonimato das informações obtidas, os riscos e benefícios do estudo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde.

O objetivo era captar a informações acerca da organização e funcionamento da Atenção Básica à Saúde prestada à população rural; a organização e o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde no que se refere ao acolhimento das demandas da população rural; percepção e práticas dos trabalhadores rurais assentados no que tange a sua atuação e participação na proposição, formulação e acompanhamento das políticas locais de saúde para a população rural.

A análise dos dados seguiu a abordagem de Minayo (2006), no que se refere à análise de conteúdo temática, por se tratar de “técnica de pesquisa que permite tornar replicáveis e válidas inferências de um determinado contexto”.

Segundo Minayo (2006), a análise de conteúdo busca ir além do senso comum e do subjetivismo na interpretação, quando propõem a relação matricial entre os elementos que serão utilizados para obtenção dos resultados da pesquisa que se está realizando, isto é, mais do que os dados e parâmetros quantitativos, a análise de conteúdo busca o contexto da realidade estudada.

Neste sentido, buscou-se identificar as expressões chaves de cada tema a partir da sua relevância, quando se procedeu à leitura flutuante dos documentos levantados e das entrevistas degravadas. No passo seguinte, buscou-se constituir o corpus, a partir exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Com o resultado desses passos, foi possível verificar as hipóteses e indagações inicialmente formuladas, o que gerou a necessidade de se reformular alguns objetivos previamente estabelecidos, porém em outros se confirmou a validade da indagação, quando foi possível encontrar as categorias de maior relevância, na tentativa de “atingir, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda” (MINAYO, 2006).

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na primeira fase da pesquisa foi utilizada a observação participante com o intuito de se estabelecer aproximação com o cenário da pesquisa, assim como coletar informações que pudessem subsidiar a elaboração dos instrumentos de coleta de dados que foram utilizados nas demais etapas.

Desta forma, ao participar de uma atividade promovida pela CONTAG, com duração de três dias, que reuniu as lideranças sindicais e conselheiros de saúde dos seis municípios do estado de Goiás que participam do Projeto de Formação de Multiplicador e Multiplicadora em Gênero, Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos, realizado no município de Itaberaí, pode-se observar a dinâmica das lideranças dos Sindicatos participantes, bem como a relação dessas lideranças e os demais participantes do evento.

Mediante esta vivência foi possível confirmar a informação da CONTAG acerca do envolvimento do STTR de Itaberaí, não só com o Projeto, mas principalmente a integração de suas lideranças com o gestor municipal e com os conselheiros de saúde que ali estiveram. Foi possível também estabelecer uma aproximação entre a pesquisadora e o presidente do STTR de Itaberaí, no sentido de se iniciar um diálogo que permitisse convidá-lo a participar do presente estudo, assim como criar um ambiente de colaboração mútua, pois foi manifestado o interesse de que, após conclusão desta pesquisa, os resultados fossem apresentados e discutidos com a base do Sindicato, interessada na temática da saúde pública e coletiva.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, foram realizadas outras três visitas ao município pesquisado com o intuito de realizar as entrevistas e levantar os documentos necessários para compor a base de dados da pesquisa. Em todas as ocasiões a pesquisadora teve a oportunidade de realizar a observação participante, que contribuiu para compreender como o STTR se situa como articulador e animador entre o setor agrário e o setor saúde.

Constatou-se, também, que mesmo com a presença de movimentos de luta pela terra orientando a organização e atuação política dos trabalhadores rurais assentados, o STTR exerce um papel de integração das políticas públicas e a população assentada, visto ser a única entidade vinculada a esta parcela da

população que tem assento garantido nos Conselhos Municipais de Saúde, Educação, Desenvolvimento Rural Sustentável, Assistência Social e Tutelar.

4.1. PERFIL DEMOGRÁFICO E SÓCIO-CULTURAL DA POPULAÇÃO DE ITABERAÍ – GO

Para caracterizar o perfil demográfico e sócio-cultural da população de Itaberaí foram levantados dados junto ao Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) e ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), mais especificamente a base de dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

Vale dizer que a maioria dos dados do IBGE são agregados por microrregião ou unidades da federação, enquanto que os dados do SIAB representam apenas uma parcela da população de um município, isto é, a parcela da população que é atendida por esse nível de atenção. Portanto esta análise pode apenas sugerir qual é o perfil da população do município pesquisado.

Segundo a contagem populacional realizada pelo IBGE, no ano de 2007, o município de Itaberaí tem 30.609 habitantes, dos quais 25.255 (82,5%) residentes em área urbana e 5.354 (17,5%) em área rural. A tabela 1 apresenta os dados demográficos, por faixa etária, de acordo com as contagens da população, uma realizada em 1996 e outra em 2007.

Tabela 1 – Contagem populacional, por faixa etária, no município de Itaberaí, 1996 e 2007.

| Faixa etária | 1996 | | 2007 | |
|----------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| | n | % | n | % |
| 0 a 4 anos | 2.433 | 9,2 | 2.407 | 7,9 |
| 5 a 9 anos | 2691 | 10,2 | 2.475 | 8,1 |
| 10 a 14 anos | 2989 | 11,3 | 2.553 | 8,3 |
| 15 a 19 anos | 2.785 | 10,5 | 2.687 | 8,8 |
| 20 a 29 anos | 4.816 | 18,2 | 5.491 | 17,9 |
| 30 a 59 anos | 8.737 | 33,1 | 11.936 | 39 |
| 60 anos ou + | 1.935 | 7,3 | 2.905 | 9,5 |
| Idade ignorada | 21 | 0,1 | 155 | 0,5 |
| Total | 26.407 | 100,0 | 30.609 | 100,0 |

Fonte: IBGE, 2008.

Como se pode observar, houve um aumento de 4.202 habitantes, entre 1996 e 2007, o que representa uma taxa de crescimento populacional de 15,9%, mas esse processo ocorreu majoritariamente na área urbana que passou de 76% a 82,5% da população, enquanto o segmento rural encolheu de 24% para 17,5%.

O crescimento da população urbana e encolhimento da população rural seguem a mesma tendência que ocorre gradativamente na região onde o município pesquisado está inserido, que são reflexos dos fenômenos ocorridos no estado de Goiás, a partir da década de 1970, quando houve intenso esvaziamento da área rural causado, predominantemente, pela mecanização e modernização da agricultura. De um modo geral, pode-se afirmar que a população de Goiás tem crescido acima da média nacional, fruto de correntes migratórias (GOIÁS, 2010).

Existia, em 1996, uma maior proporção de crianças de 0 a 9 anos (19,4%) e adolescentes de 10 a 19 anos (22%). Assim como no restante do país, a pirâmide demográfica em Itaberaí está em processo de inversão e nesse período de 11 anos, houve um decréscimo de 3,4% no segmento infantil (crianças de 0 a 9 anos) e de 4,8% entre os adolescentes (10 a 19 anos), enquanto a proporção de adultos (20 a 59 anos) e o de idosos (60 anos e mais) aumentou 5,6% e 2,2%, respectivamente.

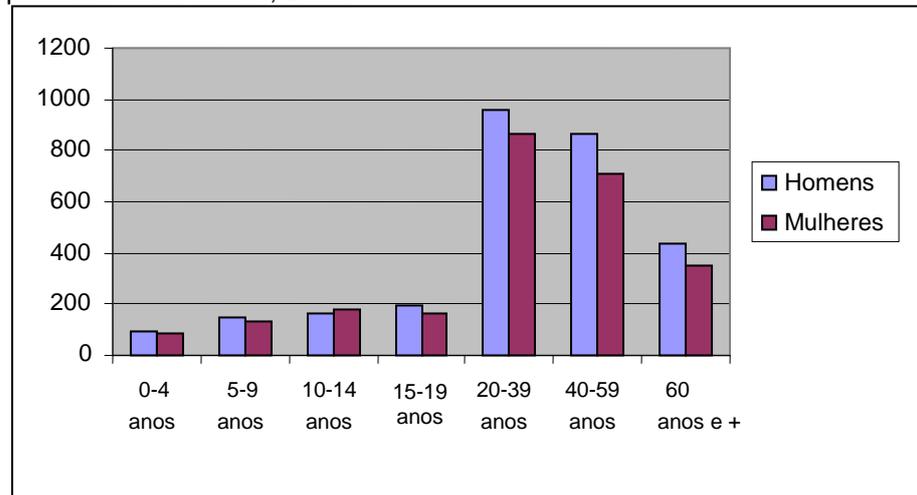
Constata-se, ainda, que 42,7% (13.090) da população têm idade entre 15 e 39 anos, constituindo expressiva força de trabalho, ou seja, Itaberaí tem um potencial de população economicamente ativa, devido ao número expressivo de jovens e adultos jovens. Quanto à proporção de homens e mulheres, os valores se mantiveram estáveis (51% de homens e 49% de mulheres).

A estimativa populacional para o ano de 2009 é de 32.356 habitantes e a densidade demográfica é baixa, entre 10 a 24 hab/Km² (GOIÁS, 2010). Segundo Veiga (2003), pode-se afirmar que as características sócio-econômicas de Itaberaí lhe conferem um status de município rural, principalmente se considerado a baixa densidade demográfica.

Vale ressaltar que não há dados estatísticos sobre o número de moradores que vivem nos assentamentos e acampamentos rurais, tampouco sobre suas reais condições de vida. Esse segmento não está contemplado nos dados oficiais, uma vez que o IBGE trabalha apenas com os domicílios permanentes o que impede a incorporação dos moradores em acampamentos e no que se refere aos assentamentos, as áreas dos projetos ainda passam por processo de regularização

fundiária (VEIGA, 2003). Portanto, recorreu-se ao SIAB para levantar dados sobre as famílias da zona rural, cadastradas na Saúde da Família, no ano 2008.

Figura 3: Distribuição da população rural, residente no município de Itaberaí, por faixa etária e sexo, 2008.



Fonte: SIAB, 2010.

A distribuição da população rural por faixa etária, como pode ser observado na Figura 1, segue padrão totalmente diferente da distribuição apontada pelo IBGE, apesar de apontar para uma inversão na pirâmide, como nas estatísticas oficiais, é temerário extrapolar esta medida para a população rural de Itaberaí.

Outro aspecto observado para compor o perfil da população do município pesquisado se refere ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M). Conforme demonstrado na Tabela 2, pode-se perceber que houve uma melhora nos três indicadores que compõem a formulação do Índice (educação, expectativa de vida e renda), quando comparados os anos de 1991 e 2000; e quando comparados ao Índice estadual percebe-se que o IDH-M de Itaberaí ficou abaixo apenas do IDH – Educação, superando o ritmo de elevação dos demais.

Tabela 2. Índices de Desenvolvimento Humano¹ do município de Itaberaí e do estado de Goiás, 1991 e 2000.

| Índices | Itaberaí | | Goiás | |
|--|----------|-------|-------|-------|
| | 1991 | 2000 | 1991 | 2000 |
| Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) | 0,661 | 0,739 | 0,700 | 0,776 |
| IDHM - Educação | 0,718 | 0,796 | 0,765 | 0,866 |
| IDHM - Longevidade | 0,639 | 0,725 | 0,668 | 0,745 |
| IDHM - Renda | 0,626 | 0,697 | 0,667 | 0,717 |

Fonte: SEPLAN/SEPLIN, 2000.

Para contribuir com essa caracterização buscou-se conhecer também alguns aspectos de infra-estrutura que possam contribuir com as condições e qualidade de vida de seus moradores, porém os dados apresentados pelo IBGE, para determinados indicadores, são agregados por região, o que dificulta a análise; mesmo assim optou-se por verificá-los, uma vez que seu impacto nas condições de saúde da população é imprescindível.

