



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação de Ciências da Saúde

Jacinta de Fátima Senna da Silva

**ACESSO DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS
ÀS AÇÕES E SERVIÇOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

Brasília - DF

2017

Jacinta de Fátima Senna da Silva

**ACESSO DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS
ÀS AÇÕES E SERVIÇOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde pelo programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Edgar Merchan-Hamann

Brasília - DF

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Jacinta de Fátima Senna da. Acesso das Populações do Campo, da Floresta e das Águas às ações e serviços no Sistema Único de Saúde. / Jacinta de Fátima Senna da Silva; orientador Edgar Merchan-Hamann - Brasília - DF, 2017.

Orientador: Prof. Dr. Edgar Merchan-Hamann

211 p.

Tese (Doutorado em Ciências da Saúde), - Universidade de Brasília, 2017.

1. Acesso 2. Território 3. Política de Saúde.

Jacinta de Fátima Senna da Silva

**ACESSO DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS
ÀS AÇÕES E SERVIÇOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde pelo programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovada em:

Banca examinadora

Prof. Dr. Edgar Merchan-Hamann - Orientador (Presidente)
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Ana Cláudia de Araújo Teixeira
Fundação Osvaldo Cruz - CE

Prof. Dr. Manoel Pereira de Andrade
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Maria da Graça Luderitz Hoefel
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Ximena Pamela Díaz Bermudez
Universidade de Brasília

Aos povos do campo, da floresta e das águas.

AGRADECIMENTOS

Às pessoas que contribuíram de algum modo, de forma direta ou indireta, para o caminhar deste trabalho.

Registro meus agradecimentos ao Professor Doutor Edgar Merchamann, pelas sábias contribuições, mais sobretudo, pela paciência, escuta solidária, apoio e amizade. À Professora Doutora Ana Cláudia de Araújo Texeira, pela orientação e apoio no delineamento metodológico cartográfico.

Aos componentes da banca de qualificação, os professores doutores, Ana Cláudia de Araújo Texeira, Fernando Ferreira Carneiro, Manoel Pereira de Andrade e Maria da Graça Luderitz Hoefel, pelas relevantes críticas e proposições.

Às lideranças comunitárias e sindicais: Santino Lopes de Araújo - Bonito de Minas (Comunidades de Água Doce, Panelas e São Francisco); Páscoa Alves Macedo - Cachoeira de Piriá (Quilombo Camiranga); Maria Angela Nascimento dos Santos e Everaldo Sarmiento Visqueiro - Mata Grande (Morro Vermelho); Roseli Gamarra - Tacuru (Assentamento Vitória da Fronteira); pela disponibilidade, solidariedade, simplicidade e capacidade mobilizatória, o que possibilitou a construção das cartografias.

À Maria de Lourdes Walker Kenol, trabalhadora da Prefeitura de Doutor Ulisses pelo apoio e disponibilidade de sua residência para a construção da cartografia.

Aos profissionais de saúde: Tatiane Borges Lima, Secretária de Saúde e à Marisa Marques Correia, Coordenadora de Atenção Primária - Bonito de Minas; Manoel Messias Rebouças de Carvalho, Secretário de Saúde; Nívia do Socorro Sousa Andrade, Secretária Executiva do CMS e Glayce Giselle Rodrigues Mendes, Coordenadora de Área da Atenção Básica - Cachoeira do Piriá; Aritson de Sousa Rodrigues, Secretário de Saúde Adjunto - Mata Grande e Esequiel Bestel Júnior, Secretário Executivo do CMS - Doutor Ulisses pelo inestimável apoio no acontecer da pesquisa nos territórios.

Ao Osvaldo Bonetti, amigo de sempre, pelo apoio e força na finalização do artigo.

Ao Delsuc Evangelista Filho, pelo trabalho de sistematizar e disponibilizar os dados do ICSAP e os caminhos para acessá-los. Valeu.

À Olívia de Campos Guimarães dos Santos e Gabriel Sena Scapetti Almeida, pelo carinho e qualidade da fotografia das imagens cartográficas.

Ao Cristian Lisboa e ao Francisco José de Almeida (Xá), pela paciência para acatar todos os detalhes contidos na figura do arranjo, foram produzidas muitas versões, conversas e explicações.

À Fátima Cristina Cunha Maia Silva pelo carinho solidário, apoio e contribuições assertivas na reta final.

À minha família:

Aos meus pais, Antônio Maçena da Silva Filho e Severina Belarmino da Silva, *in memoriam*, pelo meu começo.