Tabela 3: Proporção de utilização de serviços de infra-estrutura básica por domicílio, 2000.

| Serviços Básicos de Saneamento | % |
|--|--------|
| Abastecimento de água | |
| Rede geral | 67,93 |
| Poço ou nascente (na propriedade) | 31,22 |
| Outra forma | 0,84 |
| Esgotamento Sanitário | |
| Rede geral de esgoto | 4,02 |
| Fossa séptica | 0,92 |
| Fossa rudimentar | 87,71 |
| Rio, lago ou mar | 0,18 |
| Outro escoadouro | 2,95 |
| Não tinham banheiro nem sanitário | 4,22 |
| Destino do lixo | |
| Coletado por serviço de limpeza | 72,78% |
| Coletado por caçamba de serviço de limpeza | 0,38 |
| Queimado | 21,70 |
| Enterrado | 1,45 |
| Jogado em terreno baldio ou logradouro | 2,56 |
| Jogado em rio ou lago | 0,03 |
| Outro destino | 1,11 |

Fonte: IBGE/SIDRA, 2000.

Se por um lado a região onde o município de Itaberaí está localizado é considerada uma das mais bem servidas de água tratada no estado de Goiás, por outro lado, historicamente vem sofrendo com a falta de serviços de saneamento, visto que a cobertura propiciada pela administração municipal ainda deixa muito a desejar, pois uma parcela significativa da população local, sobretudo aquela que vive na zona rural, não tem acesso a esse tipo de serviço público.

No tocante à rede de esgoto, a situação apresentada acima demonstra que é de fundamental importância aumentar a rede e a cobertura da população atendida.

Isto porque, mantendo-se a situação atual, os dejetos continuarão sendo lançados nos mananciais, atingindo cada vez mais as fontes de abastecimento domiciliar e para a produção de alimentos, colocando em risco a saúde da população.

Garantir o funcionamento dos aterros sanitários existentes e implantar novos aterros também constitui ações imprescindíveis, pois a gestão dos resíduos sólidos tem sido feita de maneira isolada e sem nenhuma preocupação com a reciclagem do lixo (GOIÁS, 2006). O que assusta é perceber que estes índices são compatíveis com as faixas das demais regiões do estado e do Brasil, como um todo.

4.2. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ITABERAÍ.

Para conhecer a organização e funcionamento da rede pública de saúde município de Itaberaí buscou-se levantar documentos que tragam tanto aspectos históricos com estruturais do setor saúde no município, portanto coletou-se o organograma estrutural e funcional da Secretaria de Saúde; o Programa Municipal de Saúde de Itaberaí – gestão 2005 / 2008; e o relatório da 1ª. Conferência Municipal de Saúde, cujo tema foi “Saúde e Qualidade de Vida, Política de Estado e Desenvolvimento”. Foram levantados também, junto ao DATASUS, indicadores da produção dos serviços de saúde no âmbito da atenção básica, com o intuito de dar consistência às informações primeiramente tratadas.

4.2.1. Estrutura da Rede Municipal da Saúde

A Secretaria de Municipal de Saúde foi criada em 1997, sendo que antes de sua criação, a população era atendida no Hospital Regional, à época de gestão estadual. Possui sede própria, onde funcionam quatro departamentos, a saber: Administração; Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica); Avaliação, Controle e Auditoria; e Atenção Integral à Saúde. Este último por sua vez, está subdividido em cinco coordenações: 1) Coordenação de Assistência Farmacêutica, que cuida, entre outras ações, da Assistência Farmacêutica Básica; 2) Atenção Especializada à Saúde; 3) Atenção Básica Ampliada; 4) Serviços Hospitalares; e 5) Coordenação Remoção e Transferência.

Quanto ao número de estabelecimentos públicos de saúde, o município conta com três Unidades Básicas de Saúde, oito Postos de Saúde distribuídos na região periférica da cidade. O município conta também com um laboratório de apoio à diagnose e um hospital municipal, totalizando 13 estabelecimentos.

O hospital público foi municipalizado em 1997, após a criação da Secretaria Municipal de Saúde. Possui corpo clínico de especialistas, com atendimento 24 horas. A rede hospitalar pública é complementada por dois outros hospitais conveniados ao SUS, totalizando 97 leitos, sendo que, para o ano de 2009, a proporção leito/1000 habitantes é de 1/2,99, chegando muito próximo da proporção do estado de Goiás, que foi de 1/3,18 (GOIÁS, 2010). Há ainda outros três estabelecimentos hospitalares da iniciativa privada, porém sem menção quanto ao número de leitos.

As Unidades Básicas de Saúde possuem sede própria, duas destas estão localizadas em prédios novos, que seguem as especificações sanitárias vigentes, enquanto que a terceira funciona em imóvel antigo e apresenta inúmeras deficiências em sua infra-estrutura. Os Postos de Saúde funcionam em imóveis alugados com estrutura inadequada.

Segundo consta do organograma da Secretaria Municipal de Saúde, cada Unidade de Saúde apresenta a seguinte estrutura: recepção, almoxarifado, sala de vacina e consultórios. Nestas unidades funcionam o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Saúde Bucal (PSB), esta última composta por um cirurgião dentista e uma atendente de consultório odontológico (ACO).

As Unidades de Saúde estão ligadas a um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que dispõem de serviços de apoio (psicologia, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapeuta e assistência social) para garantir a continuidade e integralidade da atenção. Outros serviços de apoio são: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Farmácia Básica.

As equipes básicas de Saúde da Família são compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco ou seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), estes moradores da própria comunidade onde atuam, e foram capacitados para promover a saúde. O trabalho da equipe é realizado nas unidades de Saúde da Família e nas residências.

Desta feita, ao se olhar para a capacidade instalada do município, pode-se constatar que a cobertura da população é de aproximadamente 95%, se for considerado o que preconiza o Ministério da Saúde, isto é uma equipe Saúde da Família por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo que a média recomendada é de 3.000 (BRASIL, 2006b).

A estrutura apresentada pelo Organograma da SMS sugere que o município pesquisado apresenta infra-estrutura em quantidade adequada ao atendimento das demandas de saúde da população, porém a realidade apresentada pelos entrevistados não é bem essa, visto que todos, sem exceção, colocaram que mesmo com o deslocamento dos moradores dos assentamentos rurais para a sede do município, não há garantia de um atendimento dentro que preconiza o Ministério da Saúde. Desta forma, o que dá para depreender é que o município necessita buscar orientação de como utilizar sua capacidade instalada em prol do atendimento à saúde da população do campo.

4.2.2. Funcionamento da Rede Municipal de Saúde

A Atenção Básica do município está estruturada nas seguintes ações programáticas e/ou estratégicas: Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Estratégia Saúde da Família (ESF), Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Hiperdia); Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS; e Programa Cuca Legal, voltado para crianças, adolescentes e familiares em situação de risco social.

Para desenvolver estas ações, segundo dados do SIAB, o município de Itaberá disponibilizava, em 2009, de três equipes do PACS, quatro equipes do PSF e duas equipes PSB, sendo que nenhum está cadastrada para atender a população rural. Na mesma direção, o organograma da Secretaria Municipal de Saúde não faz referência sobre o atendimento da população rural, porém a partir das entrevistas realizadas, foi possível constatar que a população rural é atendida em três dos oito Postos de Saúde. Vale salientar que estes três Postos estão localizados na periferia da cidade, mas ainda na parte urbana. Desta maneira, o município deixa de receber

o incentivo para estas equipes, conforme determinado na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b).

Uma das responsabilidades do gestor municipal é apresentar ao Conselho Municipal de Saúde um plano de saúde que contenha informações sobre a situação de saúde da população local e uma programação das ações a serem desenvolvidas no município durante determinada gestão, com delineamento de objetivos, metas e ações concretas (BRASIL, 2006a). Neste sentido, o documento intitulado “Programa Municipal de Saúde – Gestão 2005/2008”, apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de Itaberaí, traz informações gerais e resumidas sobre o município, sobre como o do setor saúde está estruturado e um breve diagnóstico a respeito da situação de saúde da população.

Para traçar um diagnóstico mínimo acerca da situação da saúde da população, o documento lista algumas dificuldades que o setor enfrenta, a saber: necessidade de qualificação e capacitação profissional da equipe de saúde; repasse insuficiente de medicamentos; “vício” da população em buscar assistência de saúde diretamente nos hospitais, provocando “a superlotação do Hospital Municipal que tem atendimento 24 horas” (ITABERAÍ, 2005), em detrimento ao atendimento na atenção básica.

Contudo, o documento traz algumas incongruências. Se de lado valoriza a atenção básica como forma adequada para o atendimento à saúde da população, enfatizando a promoção da saúde e prevenção de doenças; de outro este relatório identifica a inexistência de serviços de saúde especializados na prestação de assistência médica de alta complexidade, como sendo um dos principais obstáculos para a melhoria da atenção à saúde da população. Cita ainda que, mesmo o município se responsabilizando pelo transporte dos pacientes para hospitais localizados na cidade de Goiânia, distante 93 km, não há garantia de atendimento.

Como facilidade, o documento cita a parceria entre os governos estadual e municipal, bem como a visão de saúde pública existente entre os dirigentes municipais, o que tem repercutido na pactuação realizada pelo município. No que se refere à pactuação, apresenta o compromisso de fazê-la com os municípios vizinhos e com a capital do estado, porém não apresenta como esta se dará.

Como colocado anteriormente, apesar do município apresentar capacidade instalada para atender às demandas da população, a Rede de Atenção à Saúde está desarticulada, visto que os instrumentos de gestão não estão implementados, isto é, a SMS não demonstra como é feito o planejamento, mas continua achando que o problema de saúde pode ser resolvido com atenção médica especializada, deixando inclusive de buscar parcerias com os demais setores municipais e regionais para construir coletivamente soluções pertinentes aos problemas decorrentes da falta de ações intersetoriais.

A fragilidade da atenção à saúde acaba por se sobressair também na relação intra-setorial, visto que o município não apresenta nos documentos analisados, um sistema de referência e contra-referência pactuado com o gestor de Goiânia, para onde são encaminhados os pacientes mais graves. Esta realidade se confirma com a informação que o próprio Plano Municipal apresenta como agravante para uma atenção adequada à saúde da população, isto é, não há garantia de atendimento em outras localidades, devido a ausência pactuação no que se refere à regulação. Ressalta-se que o Pacto na Atenção Básica também não está visível no Plano Municipal de Saúde.

Os objetivos traçados para a gestão 2005-2008 passam pela construção de uma nova Unidade de Saúde e outro Posto de Saúde, para atender a população rural; bem como a reforma do Hospital Municipal, para adequação da área administrativa. Com relação à aquisição de equipamentos médicos, é apresentada como prioridade a aquisição de novos mamógrafos e equipo odontológico, além de equipar as duas novas Unidades de Saúde que serão construídas.

O Programa apresenta o indicativo de capacitação para os profissionais, mas não especifica conteúdo programático ou cronograma específico sobre quando essas capacitações ocorrerão.

Apesar do levantamento feito e apresentado em forma de plano para área de saúde, o documento não esboça nenhum delineamento de como as ações serão desenvolvidas para atender aos objetivos propostos durante o período da gestão.

4.2.3. Indicadores da produção de serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica

Os dados e indicadores referentes à saúde no âmbito da Atenção Básica foram extraídos do site do DATASUS, especialmente informações do Pacto de Atenção Básica. Para este tipo de informação o Sistema disponibiliza cerca de 30 indicadores subdivididos em: gerais, saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão, controle de diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, e saúde bucal.

A Tabela 4, apresentada a seguir, traz alguns desses indicadores para o período entre 2000 e 2006. Quando analisados de forma matricial, estes indicadores corroboram com a visão apontada acima, acerca da ausência de esclarecimentos de como o planejamento das ações é realizado, isto que os indicadores apontam para certa precariedade das condições de vida, que são determinantes para que esta situação perdure.

Vale destacar que há dados subnotificados, bem como esses dados abrangem tanto a população urbana como rural. Como já colocado acima, existe no município oito ESF, sendo que cinco atendem a população urbana e três atendem à população rural. Esta quantidade de equipes tem se mostrado insuficiente para atender as necessidades dos moradores de Itaberaí.

Título 4: Indicadores da produção de serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica, Itaberaí, no período entre 2000 e 2006.

| Gerais | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Proporção da população coberta pelo Programa de Saúde | - | 0,26 | 47,41 | 48,68 | 70,6 | 59,88 | 60,83 |
| Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas | 0,94 | 1,69 | 0,98 | 0,84 | 1,44 | 1,94 | 0,89 |
| Média mensal de visitas domiciliares por família | 0,42 | 0,48 | 0,57 | 0,53 | 1,31 | 0,66 | 0,39 |
| Saúde da Criança | | | | | | | |
| Coefficiente de mortalidade infantil | 14,96 | 13,79 | 18,47 | 15,02 | 22,12 | - | 18,47 |
| Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer | 6,48 | 5,75 | 8,71 | 5,36 | 7,74 | - | - |
| Proporção de óbitos em menores de 1 ano de idade por causas mal definidas | - | 16,67 | - | - | 20 | - | - |
| Taxa de internações por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos | 22,57 | 44,99 | 33,29 | 39,32 | 31,45 | 51,84 | 61,88 |
| Taxa de internações por doença diarreica aguda em menores de 5 anos | 38,16 | 36,08 | 35,7 | 50,83 | 45,6 | 22,66 | 32,27 |
| Coefficiente de mortalidade infantil neonatal tardia | 2,49 | 2,3 | 5,28 | 4,29 | 2,21 | - | - |

(continua)

Título 4: Indicadores da produção de serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica, Itaberaí, no período entre 2000 e 2006 (continuação).

| Saúde da Mulher | | | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|
| Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal | 88,03 | 85,98 | 86,54 | 89,27 | 89,82 | - | - |
| Proporção de partos cesáreos | 49,63 | 40,92 | 42,74 | 45,92 | 58,41 | - | - |
| Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal | 43,14 | 46,44 | 38,79 | 47,85 | 63,5 | - | - |
| Controle de Hipertensão | | | | | | | |
| Taxa de internação por acidente vascular cerebral | 38,99 | 30,81 | 21,6 | 25,15 | 24,9 | 25,56 | 25,26 |
| Taxa de internação por insuficiência cardíaca congestiva | 163,76 | 177,15 | 146,12 | 158,47 | 144,4 | 131,45 | 113,09 |
| Controle de Diabetes | | | | | | | |
| Proporção de internações complicações do diabetes mellitus | 1,68 | 1,84 | 2,35 | 1,03 | 0,61 | 1,08 | 1,25 |
| Controle de Tuberculose | | | | | | | |
| Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva | - | 7,09 | - | 13,89 | 6,87 | 10,08 | - |
| Controle de Hanseníase | | | | | | | |
| Coefficiente de prevalência de hanseníase | - | - | - | - | 4,81 | 1,68 | 3,65 |
| Coefficiente de detecção de casos de hanseníase | - | - | - | - | 7,22 | 2,35 | 5,64 |
| Saúde Bucal | | | | | | | |
| Média de procedimentos odontológicos básicos individuais | 0,38 | 0,23 | 0,28 | 0,27 | 0,41 | 0,77 | 0,73 |

Fonte: DATASUS, 2010

Se por um lado a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, em 2004, era de 63,5%, pode-se depreender que o restante da população não chegou a ter uma consulta médica por ano, estando muito abaixo da taxa apresentada pelas PNAD's (BRASIL, 1999, 2004a e 2009a).

Chama a atenção também a taxa de internação de crianças menores de 5 anos por infecção respiratória aguda e doença diarreica (61,88% e 32,27%, respectivamente). Estas taxas sugerem que, mesmo com a adoção de algumas medidas, que têm resultado na diminuição da mortalidade infantil, como por exemplo, o aumento da oferta de consultas de pré-natal, as crianças continuam em situação de vulnerabilidade determinada pelas condições de vida.

No que concerne à saúde da mulher, estes indicadores podem apenas sugerir que as medidas adotadas se voltam para a atenção às gestantes, mas mesmo assim com pouca qualidade na atenção, visto a alta taxa de partos cesáreos, o que contraria as orientações de humanização na atenção ao período gravídico-puerperal (SERRUYA, CECATTI e LAGO, 2004)

Com relação às doenças crônicas não transmissíveis, mais uma vez os indicadores sugerem que as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças

não estão implantadas de forma a resultarem em melhoria na saúde da população. Fato esse relatado inclusive pelos entrevistados, quando questionados a respeito da realização de ações de educação em saúde desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família. As respostas foram unânimes ao dizerem que não são realizadas, apesar do reconhecimento que são necessárias.

Embora a tabela acima mostre um coeficiente de 3,65 (por 100 mil habitantes) para detecção de casos de hanseníase em menores de 15 anos, a região é considerada hiperendêmica e relatório do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde aponta para um coeficiente igual ou acima de 10 (BRASIL, 2009b).

A saúde bucal também apresenta um déficit importante na realização de procedimentos, pois a média de procedimentos odontológicos básicos individuais também está abaixo das taxas apresentadas pela PNAD – 2008 (BRASIL, 2009a), e principalmente por serem insuficientes para que tenha sido realizado qualquer tratamento. A Tabela 5, abaixo, demonstra a baixa cobertura da atenção à saúde bucal, visto que a proporção de pessoas cadastradas, não necessariamente atendidas, por habitante para o ano de 2008 foi de 1/7,8.

Tabela 5: Número e percentual de famílias e pessoas cadastradas nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. Itaberaí-GO, 2008.

| Equipe | Famílias cadastradas | | Pessoas cadastradas | |
|-------------|----------------------|-------|---------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| ESF | 437 | 23,4 | 1.254 | 23,4 |
| Saúde Bucal | 1.431 | 76,6 | 4.095 | 76,6 |
| Total | 1.868 | 100,0 | 5.349 | 100,0 |

Fonte: SIAB/2010

4.2.4. Perfil de saúde da população urbana e rural de Itaberaí

Para traçar o perfil de saúde da população de Itaberaí foi utilizado o Programa Municipal de Saúde de Itaberaí – gestão 2005 / 2008, que traz uma realidade muito próxima àquela encontrada pela pesquisa realizada pelo NESP/UnB, em 1998. Mesmo transcorrido praticamente 10 anos entre os dois documentos, o que se depreende é que a população de Itaberaí apresenta uma situação de morbimortalidade semelhante.

As principais causas de mortalidade das crianças com idade menor de 1 ano foram as afecções originadas no período neonatal, ocasionadas muito

provavelmente pelas precárias condições de vida. Entre aqueles com idade entre 10 e 19 anos, as causas externas são a principal causa de mortalidade, o que está dentro do padrão esperado para a idade dos jovens adultos que moram em assentamentos rurais e acampamentos. Para a população adulta, as causas de mortalidade se dividem entre as neoplasias e doenças do aparelho circulatório, confirmando também a tendência apontada pela pesquisa do NESP/UnB (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, 2001).

Em relação à morbidade, mais uma vez as condições de vida se tornam seu maior determinante. Como podem ser verificadas na Tabela 6, as doenças respiratórias, infecciosas e parasitárias e as afecções perinatais somadas representam o maior risco à saúde.

Tabela 6: Indicadores de morbidade da população de Itaberaí.

| Agravos à saúde | % |
|------------------------------------|------|
| Doenças do aparelho circulatório | 27,9 |
| Causas externas | 20,5 |
| Doenças do aparelho respiratório | 18,9 |
| Doenças infecciosas e parasitárias | 6,6 |
| Afecções perinatais | 4,1 |
| Outras | 12,3 |

Fonte:SMS Itaberaí, 2005

As afecções clínicas são responsáveis por 68% das internações hospitalares, conforme demonstrado na Tabela 7. Os partos representam 8% das internações e as cirurgias, 20%. Estes dados mostram que a maior parte das internações hospitalares são ocasionadas por causas preveníveis, caso a Atenção Básica estivesse implantada conforme preconizado pela PNAB.

Tabela 7: Causas de internação hospitalar da população de Itaberaí.

| Causas de internação | % |
|---|------|
| Doenças do aparelho respiratório | 33,6 |
| Procedimentos cirúrgicos | 20,0 |
| Doenças do aparelho digestivo | 13,2 |
| Doenças infecciosas e parasitárias | 12,1 |
| Partos | 8,0 |
| Doenças infecciosas e geniturinárias | 4,8 |
| Lesões, envenenamento e causas externas | 4,4 |
| Outras | 3,9 |

Fonte:SMS Itaberaí, 2005

Como informação complementar, vale salientar que houve um caso de hantavirose em Itaberaí, no ano de 2008, com suspeita de provável infecção no próprio município. Em Goiás, no mesmo período, houve mais 9 casos, com três óbitos, resultando em uma taxa de letalidade de 33%. (BRASIL, 2009b).

Esta realidade sugere que o planejamento em saúde não está voltado para a Atenção Básica, nem para atender as demandas dos trabalhadores rurais assentados. Esta fragilidade da gestão do setor compromete mais ainda a precariedade das condições de vida, visto que a única atuação prevista para o setor saúde está baseada no modelo biomédico de atenção, de cunho nitidamente assistencialista e com baixa resolutividade, conforme pode se observar nos resultados apontados (ALMEIDA et al., 2010).

Diante deste cenário, pode-se inferir que a Atenção Básica, em sua essência, não foi implantada no município, isto porque as práticas atuais ainda estão restritas à abordagem assistencialista e curativa. Muito pelo contrário, a prática apresenta-se dissociada entre o individual e o coletivo.

Para que esta prática se torne eficiente e se traduza em resolutividade, torna-se necessário que as intervenções no processo de planejamento sejam capazes de transformar essas as ações em práxis, isto é, mudar o foco curativo e assistencialista para uma prática construída coletivamente, onde o resultado desse processo seja fruto de uma gestão compartilhada. (ALMEIDA et al., 2010).

4.3. ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Itaberaí foi instituído por lei municipal, em 1997, na mesma época em que a Secretaria de Saúde foi criada. Não por coincidência, este fato ocorreu no mesmo período em que o processo de descentralização da saúde ganhou peso, que se sintetiza com a publicação das Normas Operacionais Básicas 01/93 e 01/96. (SANTOS, 2007).

Segundo Yunes (1999), o processo de descentralização ganha fôlego com a publicação de outros instrumentos, uma vez que induzem o interesse dos gestores

buscarem a habilitação do município em uma das duas condições de gestão do sistema municipal de saúde.

Todo o processo de reflexão, elaboração, pactuação e aprovação dos normativos e instrumentos de gestão da saúde e do controle social envolveu as três esferas de governo, união, estados e municípios, principalmente após a instituição da Comissão Intergestora Tripartite, no âmbito nacional e as Bipartites no âmbito dos estados (YUNES, 1999) Por outro lado, na prática o que se viu foi que este movimento tornou-se uma obrigatoriedade imposta aos municípios, de forma vertical e com caráter compulsório (SHIMIZU, 2008), visto que o repasse da verba federal dependia da criação dos Conselhos Municipais de Saúde, seguindo a determinação da Constituição Federal que vinculou o repasse de recursos do governo federal ao município fundo a fundo,

diante das dimensões territoriais e das complexidades brasileiras, esse processo exigiu e continuará exigindo mudanças de várias ordens, pois é sabido que não bastam os instrumentos e as medidas legais para que uma empreitada tenha sucesso. Urge alterar não apenas os formatos institucionais, mas sobretudo as práticas de gestão, tanto nos órgãos que transferem como nos que recebem atribuições. (YUNES, 1999)

Segundo Labra (2006), os Conselhos de Saúde se configuram como parte integrante do Sistema Único de Saúde, e se constitui em espaço deliberativo, o que representa uma inovação na gestão de uma política pública. Neste contexto, o município de Itaberaí inicia sua jornada na operacionalização do processo de municipalização da saúde e para dar corpo a este processo, passa a organizar o Conselho Municipal, que tem por competência, estabelecida em Lei, atuar na estruturação da Rede de Atenção à Saúde, a partir do acolhimento e compatibilização das demandas da população e da Secretaria Municipal de Saúde.

Como órgão vinculado à Secretaria de Municipal de Saúde, tem papel consultivo e deliberativo, além de acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pelos órgãos e entidades públicas e privadas integrantes do SUS no município. É também de sua competência propor critérios para programação e para as execuções financeiras e orçamentais do Fundo Municipal de Saúde, acompanhando a movimentação e o destino dos recursos; além de produzir relatórios e estabelecer diretrizes quanto à localização e o tipo de

unidades prestadoras de serviços de saúde pública e privada, no âmbito do SUS, elaborar seu regimento e outras atribuições estabelecidas em normas complementares.

Para entender o processo de atuação do Conselho Municipal de Saúde de Itaberaí, utilizou-se as definições propostas por Shimizu et al (2008), ao estudar o Perfil da Organização e Funcionamento dos Conselhos de Saúde da RIDE-DF. Neste estudo os autores definiram seis categorias, e dentro de cada uma dessas categorias foram destacados os indicadores que melhor expressavam o desempenho dos Conselhos estudados. Para efeito deste estudo, considerando as especificidades do CMS de Itaberaí, optou-se por trabalhar com as seis categorias, definidas a seguir:

1. Legitimidade: a forma de criação do Conselho, bem como a presença de regimentos, estatutos e outros documentos que definem e dão respaldo legal ao seu papel;
2. Representatividade: a composição institucional e social dos Conselhos, o processo de escolha dos conselheiros e da liderança;
3. Organização: a dinâmica e as condições de funcionamento, a frequência às reuniões e eventos de capacitação;
4. Autonomia: a estrutura e os instrumentos disponíveis para uma gestão democrática, o poder de decisão deliberativo ou consultivo, a capacidade de elaboração de estratégias para resolução de problemas, entre outros;
5. Articulação intersetorial: a construção de canais de articulação com órgãos, colegiados ou entidades de outros setores dentro do próprio município; e
6. Participação social da base: a forma de atuação e o nível de credibilidade junto à sociedade, a capacidade de mobilização de suas organizações representativas na reivindicação das necessidades em saúde.

1. **LEGITIMIDADE:** Ao verificar os indicadores de legitimidade propostos pelos autores, pode-se afirmar que CMS apresenta quase todos, com exceção da determinação em lei para a periodicidade da realização das Conferências Municipais de Saúde, o que compromete a participação social no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, portanto conclui-se que o Conselho é legítimo dentro do processo de implantação de uma política municipal de saúde.

No que se refere à composição do Conselho, a lei que o instituiu respeitou a paridade entre seus membros, sendo que foi assegurada a participação de seis representantes do segmento dos usuários (50%), inclusive com a representação do

Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais (um conselheiro). Quanto aos demais segmentos, estão garantidas as representações dos trabalhadores da saúde (33,4%), da gestão municipal (8,3%), e prestadores de serviços (8,3%). A presidência do Conselho é ocupada por um representante do segmento dos usuários e a vice-presidência é ocupada por representante dos trabalhadores da saúde. Todos os conselheiros, titulares e suplentes, foram formalmente indicados pelas entidades, mediante envio de ofícios ao presidente do Conselho. Esta divisão entre os quatro segmentos representados demonstra equilíbrio na composição do Conselho.

2. REPRESENTATIVIDADE: Quanto aos procedimentos de escolha do representante de cada entidade que compõem o Conselho, os documentos analisados, inclusive as entrevistas semi-estruturadas realizadas com membros do Conselho, não fazem referência a este processo. Porém, a representatividade da sociedade civil organizada, mais uma vez cumpre os preceitos legais, conforme previsto na Resolução no. 333/03, do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que entre as seis entidades que representam o segmento dos usuários se dividem em: portadores de deficiências, movimentos social, trabalhadores rurais, organização de moradores e organizações religiosas.

3. ORGANIZAÇÃO: A organização do Conselho foi analisada a partir da leitura das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias, realizadas no período entre janeiro de 2008 e julho de 2009. Estas atas são registros sucintos acerca do que ocorre durante as reuniões, não trazendo nenhuma informação mais concisa sobre os debates realizados entre os membros do Conselho. Foram convocadas 18 reuniões neste período, com um bom índice presença dos conselheiros, isto é, em 66,7% estiveram presentes oito ou mais conselheiros. Dentre as reuniões extraordinárias, houve a necessidade de marcar quatro para análise de balancetes e relatórios financeiros, devido a necessidade de mais tempo para os conselheiros em procederem à análise; e duas ausência do gestor. Vale destacar que o representante dos trabalhadores rurais participou de oito reuniões (44%).

Após leitura cuidadosa das atas com o propósito de levantar os assuntos discutidos nas reuniões do Conselho, no referido período, foram identificados um total de 50 pontos de pauta, classificados da seguinte maneira:

Tabela 8. Distribuição dos pontos de pauta das reuniões do CMS de Itaberaí, segundo as temáticas, no período de janeiro de 2008 a julho de 2009.

| Temática | n | % |
|---|----|--------|
| Atenção Básica de Saúde (inclui ESF e ESB) | 23 | 46,0% |
| Relatório financeiro e/ou de gestão e aprovação de balancetes | 10 | 20,0% |
| Atenção Hospitalar (média e alta complexidade) | 6 | 12,0% |
| Assuntos gerais | 11 | 22,0% |
| Total | 50 | 100,0% |

Percebe-se que o assunto que mais entrou nas pautas das reuniões do Conselho se referiu à estruturação da Atenção Básica, incluindo a Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal, porém como já destacado acima, as Atas trazem informações sucintas acerca do debate; mesmo assim o que dá para depreender é que na maior parte das vezes o assunto gerou entorno da ampliação dos serviços. Outro assunto que foi debatido com frequência considerável se refere à apresentação de relatórios financeiros, de gestão e aprovação de balancetes, demonstrando que o Conselho se envolve com as questões relativas à fiscalização da gestão.

Os assuntos referentes à média e/ou alta complexidade trataram da implantação do SAMU e de uma UPA. Sobre os assuntos gerais, os que apareceram nas Atas giraram entorno de questões administrativas (plantões noturnos das farmácias, atuação profissional, reforma de Unidade de Saúde, aquisição de equipamentos).

O que chama a atenção é pouca discussão sobre implantação de diretrizes, programas, ações de saúde na Atenção Básica ou ESF. Isso demonstra uma atuação muito incipiente por parte dos conselheiros na proposição, formulação ou acompanhamento das políticas locais de saúde.

Quanto a discussão de assuntos diretamente relacionados à saúde dos trabalhadores rurais foram identificados apenas dois pontos: reclamação sobre o horário de fechamento do Posto de Saúde, situado no povoado São Benedito e o

credenciamento de Equipe de Saúde Bucal, também para o Posto de Saúde que funciona no Povoado São Benedito.

A convocação dos membros do Conselho é feita mediante o envio de ofício acompanhado da pauta. No dia da reunião, a secretária do Conselho confirma a presença de todos os membros por telefone. Mas esses esforços não garantem uma atuação mais dinâmica por parte dos conselheiros nas reuniões. A fala de um dos conselheiros demonstra que a maioria encara essa tarefa de forma apática e pouco participativa

Eles têm que estar mais participativo. Eles recebem a convocação, vão à reunião e é só isso. Mas até agora não estão participativos. Então assim, quem mais vem aqui é o Presidente para saber como está [a organização da] reunião, se tem pauta, que dia tem aprovação de balancete, e isso ai (representante dos trabalhadores da saúde).

Desta maneira, percebe-se que o CMS apresenta uma organização relativamente boa, porém sem resultados consistentes no processo de organização da Atenção Básica e a Política Municipal de Saúde, deixando de cumprir com a determinação, inclusive da Lei que o cria. Mesmo assim, a visão que os conselheiros têm da atuação e organização do Conselho é altruísta, demonstrando credibilidade no processo

Hoje Itaberaí, apesar de todas essas falhas que tem ai no Conselho, acho que isso ai é uma questão de amadurecimento (representante dos usuários).

4. AUTONOMIA: A categoria autonomia trata do grau de independência do conselho de saúde no tocante ao seu processo decisório e os instrumentos disponíveis para tornar isso possível na perspectiva de um processo de gestão democrática e participativa. Para tanto, é necessário que o conselho detenha condições próprias de atuação, sejam físicas ou financeiras, de modo a que suas decisões sejam autônomas e desvinculadas dos interesses específicos do órgão gestor (SHIMIZU, 2008).

Segundo a autora, outro conjunto de atribuições dos Conselhos de Saúde diz respeito à definição de critérios a serem utilizados na avaliação da organização e do funcionamento do SUS, ao monitoramento das ações e dos serviços de saúde e à avaliação permanente da execução das políticas de saúde em seu âmbito de atuação. A capacidade de atuação do conselho nesses quesitos demonstra a efetiva

influência que ele tem sobre a gestão pública e a qualidade do exercício do controle social.

Diante dos resultados encontrados, pode-se inferir que mesmo contando com a legitimidade, representatividade e organização, o CMS de Itaberaí não conseguiu até os dias atuais de tornar autônomo, e, fato este que é determinante para o não exercício de seu papel no controle democrático das ações do Estado, isto é, das cinco subcategorias apresentada por Shimizu et al (2008) para caracterizar o grau de autonomia de um Conselho, o de Itaberaí não apresenta nenhum.

- a) O CMS não tem Secretaria Executiva e nem estrutura administrativa próprias;
- b) O CMS não tem dotação orçamentária própria
- c) A plenária do CMS não se manifesta por meio de resoluções, recomendações e outros atos deliberativos.

Mesmo quando há discussão sobre algum tema, os encaminhamentos não são feitos, conforme demonstra a fala de um dos conselheiros

A discussão começa no Conselho e termina no Conselho e fica por lá mesmo. Sinceramente acho que deveria ser encaminhado, deveria ser transformado em projetos pra população, mas na verdade este assunto só fica dentro do Conselho (representante dos trabalhadores de saúde).

O Conselho funciona em uma sala dentro da Secretaria de Saúde e suas reuniões, previamente marcadas para ocorrerem toda terceira quinta feira do mês, são realizadas em uma sala cedida por uma das Unidades Básicas de Saúde, contrariando a determinação da Resolução CNS nº. 333/03. Possui um microcomputador conectado à internet e uma impressora, que foram doados pelo Conselho Nacional de Saúde, em convênio com o Banco do Brasil. A Secretaria de Saúde disponibilizou uma funcionária para atuar como secretária e auxiliar os membros do Conselho no que for preciso. Todas as despesas são cobertas pela SMS. Como esta sala fica dentro da Secretaria de Saúde, seu acesso é limitado ao horário do expediente, o que dificulta o uso pela maioria dos conselheiros, devido a incompatibilidade com o horário de trabalho.

As pautas das reuniões são preparadas pela Secretária de Saúde em parceria com a vice-presidente do Conselho, e finalizadas com a anuência do presidente do Conselho. Em princípio, todos os membros do Conselho podem incluir na pauta

qualquer assunto que entendam ser relevante, porém isso dificilmente acontece, conforme narrado por um dos conselheiros

A maioria da pauta vem daqui da secretaria, pelo secretário ou por alguma pessoa da área técnica daqui da secretaria, quando tem que aprovar algum projeto ou alguma coisa assim. Dificilmente um conselheiro vem e inclui uma pauta (representante dos trabalhadores de saúde).

Outra estratégia adotada é a inclusão de algum assunto relevante durante a reunião

E tem muita discussão entre os conselheiros que surgem lá na hora da reunião, não coloca em pauta, mas surge na hora: reclamação ou alguma sugestão que eles colocam lá na hora (representante dos usuários)

Como já colocado anteriormente, o município de Itaberaí possui uma estrutura razoável no que diz respeito à capacidade instalada ou instâncias deliberativas voltados ao setor saúde, mas essa estrutura não é capaz de gerar uma mudança radical no setor a ponto de atender às demandas de saúde da população do campo.

Conforme propõe Demo (1988) “participação é conquista, é processo e não concessão”, portanto a conquista legal do direito à saúde deveria ser o princípio norteador para que os cidadãos assumissem a responsabilidade no processo de construção da política local de saúde.

A compreensão que se pode ter diante deste cenário é que enquanto perdurar a baixa participação dos conselheiros na proposição das pautas das reuniões e na qualificação do debate sobre quais são as ações de saúde que devem ser implementadas no município, dificilmente será elaborada uma Política Municipal de Saúde que dê conta de contribuir com a melhoria das condições e qualidade de vida dos moradores do município, sejam os urbanos, sejam os rurais.

5. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL: a intersectorialidade confere ao Conselho a capacidade de se articular com as demais instâncias de poder existentes na localidade. Segundo Shimizu et al (2008) essa articulação tem por “a finalidade de (...) estabelecer estratégias e procedimentos para reduzir os problemas de saúde e fortalecer a gestão do SUS”. Assim, a partir da articulação intersectorial, o Conselho pode influir na otimização do processo de construção e implementação da Política Municipal de Saúde.

Porém, no caso em estudo, mais uma vez a apatia toma conta da atuação do Conselho, visto que não nenhuma articulação é feita seja com outros órgãos municipais, seja com outras esferas de governo, o que coloca em risco a própria representatividade do Conselho junto à sociedade civil (SHIMIZU, 2008). Esta situação compromete o processo de pois

Quando uma resolução não é justificadamente homologada pelo gestor, as entidades da sociedade civil que integram o conselho de saúde podem buscar a sua validação, recorrendo a outras instâncias como ministério público ou poder legislativo.

A existência do CMS, ao mesmo tempo em que sinaliza a incorporação da participação social no município de Itaberaí, não permite deduzir que tenha conseguido alcançar legitimação e credibilidade plena. A atuação do Conselho, no que diz respeito à atribuição de examinar os problemas de saúde mais relevantes do seu município, sobretudo da população rural, foco deste estudo, é insatisfatória.

6. PARTICIPAÇÃO DA BASE – Como já colocado acima, a participação da sociedade civil no âmbito do Conselho de Saúde é nula. Desta feita, para efeito deste estudo, será analisado o processo de realização da primeira, e única, Conferência Municipal de Saúde de Itaberaí, que teve como tema “Saúde e Qualidade de Vida, Política de Estado e Desenvolvimento”.

A Conferência ocorreu em 23 de agosto de 2007, contou com a participação de 116 pessoas entre convidados (82) e delegados (34) representando os segmentos de gestão (4), trabalhadores(as) de saúde (2) e usuários (9), além dos membros do Conselho Municipal de Saúde. Foram realizadas nove pré-conferências em vários setores e localidades do município, inclusive na zona rural; porém o regulamento da Conferência previa a realização de 24 pré-conferências, sendo que cinco estavam programadas para ocorrerem na zona rural.

A programação da Conferência seguiu a seguinte ordem: abertura, leitura e votação para aprovação do regulamento, palestra, cujo tema não foi detalhado no relatório, seguida de debate entre os participantes. Após essas atividades, a plenária foi dividida em grupos para discussão em separado acerca dos eixos I, II e III. O resultado das discussões realizadas por cada grupo foi apresentado à plenária geral para aprovação final, que totalizou duas propostas a serem levadas à Conferência Estadual de Saúde e 46 aos setores da administração municipal.

O relatório traz ainda o resumo de cada eixo, a saber:

Eixo I – Desafio para a efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; Situação de Saúde, a implementação de um modelo de Atenção à Saúde baseado nas necessidades de saúde e perspectivas de atuação Intersetorial; totalizando 30 propostas.

Eixo II – Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social; o SUS como política de Estado e a afirmação da saúde como direito de seguridade social; totalizando 17 propostas.

Eixo III – A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde; a participação como princípio e garantia de relações éticas e compromissadas com a efetivação do direito humano à saúde; totalizando uma proposta.

Das 30 propostas apresentadas no Eixo I, oito são direcionadas à zona rural, e se referem às questões de segurança pública; esportes; melhoria das condições de estradas; construção de posto de saúde; meio ambiente; atividade de educação em saúde para destino adequado de lixo; adequação da área de plantio de cana (duas propostas, sendo uma para a Prefeitura e outra para o governo estadual).

No Eixo II, são apresentadas duas propostas que beneficiam a população rural e se referem ao atendimento odontológico. A proposta apresentada no Eixo III se refere à capacitação dos membros do Conselho Municipal de Saúde, o que pode beneficiar indiretamente a população do campo.

A 2ª. Conferência Municipal de Saúde estava marcada para ocorrer no segundo semestre de 2009, porém como houve mudança na administração municipal, esta foi postergada para o primeiro semestre de 2010, sendo que até o momento não foi realizada.

De acordo com a legislação do SUS, as conferências devem ser realizadas pelos três níveis de governo. Quanto à periodicidade, a Lei n.º 8.142/90 determina que as Conferências Nacionais sejam realizadas de quatro em quatro anos, já nos estados e municípios o intervalo pode ser menor, porém deve ser determinado por lei. Vale ressaltar, que no Brasil as Conferências de Saúde acontecem desde o ano de 1941, porém só a partir da 8ª. CNS é que passa a ter ênfase na participação popular (SCOREL; BLOCH, 2006).

A Conferência de Municipal Saúde é um instrumento valioso, que se traduz no compromisso do gestor público com as mudanças no sistema de saúde e tem por objetivo: avaliar e propor diretrizes da política para o setor saúde; discutir temas específicos para propor novas diretrizes da política de saúde; escolher delegados para as Conferências Estaduais e Nacionais, quando for o caso.(SHIMUZU, 2009)

Neste sentido, pode-se destacar que a maior parte dos resultados obtidos por ocasião da realização da 1ª. Conferência Municipal de Saúde de Itaberaí, foi encaminhada pelo gestor municipal e que as resoluções que não ainda não estão totalmente contempladas, foram encaminhadas para que sejam atendidas, demonstrando que mesmo de forma arrevesada, ou incipiente, a gestão municipal de Itaberaí vai dando novos passos na perspectiva de organizar a saúde no município.

4.4. ANÁLISE DA ATUAÇÃO DAS LIDERANÇAS DO STTR E DOS MOVIMENTOS SOCIAIS DE LUTA PELA TERRA NO QUE TANGE A ELABORAÇÃO DAS PAUTAS DE REIVINDICAÇÕES DE SAÚDE, NO ÂMBITO MUNICIPAL.

O processo de redemocratização do país incluiu, na pauta da sociedade civil, a necessidade de se criar vários espaços representativos que pudessem dar vazão à reconstrução dos direitos sociais (CARVALHO, 2006).

Assim, a partir da década de 1980, com a retomada da democracia, “passam a ser formuladas diversas propostas de mecanismos que permitem a participação dos setores historicamente ausentes dos processos de formulação e decisão sobre as políticas públicas (usuários, profissionais, população em geral)” (SILVA e SCHNEIDER, 2004).

As lideranças do STTR de Itaberaí e dos movimentos sociais que atuam na área tem bem definido suas bandeiras de luta, sendo a saúde uma de suas principais prioridades

Então, a saúde, ela tá atribuída no nosso programa de reforma agrária, então, por isso ela [a saúde] faz parte do contexto nacional, estadual, municipal, regional (liderança movimento social.)

Bem, enquanto movimento, trabalhamos a relação da área da saúde (...) a nossa perspectiva é o meio de alcançar (...) a medicina alternativa, ou seja,

é ter a nossa medicina no assentamento (...) ter a nossa horta medicinal (liderança movimento social).

A gente incorporou uma bandeira de luta (...) é prioridade zelar pela saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras (...) nós participamos de várias bandeiras, mas a saúde em primeiro lugar (liderança movimento sindical).

Se por um lado as bandeiras existem, por outro a estruturação da pauta de saúde a ser apresentada e negociada com os gestores municipais não segue uma prática de construção coletiva; também não é consensuada entre lideranças e trabalhadores rurais, conforme se vê pela atuação do STTR no CMS, onde tem representação formal

A pauta [estadual] nasceu, talvez, de uma diretoria, não foi dos trabalhadores; porque mais ou menos a gente tinha um conhecimento do que era o almejo que eles queriam que acontecesse (liderança movimento sindical).

Para entender este mecanismo de atuação do Sindicato, é necessário observar que a representatividade conferida às lideranças dos movimentos sindical e social no Brasil segue os parâmetros neoliberais largamente difundidos nos anos 1990. Se por um lado, tem um aspecto democratizante; por outro, prima pela intensa campanha de despolitização de grande parcela da sociedade (DAGNINO, 2005).

No tocante às reivindicações formuladas e direcionadas aos gestores municipais, o representante do STTR as apresenta diretamente nas reuniões do CMS, passando a monitorar os resultados alcançados a partir das mudanças ocorridas.

A partir disto nós passamos a cobrar (...) tinha comunidade aqui que ficava até um mês sem assistência de um médico (...) aí nós começamos a cobrar que o médico tinha que estar lá pelo menos periodicamente" (liderança movimento sindical).

A organização dos movimentos sociais de luta pela terra ocorre de outra forma, visto que estão divididos em várias instâncias que vão desde os núcleos nos acampamentos e assentamentos até a coordenação nacional, sendo que a discussão sobre a saúde é presente em todas as esferas. Mas, a forma como apresentam suas demandas aos gestores municipais não é estruturada em termos de uma pauta única e pré-estabelecida.

É comum os representantes dos trabalhadores rurais procurarem diretamente os gestores municipais, e, em algumas circunstâncias, promoverem algum protesto até serem recebidos.

A gente faz reunião com a instância mais alta, a gente vai fazer cobrança na Secretaria Municipal, esse não cumpriu a nossa reivindicação, e nós reunimos os nucleados (...) vamos para a porta da Secretaria Municipal de Saúde cobrar reivindicação, (...) colocamos a nossa bandeira do Movimento lá na frente da Secretaria e impedimos qualquer atividade dos serviços deles, até que eles atendam uma comissão nossa. Assim que recebem nossa comissão, [passam a] dar providências na nossa pauta de reivindicações (liderança movimento social).

Nós temos um setor específico da questão de saúde, tanto nas áreas de assentamento quanto nas áreas de acampamento, (...) têm as pessoas que estão ali, a coordenação cuidando dessa questão da saúde, inserido dentro de uma discussão da proposta Nacional do Movimento. O movimento tem debatido a questão da saúde junto com o Governo Federal nas áreas de assentamento; porque a saúde faz parte desse conjunto. Quando a gente discute a questão da educação, saúde, organização de produção. isso está tudo inserido, uma vida digna a pessoa tem que ter saúde, né? (liderança movimento social).

Vale ressaltar que não há uma atuação uniforme entre os diferentes assentamentos no que diz respeito à sua pauta de reivindicações. Conforme as necessidades vão sendo identificadas, a mobilização é feita para atender às demandas imediatas daqueles trabalhadores rurais assentados.

Esta forma de atuação demonstra a inversão de valores entre a participação social almejada nos anos de 1980 e a que é vivenciada nos dias atuais, isto é, após a redefinição neoliberal do que seja sociedade civil e cidadania, a participação social também sofreu uma re-significação, deixando de ser mais política e passando a ser mais solidária, acompanhada da responsabilidade social, onde as perspectivas privatista e individualista imperam (DAGNINO, 2004).

Deste modo, a luta pela saúde deixa de ser coletiva, numa visão mais extensa, para tornar-se uma ação dirigida apenas àqueles que compõem aquele grupamento. Assim, “o relacionamento que a população mantém com o sistema político limita-se a uma percepção dos produtos de decisões político-administrativas e não a uma percepção do processo decisório em si” (PANDOLFI, 1999).

Contudo, um ponto que chama a atenção se refere ao fato de que os movimentos sociais de luta pela terra presentes em Itaberaí não terem assento no

Conselho Municipal de Saúde. Aliás, essa prática ocorre em vários outros municípios do estado de Goiás, conforme expressam suas lideranças.

Segundo Andrade (2004), isto ocorre quando a atuação do conselho é classificada como participação manipulada, isto é, nos “casos em que, apesar da observância da paridade na composição do conselho, e da presença ativa do sindicato de trabalhadores, o poder público detém o controle da situação e das decisões”.

Na percepção das lideranças dos movimentos sociais de luta pela terra este fato interfere diretamente na dificuldade de alcançar os resultados almejados. Se de um lado há mobilização para se buscar o atendimento de suas reivindicações, por outro é no Conselho Municipal de Saúde que a política vai se fundamentar.

Outro ponto que chama à atenção é a compreensão que as lideranças têm sobre a importância da mobilização e participação social, uma vez que expressam claramente que se estiverem unidos, terão mais força, mesmo que cada movimento, social ou sindical, aja dentro de seus limites de atuação.

Eu acho que sociedade civil tem uma responsabilidade imensa. A responsabilidade que ela tem é a participação (liderança movimento social).

O instrumento, o básico mesmo é o corpo a corpo, além da audiência pública, você tem que estar junto com o vereador, né? (...) A gente tem que buscar assim, associações, além do Sindicato, as associações organizadas, grupo de igreja, porque eu acho que estes grupos representativos têm que fazer eles participarem, porque eu acho que [se] a gente [fica] isolado (...), mais difícil de você conseguir as coisas. Acho que através de grupos, ONG's, que representam..., vamos dizer, se nós formos mais unidos, com entidades mais representativas, acho que já é um passo, esse é o corpo a corpo (liderança sindical).

Sim, nós [assentados e acampados] temos nossas reivindicações, mas... se nós nos unirmos [com] os trabalhadores, [com] o Sindicato Rural, a reivindicação fica mais ampla. Bem, se nós convocamos os trabalhadores para se unirem, a nossa força pode fazer a prestação de serviço acontecer e faz a cumprir a nossas reivindicações (liderança movimento social.)

Apesar do Sindicato e dos movimentos sociais de luta pela terra que atuam no município terem a união e a participação social como uma de suas bandeiras de luta, a sua capacidade de propor e formular uma pauta específica para a população rural ainda não é uma realidade. Isso demonstra que o processo de organização dos trabalhadores rurais assentados de Itaberaí para debater as necessidades de saúde ainda é incipiente.

4.5. PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES RURAIS ASSENTADOS NA PROPOSIÇÃO, FORMULAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS POLÍTICAS LOCAIS DE SAÚDE, IDENTIFICANDO ESTRATÉGIAS QUE POSSIBILITAM O APRIMORAMENTO DESSE PROCESSO.

A noção de participação social que os trabalhadores rurais assentados demonstram vem, provavelmente, do processo de organização que se propuseram a passar durante o período de luta pela terra, mas também está ancorada no processo de redemocratização que o país passou durante os anos de 1970 e 1980, onde a presença dos sindicatos, federações e confederações engrossaram as fileiras contra o regime militar (CARVALHO, 2006).

A vinculação dos assentados com o STTR se dá tanto pela associação

Sou sindicalizada (...) eu preciso (...) eu tenho conhecimento (assentada).

Como pelo reconhecimento do espaço que o Sindicato representa na organização do assentamento

Continuo comentando com a companheirada que (...) nós temos que regularizar nossa situação perante o sindicato, pois é através de uma associação e do sindicato que temos o benefício para nós superarmos com a ajuda dos demais (assentado).

Mesmo após o processo de conquista da terra ter sido vitorioso com a implantação do assentamento, os trabalhadores rurais assentados se mantêm vinculados ao movimento de origem, portanto sua organização e forma de atuação junto aos governos local, estadual ou federal, para atendimento de suas reivindicações segue a orientação política definida por esses movimentos. Este fato ocorre em três dos cinco assentamentos visitados.

Entretanto, em todos os assentamentos pesquisados verificou-se que a participação em reuniões para discutir questões referentes à saúde ocorre e é entendida como um elemento importante para se conseguir o atendimento de suas necessidades

A gente reúne, passa a reclamação, (...) o que gostaria de ter e que não tem, e aí eu, então, vou buscar pra ver se eu consigo trazer algum benefício pro Assentamento (assentada).

É, a gente tem que participar mais e o Secretário tem se preocupar mais com a gente (assentada).

Expressam que já houve um movimento mais organizado

Já teve um movimento aqui no Assentamento que era mais forte de organização, das pessoas participarem (assentada).

Porém, em algumas circunstâncias, a organização é dificultada pelas lideranças dos assentamentos, conforme expressa uma assentada ao se referir à forma como alguns líderes reagem quando a organização não se inicia a partir da associação, o que reforça as “relações sociais autoritárias (...) [onde] as leis tornam-se instrumentos privados, incapazes de forjar uma arena pública, marcada pela afirmação igualitária, mesmo que apenas em sua apropriação formal” (GUIZARDI e PINHEIRO, 2006).

Mas a gente organiza e aí eles [direção da associação] falam que estamos passando na frente deles porque isso aí é obrigação deles. E, geralmente, a Prefeitura só recebe através de um representante da associação (assentada).

Segundo Pandolfi (1999), o processo de exclusão econômica e social de parte significativa da população brasileira não acabou com o fim do governo militar, pois “a despeito da implantação de um Estado de direito, os direitos humanos ainda são violados e as políticas públicas voltadas para o controle social permanecem precárias”.

Desta maneira, mesmo se mantendo organizados e entendendo que suas reivindicações são legítimas, os assentados não têm conseguido vazar o “bloqueio” do aparato estatal e transformar suas demandas em melhoria das condições de atendimento à saúde. Eles expressam sua frustração em relação ao sistema de saúde referindo-se ao baixo grau de acessibilidade e/ou precário atendimento recebido nos serviços de saúde. De um modo geral, colocam que

Não é fácil ter acesso à saúde (assentado).

Para aqui está difícil (assentada).

Entre as dificuldades apontadas, destacam a distância associada à falta de transporte

Nós aqui temos muita dificuldade, a maioria aqui não tem condução, e não tem ônibus pra fazer o transporte (assentada).

Porque quando não acha [carona], não tem nenhum companheiro (...) perto, estão todos ocupando os veículos, aí o companheiro fica aí na beira da estrada esperando passar um filho de Deus que dê carona até a cidade (assentada).

Não tem nem ambulância, a gente tem que levar no próprio carro até Goiânia (assentada).

Mas as dificuldades não param por aí. Vencida a barreira do transporte, a saga dos trabalhadores rurais assentados por atendimento às suas necessidades de saúde se amplia como expressam

Lá no [Hospital] Regional, a gente chega lá e tem que ter passado pelo Postinho [antes] para pegar autorização para poder conseguir consultar (assentada).

Agora, está difícil, tem semana que tem, tem semana que não tem [médico]. Se tem de manhã, à tarde não tem. Não sei se [é problema] dos médicos (...) mas já tem um mês mais ou menos que está sem médico lá (assentada).

Além da ausência de médicos, os trabalhadores rurais assentados se ressentem também da ausência do agente comunitário de saúde (ACS)

A gente não tem nem Agente de Saúde aqui (assentada).

Nós tínhamos uma senhora [ACS] que fazia a visita uma vez por mês. Ela levava aqueles remédios para os hipertensos (...), ela se afastou dos afazeres dela e esse pessoal parou de nos atender. Nunca mais apareceu ninguém (assentado).

As dificuldades são tantas que às vezes os trabalhadores rurais assentados preferem buscar atendimento em município vizinho

A maioria está indo pra Heitorá, porque lá está mais fácil de consultar do que em Itaberá (assentada).

Mesmo morando no município de Itaberá, então, eles vão para lá para aquele lado, porque eles têm conhecidos e assim é mais fácil deles conseguirem (assentada).

Estas falas traduzem o descaso com que a saúde da população do campo vem sendo tratada e principalmente como os princípios do SUS não estão sendo implantados. No que se refere à acessibilidade, conforme destaca Starfield (2002), esta deveria atender às necessidades de saúde da população levando em

consideração tanto a localização dos estabelecimentos, quanto os horários de funcionamento.

Este processo de organização dos trabalhadores rurais assentados tem demonstrado que a compreensão que se tem de saúde e participação em saúde passa prioritariamente pela assistência, isto é, ao analisar suas demandas, pode-se constatar que estas giram em torno da ausência de médicos e ACS. Portanto, aspectos relacionados à promoção da saúde e atividades de educação em saúde ficam de fora deste contexto, o que diverge das pautas nacionais entregues ao governo federal tanto pela Contag, como pelo Movimento dos Trabalhadores Sem-terra (MST) (NAGY e ANDRADE, 2004).

A gente gostaria que tivesse, que viesse, um médico pelo menos uma vez por mês aqui no assentamento, (...) já que não vem médico, que viesse o Agente de Saúde para tirar a pressão, para vacinar, para trazer remédio (assentada).

Então, se aqui tem o Postinho, porque que não pode pôr um médico aqui pra atender ao menos uma vez por semana, ou duas? Eu acho que seria o melhor para nós (assentada).

Como estratégia para driblar a ausência do atendimento pretendido, os trabalhadores rurais assentados acabam buscando soluções paliativas, que tanto pode ser contar com a solidariedade dos que tem algum recurso, seja conhecimento técnico, seja material, ou ainda, buscar atendimento em outro município por terem algum conhecido que possa facilitar o acesso às ações de saúde. Assim, mais uma vez os trabalhadores rurais assentados têm seu direito à saúde vilipendiado, e os princípios do SUS não são atendidos.

Porque se é uma injeção, é aqui em casa; se é um curativo, é aqui em casa, eles já compram o material e trazem aqui, e eu faço [o curativo] (assentada).

No que diz respeito à responsabilidade à saúde, todos os entrevistados foram unânimes em atribuí-la ao Secretário Municipal de Saúde. A participação da população só foi mencionada após questionamento, mas mesmo assim, na visão dos assentados, esta atribuição é limitada à apresentação das demandas e necessidades.

Apesar dos avanços ocorridos no Brasil, nas últimas décadas, sobretudo no que diz respeito à efetiva organização e participação da sociedade civil via sua

representatividade nos CMS, muitos estudiosos consideram que essa visão otimista ficou comprometida a partir da metade dos anos de 1990, com a implantação do projeto neoliberal que, mesmo parecendo irônico, almejava que a sociedade continuasse organizada e participativa, porém despolitizada (DAGNINO, 2005).

Finalizando, o que se percebe é que a população do campo é duplamente excluída do setor saúde, pois, de um lado não consegue acessar o atendimento almejado, de outro desconhece os meandros do funcionamento do sistema de saúde para vazar as barreiras existentes.

CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO

A situação encontrada no município pesquisado reflete, em certa medida, a realidade da maioria dos municípios com características rurais, visto que o setor saúde, como a maioria das políticas públicas, está organizado a partir de uma lógica urbana, não considerando as especificidades da população do campo, seja na localização dos serviços, seja na organização das ações ofertadas à população.

Esta estrutura passou a seguir uma lógica urbana, principalmente da década de 1970 para cá, muito provavelmente devido ao intenso processo de êxodo rural vivido a partir das décadas de 1950 e 1960. Porém quando os aspectos socioeconômicos e culturais do povo são ressaltados, depara-se com um Brasil muito mais rural e que precisa ser respeitado e atendido em suas especificidades.

Mesmo com anos de luta e podendo festejar alguns avanços em relação à elaboração da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, os trabalhadores rurais, entre os quais estão aqueles que vivem em assentamentos e acampamentos, como foi possível observar com a realização deste estudo, permanecem do lado de fora da estrutura governamental criada para atender à saúde. Portanto permanecem alijados do processo de exercício de cidadania.

Esta realidade pode ser percebida a partir da escuta das falas dos trabalhadores rurais assentados e suas lideranças, quando reconhecem o direito à saúde, porém, não sabem que também possuem a obrigação em fazer valer este direito, isto é, afirmam categoricamente que a responsabilidade da saúde pública é do gestor. A impressão que passam é que não há compartilhamento na busca de soluções, reproduzindo-se assim a relação paternalista entre Estado e sociedade, isto é, os trabalhadores rurais não se apropriam do real direito à saúde, no sentido de terem também o direito de atuar na formulação da Política Municipal de Saúde.

Do lado da gestão, a visão acerca da participação social dos trabalhadores rurais, num primeiro olhar, condiz com a postura da população. Mesmo considerando que a responsabilidade sobre a saúde é tanto do Estado como da sociedade, isto não ocorre na realidade, e as decisões tomadas no âmbito do Conselho Municipal de Saúde não são incorporadas pela gestão. A atuação do

Conselho é frágil, não produzindo mudanças estruturais na política municipal de saúde.

Este fato demonstra tanto a distância que existe entre o discurso e a prática, assim como também expressa a dificuldade e falta de compreensão que os conselheiros têm acerca de sua atuação como representantes de suas entidades.

Do lado dos usuários foi possível constatar que o processo de luta coletiva dos trabalhadores rurais assentados pela saúde no município pesquisado é incipiente, porém por se manterem participativos em seus movimentos, possuem visão crítica da situação de saúde que se encontram. Isso demonstra potencialidade em ampliar e fortalecer a participação social junto ao Conselho Municipal de Saúde e à Secretaria Municipal de Saúde em prol da construção de uma Política Municipal de Saúde.

Em suma, o estudo demonstra que há potencialidade para o fortalecimento da participação social da população rural no âmbito da saúde, em termos da elaboração de uma pauta de reivindicação de seus direitos e demandas, estabelecendo-se assim nova lógica entre Estado e sociedade, desde que haja incorporação do conceito ampliado de saúde, principalmente no que diz respeito às ações de educação em saúde, que possibilitem uma reflexão mais aprofundada sobre os determinantes e condicionantes de saúde por parte tanto dos trabalhadores como de suas lideranças.

Estas mudanças dependem, em parte, da atuação das lideranças sindicais e sociais em buscarem estratégias de mobilização de suas bases, mesmo que isso signifique ultrapassar os limites das organizações que representam e seguir o seu próprio entendimento acerca da importância de se unir as forças em prol de um esforço coletivo e integrado por melhores condições de vida e de saúde, o que é uma bandeira comum a todos os movimentos de luta pela terra ali existente.

Desta forma, poderão atuar para que se crie um fórum permanente, onde a base poderá participar de eventos de capacitação, debates, seminários, enfim, criar um ambiente onde a discussão sobre a saúde do campo seja perene e os trabalhadores rurais possam elaborar suas pautas, encaminhá-las aos gestores e atuarem coletivamente na construção de uma realidade mais favorável.

Um aspecto importante, que vale a pena relatar, diz respeito à generosidade de todos os entrevistados, quando indagados sobre quais são as alternativas para

resolver os problemas vivenciados nos assentamentos e compartilhados entre aqueles que, de alguma maneira, se destacam nesta realidade. Todos, sem exceção, buscam dar alguma solução à demanda que recebem, seja ela qual for, visto que se sentem em pé de igualdade com seus companheiros de jornada e assumem seu papel de protagonistas em relação às questões relativas aos direitos e deveres da população rural.

Esta postura pode ser um reflexo da pouca credibilidade que a população deposita no Estado, uma vez que este tem apresentado baixo índice ao não apresentar resolutividade nas ações desenvolvidas no âmbito da saúde, visto que essas ações continuam inacessíveis para a população do campo.

Este aspecto pode parecer óbvio; porém se for dada à população do campo de Itaberaí a oportunidade de se qualificar acerca de como o SUS está articulado, certamente sua atuação será mais pró-ativa, tanto no sentido de formulação de políticas locais de saúde, como também nos casos em que a autonomia do sujeito não esteja sendo preservada.

Assim, ao considerar a saúde como um processo estruturado, mas que também é dinâmico e está em constante mudança ocasionada tanto pelas conquistas diárias da população, no que se refere ao reconhecimento e valorização da participação social, como pelo processo de amadurecimento e da construção coletiva, que fazem do SUS uma política pública que prima por aperfeiçoar seus mecanismos e instrumentos de gestão compartilhada, sugere-se aos gestores do município de Itaberaí, bem como à população do campo, que implantem ações que propiciem a discussão de como a população pode participar da elaboração da Política Local de Saúde.

Para terminar, fica aqui registrada a sugestão para que tanto o STTR como os movimentos de luta pela terra participe da construção coletiva sobre saúde, se utilizando dos conteúdos de educação em saúde voltados para a formação de multiplicadores da sociedade civil sobre esta perspectiva.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, et all. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.26, n.2, pp. 286-298. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2010000200008.

ANDRADE, NAGY e PEREIRA. **Avanços da política de saúde brasileira: um olhar para população rural**. In Ser Social: Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social/ Universidade de Brasília. Departamento de Política Social – v. 16, 2006.

ANDRADE. Conselhos de Desenvolvimento Rural: um espaço adequado para pensar o desenvolvimento rural? In: SCHINEIDER, SILVA E MARQUES (org). **Políticas públicas e participação social no Brasil rural**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

BERGAMASCO. A realidade dos assentamentos rurais por detrás dos números. In: **Estudos Avançados**, 11(31), 1997.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/>>. Acesso em: agosto de 2007.

BRASIL. FUNASA. **Termo de cooperação técnica n.1346**, de 28 de julho de 2004. Dispõe sobre a parceria entre a FUNASA e o INCRA nas ações de saneamento básico rural. Brasília: 2004b. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/>>. Acesso em: agosto de 2004.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra domiciliar 1998**. Rio de Janeiro: 1999. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em julho de 2004.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra domiciliar 2003**. Rio de Janeiro: 2004a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em agosto de 2007.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra domiciliar 2008**. Rio de Janeiro: 2009a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em maio de 2010.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre o Sistema Único de Saúde. Brasília: 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso em: março de 2007.

BRASIL. **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre financiamento em saúde. Brasília: 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso em: Acesso em: março 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta**. Versão preliminar, não acessível, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1434/GM**, de 14 de julho de 2004. Dispõe sobre mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia saúde da família, e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União em 15 de julho de 2004. Brasília: 2004e. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso em: março de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 650/ GM**, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 719/ GM**, de 16 de abril de 2004. Dispõe sobre a criação do Grupo da Terra. Publicada no Diário Oficial da União em 17 de abril de 2004. Brasília 2004c. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso

em: março de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 822/ GM**, de 17 de abril de 2006. Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. Brasília 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª. Conferência Nacional de Saúde**: saúde como direito. Brasília, 1986. Disponível em: <HTTP://www.conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: março de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 9ª. Conferência Nacional de Saúde**: municipalização é o caminho. Ministério da Saúde. 1992. Disponível em: <<http://www.cns.gov.br/>>. Acesso em: março 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 10ª. Conferência Nacional de Saúde**: SUS – construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida. Ministério da Saúde. 1998. Disponível em: <<http://www.cns.gov.br/>>. Acesso em: março 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 11ª. Conferência Nacional de Saúde**: o Brasil como quer ser tratado. Ministério da Saúde. 2000. Disponível em: <<http://www.cns.gov.br/>>. Acesso em: março de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 12ª. Conferência Nacional de Saúde**: saúde um direito de todos e uma dever do Estado. A saúde que temos. O SUS que queremos. Ministério da Saúde. 2003c. Disponível em: <<http://www.cns.gov.br/>>. Acesso em: março de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 13ª. Conferência Nacional de Saúde**: saúde e qualidade de vida – políticas de Estado e desenvolvimento. Ministério da Saúde. 2008b. Disp. em: <<http://www.cns.gov.br/>>. Acesso em: março de 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário. **2º. Plano Nacional de Reforma Agrária**. Brasília, 2003a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Núcleo de Estudos Agrários e

Desenvolvimento rural. **Análise situacional da saúde para assentados da reforma agrária**. Brasília, 2003b.

BRASIL. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de Situação – Goiás**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1432/GM**, de 14 de julho de 2004. Dispõe sobre a inclusão, na base de cálculo do valor do Piso de Atenção Básica (PAB-fix), a população assentada sobre os anos 2000 e 2003, e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União em 15 de julho de 2004. Brasília: 2004d. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso em: março de 2007.

CARVALHO. **Cidadania no Brasil**: um longo caminho. Rio de Janeiro: 2006. Civilização Brasileira, 8ª. Edição.

CASTILHOS. A presença da mulher no controle social das políticas de saúde: **Anais da capacitação de multiplicadoras em controle social das políticas de saúde**. Belo Horizonte: 2003. Mazza Edições

CONTAG. **Caderno Temático nº 2** – para lideranças multiplicadoras do Projeto Formação de Multiplicadores(as) em Gênero, Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos. Brasília-DF, 2008.

CONTAG. **Grito da Terra Brasil 2009**: reforma agrária, agricultura familiar, conservação ambiental – por um Brasil sustentável. Brasília: 2009. Disponível em: <<http://www.contag.org.br/>>. Acesso em: maio de 2009.

CONTAG. **Histórico e estatuto interno**. Disponível em: <<http://www.contag.org.br>>. Acesso em: janeiro de 2004.

DAGNINO. **Para retomar a reinvenção democrática**: qual cidadania, qual participação? Texto apresentado durante o Fórum Social Nordestino, Recife, Pernambuco, 24 a 27 de novembro de 2004. Disponível em http://www.ibase.br/userimages/evelina_dagnino_port.pdf. Acesso: abril de 2010.

DAGNINO. Políticas culturais, democracia e o projeto neoliberal. In: **Dossiê nacional**. Revista Rio de Janeiro, n. 15, jan.-abr. 2005, 45-65.

Demo. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1988.

ESCOREL e BLOC. As Conferência Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1ª. reimpressão, 2006.

GOIÁS. Secretaria do Planejamento e Desenvolvimento. Superintendência de Estatística Pesquisa e Informação. **Perfil Socioeconômico dos Municípios Goianos**. Disponível em: <http://www.seplan.go.gov.br/sepin/>. Acesso em 30/06/2010.

GOIÁS. Secretaria Geral de Gestão. **Agenda 21 do Estado de Goiás: Sustentabilidade para o Desenvolvimento Econômico Regional**. Goiânia: Seplan, 2006.

GUIZARDI e PINHEIRO. Dilemas, culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos da Saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):797-805, 2006.

ITABERAÍ. **Programa Municipal de Saúde de Itaberaí: gestão 2005/2008**. Itaberaí: 2005. Mimeo.

LABRA. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1ª. reimpressão, 2006.

LAURELL. A saúde-doença como processo social. In: Gomes. **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo, 1983.

LIMA. **História das lutas sociais por saúde no Brasil**. In: Trabalho necessário. Issn: 1808-799X. Publicação eletrônica, ano4 – número 4 – 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/trabalhonecessario/Juliano%20TN4.htm>. Acesso em maio 2008.

MEDEIROS. **Reforma agrária no Brasil: história e atualidade da luta pela terra**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

MINAYO. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo:

2006, Hucitec, 9ª edição.

NAGY e ANDRADE. **Saúde e qualidade de vida no campo**: a luta dos(as) trabalhadores(as) da Contag e dos(as)participantes do MST. Brasília: 2004. Monografia apresentada à Universidade de Brasília como pré-requisito para a obtenção do título de especialista em saúde coletiva - educação em saúde.

NORDER. **Assentamentos rurais**: casa, comida e trabalho, 1997. Campinas. Dissertação apresentada à Universidade estadual de Campinas como pré-requisito para a obtenção do título de mestre em sociologia.

PAIM. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAIROL; FILHO. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro, 1999.

PANDOLFI. Percepção dos direitos e participação social. In: CARVALHO (org). **Cidadania, Justiça e Violência**. São Paulo: Editora FGV, 1ª edição, 1999.

SANTOS. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 429-435. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232007000200019.

SCHINEIDER, SILVA, e MARQUES, (org). **Políticas públicas e participação social no Brasil rural**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

SERRUYA, CECATTI e LAGO. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2004, vol.20, n.5, pp. 1281-1289. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500022.

SHIMIZU (org). **O Controle Social em Saúde na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE-DF**: uma experiência de construção de participação democrática. Brasília, Editora do Deptº de Ciência da Informação e Documentação. Série Tempus em Saúde Coletiva, 7, 2008.

SHIMIZU (org). **Os desafios da Gestão da Atenção Básica em Saúde nos municípios da RIDE-DF**. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação

e Documentação da Universidade de Brasília. Série Tempus na Saúde Coletiva, 9, 2009.

SILVA e SCHNEIDER. A participação dos agricultores nas políticas de desenvolvimento rural: uma análise do Pronaf Infra-estrutura e Serviços no estado do Rio Grande do Sul (1997-2000). In: SCHNEIDER, SILVA E MARQUES (orgs). **Políticas públicas e participação social no Brasil rural**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

STARFIELD. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Núcleo de Estudos de Saúde Pública. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra. **Saúde dos trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos da reforma agrária**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

VEIGA. **Cidades imaginárias**: o Brasil é menos rural do que se calcula. Campinas: Autores Associados, 2ª. edição, 2003.

YUNES. O SUS na lógica da descentralização. **Estudos Avançados**. vol.13 n°. 35, São Paulo Jan./Apr. 1999 doi: 10.1590/S0103-40141999000100006

ANEXOS

ANEXO I – RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS A SEREM ANALISADOS

Da Secretaria Municipal de Saúde

1. Estrutura organizacional da Secretaria de Saúde
2. Lei de criação do Conselho de Saúde
3. Relatório Trimestral do Gestor contendo: andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria contratada ou conveniada
4. Plano Municipal de Saúde de 2008

Do Conselho Municipal de Saúde

5. Atas de reuniões do Conselho, em 2008
6. Ofícios de indicação dos atuais conselheiros
7. Regimento Interno do Conselho
8. Relatórios das Conferências Municipais de Saúde, de 2006 a 2008

Do STTR

9. Atas de reuniões da diretoria, em 2008.
10. Atas das reuniões ordinárias, em 2008.
11. Pautas de reivindicações municipais Grito da Terra

ANEXO II - ROTEIRO DA ENTREVISTA COM GESTORES E MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

- Você representa qual segmento/entidade dentro do Conselho Municipal de Saúde?
- Fale sobre a sua experiência como conselheiros no Conselho de Saúde.
- Fale sobre a organização e funcionamento do Conselho de Saúde.
- Comente sobre os mecanismos de articulação entre Secretaria e Conselho Municipal de Saúde.
- Fale sobre a forma de comunicação desenvolvida entre os conselheiros?
- Como é desenvolvido o processo de tomadas de decisões. Quem lidera este processo?
- Fale como a atuação do Conselho de Saúde tem influenciado o planejamento da assistência à saúde na atenção básica no que diz respeito: a) Ao acesso e disponibilidade dos serviços de saúde direcionados à população do campo; b) Infra-estrutura dos serviços de saúde/ condições de atendimento direcionado à população do campo; c) A comunicação desenvolvida entre gestores/ gerentes/ profissionais e usuários; d) As estratégias de ampliação da participação social/ consciência sanitária dos moradores da zona rural.
- Existem espaços de discussões coletivas e participativas onde os trabalhadores rurais podem colocar suas reivindicações no que tange às suas necessidades de saúde?
- Quais as estratégias adotadas para a participação de representantes das entidades de trabalhadores rurais no Conselho de Saúde?
- Você sabe de quem é a responsabilidade sobre a saúde pública?
- Quais os problemas de saúde mais freqüentes encontrados entre os trabalhadores rurais do seu município?
- O Conselho de Saúde tem influenciado no planejamento das ações de saúde para a população rural?
- Se sim, quais os critérios utilizados pelos conselheiros para definir as prioridades de prestação de ações de saúde?
- Quais as dificuldades encontradas para atender as necessidades de saúde da população rural?

- Como você avalia a qualidade dos serviços de saúde na atenção básica direcionadas à população do campo?
- Fale sobre a articulação do Conselho de Saúde com outras instâncias locais/estaduais ou outros setores (assistência social, saneamento, segurança, educação)?
- Como o Conselho Municipal de Saúde tem agido em situações em que se verificam serviços e atividades inadequadas na atenção à saúde?
- O município realiza Conferências Municipais de Saúde? Quantas foram realizadas (data, nº e critério participação, temas e deliberações)?
- Como representante dos trabalhadores rurais, como você discute com seu grupo as deliberações/ atividades discutidas no conselho de saúde?

ANEXO III – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM DIRIGENTES E MEMBROS DO SINDICATO DE TRABALHADORES E TRABALHADORAS RURAIS

- Qual seu vínculo com o STTR?
- Você participa das reuniões ou assembleias do sindicato?
- Os trabalhadores e trabalhadoras rurais participam junto à direção do sindicato das definições de prioridades de saúde da comunidade rural?
- Como ocorrem os processos de planejamento e decisão no tocante às necessidades/demandas de saúde no sindicato?
- As decisões tomadas no Sindicato interferem, modificam, as ações e estratégias de saúde implementadas no município?
- O sindicato é consultado sobre os serviços que as unidades de saúde devem ter para atender as necessidades da população rural?
- Você conhece o Conselho de Saúde?
- Você sabe onde pode buscar informações sobre as questões debatidas no conselho de saúde?
- Você já fez alguma reclamação, denúncia, sugestão sobre algum problema que teve ou foi observado na rede de serviços de saúde?
- Você sabe de quem é a responsabilidade sobre a saúde pública?
- Como está organizado o atendimento à população rural no município de Itaberaí? O que falta?
- Na sua avaliação como o Conselho de Saúde tem atuado nos problemas dos TTR?
- Como você avalia os cuidados de saúde prestados para a população rural nos serviços de saúde do município? Que tipo de assistência é dada?
- Como você avalia o acesso dos trabalhadores rurais a esses serviços?
- Quais são os horários de funcionamento desses serviços? Existe flexibilidade nos horários de atendimento? A população rural consegue ser atendida quando não há consulta marcada?
- Fale sobre a qualidade do atendimento prestado nas unidades de saúde?
- Existem mecanismos de participação social nas unidades de saúde (canais de comunicação, ouvidoria, caixa de sugestões, reuniões com a comunidade)?

ANEXO 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos dirigentes e membros do Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais de Itaberaí-GO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa "A participação dos trabalhadores e trabalhadoras rurais na definição e no acompanhamento das políticas locais de saúde: um estudo de caso", sob coordenação de Maria Rodrigues Nagy, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Os objetivos deste estudo são analisar o processo de organização e participação dos trabalhadores e trabalhadoras rurais do município de Itaberaí – GO na definição e no acompanhamento das políticas locais de saúde.

Você foi selecionado por ser associado(a) ao Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais de Itaberaí e participar da discussão e elaboração das pautas de reivindicação de seu sindicato. Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista com duração de 01 (uma hora) e que será gravada.

Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você pode desistir de participar desta pesquisa e retirar seu consentimento. Cabe ressaltar que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o sindicato.

Os benefícios relacionados com a sua participação estão relacionados ao conhecimento do processo de mobilização dos trabalhadores e trabalhadoras rurais na elaboração e acompanhamento das políticas públicas de saúde.

Na oportunidade, esclarecemos que as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, uma vez que seu nome e local de trabalho e/ou moradia não serão disponibilizados ou divulgados. É importante que você saiba que não há nenhum risco relacionado com sua participação.

Você receberá uma cópia do roteiro desta entrevista, e outra deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Se estiver suficientemente esclarecido(a) sobre o estudo e sua participação, pedimos que seja dado o seu consentimento livre e esclarecido, fazendo constar a sua assinatura abaixo.

Declaro que entendi os objetivos, benefícios e ausência de riscos da minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome do participante (em letra de forma): _____

Telefone: _____ Idade: _____ anos completos

Assinatura: _____

Local e Data: _____, em _____ de _____ de 2009.

Pesquisadora: Maria Rodrigues Nagy

Endereço eletrônico: mariarodriguesnagy@hotmail.com Tel: 61 8165 7574

Endereço institucional: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Brasília – DF, CEP 70.910-900.

Assinatura: _____

Obs. Desejando maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora ou o Comitê de Ética em Pesquisa, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – CEP/FS/UnB.

Página internet: www.unb.br/fs/cep Contato: cepfs@unb.br ou 3307 3799

ANEXO 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos gestores e conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Itaberaí-GO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa "A participação dos trabalhadores e trabalhadoras rurais na definição e no acompanhamento das políticas locais de saúde: um estudo de caso", sob coordenação de Maria Rodrigues Nagy, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Os objetivos deste estudo são analisar o processo de organização e participação dos trabalhadores e trabalhadoras rurais do município de Itaberaí – GO na definição e no acompanhamento das políticas locais de saúde.

Você foi selecionado por ser conselheiro(a) do Conselho Municipal de Saúde do município de Itaberaí-GO e participar da discussão e elaboração de pautas relativas as necessidades de saúde da população rural. Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista com duração de 01 (uma hora) e que será gravada.

Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você pode desistir de participar desta pesquisa e retirar seu consentimento. Cabe ressaltar que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o conselho.

Os benefícios relacionados com a sua participação estão relacionados ao conhecimento do processo de mobilização dos trabalhadores e trabalhadoras rurais na elaboração e acompanhamento das políticas públicas de saúde.

Na oportunidade, esclarecemos que as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, uma que seu nome e local de trabalho e/ou moradia não serão disponibilizados. É importante que você saiba que não há nenhum risco relacionado com sua participação.

Você receberá uma cópia do roteiro desta entrevista, e outra deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Se estiver suficientemente esclarecido(a) sobre o estudo e sua participação, pedimos que seja dado o seu consentimento livre e esclarecido, fazendo constar a sua assinatura abaixo.

Declaro que entendi os objetivos, benefícios e ausência de riscos da minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome do participante (em letra de forma): _____

Telefone: _____ Idade: _____ anos completos

Assinatura: _____

Local e Data: _____, em _____ de _____ de 2009.

Pesquisadora: Maria Rodrigues Nagy

Endereço eletrônico: maria Rodriguesnagy@hotmail.com

Tel: 61 8165 7574

Endereço institucional: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Brasília – DF, CEP 70.910-900.

Assinatura: _____

Obs. Desejando maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora ou o Comitê de Ética em Pesquisa, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – CEP/FS/UnB.

Página internet: www.unb.br/fs/cep

Contato: cepfs@unb.br ou 3307 3799