Ao Xá, companheiro de todos os momentos pelas sacadas e cantarolares quando as coisas estavam difíceis.

Aos filhos:

Diego por ter disponibilizado seu espaço para o trabalho e pelo apoio sereno.

Lara, a princesa aventureira, pelo compromisso com seus fazeres.

Gabriel, pelo seu sorriso concordante (vai dar certo) e pelos netos Davi e Iago, cavalheiros solidários do futuro justo e democrático. Tomara!!

À espiritualidade divina por me guiar e me inspirar sempre.

“A busca da utopia é algo ancestral e companheiro do homem. ... o pensamento não é produzido a partir do que houve, nem do que há. O pensamento portador de frutos é produzido a partir do que pode ser” (Milton Santos)

RESUMO

A principal indagação deste trabalho concentrou-se em conhecer o modo como ocorre o acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e serviços no Sistema Único de Saúde. Trata-se de um estudo transversal com abordagem quali-quantitativa, realizado entre 2015 e 2016, que buscou o entendimento de fenômenos complexos específicos, de natureza social e cultural, mediante descrições, interpretações e comparações. A metodologia adaptada para cada objetivo específico da pesquisa, concentrou-se na definição e caracterização da amostra; técnicas de elaboração de instrumentos e percurso cartográfico de campo; construção do processo da pesquisa participante em territórios selecionados; análise de documentos e informações secundárias; e análise epidemiológica de dados secundários com enfoque ecológico-social. O processo cartográfico foi operacionalizado em cinco fases e contou com a participação de grupos de cerca de 14 pessoas, culminando na construção de imagens cartográficas dos territórios e do acesso aos serviços de saúde, plano de ação e proposta de arranjo de atenção à saúde que foram devolvidos à respectivas comunidades. Concomitantemente, foram realizadas as entrevistas individuais locais e nacionais. Os resultados e achados indicaram a capacidade, alteridade e pertencimento desses povos na identificação de suas necessidades de vida e saúde nos territórios e a busca de soluções para as situações - problema. Quanto ao acesso, confirmou-se que a atenção básica, ainda, é uma porta estreita no cuidar em saúde, carecendo de esforços coletivos para reinventar arranjos solidários e participativos focados nas necessidades de saúde, respeitando as peculiaridades, singularidades e diversidades dos territórios e os saberes dos povos.

Palavras Chaves: Acesso, Território e Políticas de Saúde

ABSTRACT

The main question of this work was focused on how the access of the rural, forest and water populations to the actions and services in the Unified Health System occurs. This is a cross-sectional study with qualitative-quantitative approach, conducted between 2015 and 2016, which sought to understand specific complex phenomena, of a social and cultural nature, through descriptions, interpretations and comparisons. The methodology adapted to each specific research objective, focused on the definition and characterization of the sample; techniques of instrument elaboration and cartographic drawing of field; construction of the participatory research process in selected territories; analysis of documents and secondary information; and epidemiological analysis of secondary data with an ecological-social focus. The cartographic process was implemented in five phases and was attended by groups of about 14 people, culminating in the construction of cartographic images of the territories and access to health services, action plan and proposed health care arrangement that were returned to their respective communities. At the same time, individual local and national interviews were conducted. The results and findings indicated the capacity, alterity and belonging of these peoples in the identification of their life and health needs in the territories and the search for solutions to the situations - problem. Regarding access, it was confirmed that basic care is also a narrow doorway in health care, lacking collective efforts to reinvent solidarity and participative arrangements focused on health needs, respecting the peculiarities, singularities and diversities of the territories and the knowledge of people.

Key Words: Access, Territory and Health Policies

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABMINAS	Associação Brasileira para o Desenvolvimento - MG
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária de Saúde
APIB	Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
CEBES	Centro Brasileiro de Saúde em Debate
CF	Constituição Federal
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional das Populações Extrativistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONAQ	Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
CPT	Comissão Pastoral da Terra
DAI	Departamento de Articulação Interfederativa
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCV	Doenças Cerebrovasculares
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
EV	Esperança de Vida ao Nascer
FETRAF	Federação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FS	Faculdade de Ciências da Saúde
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICSAP	Internações por Condições Sensíveis da Atenção Primária
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MAB	Movimento dos Atingidos por Barragens
MAPA	Ministério Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MIQCB	Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco Babaçu
MMA	Ministério do Meio Ambiente
MMC-Brasil	Movimento de Mulheres Camponesas - Brasil
MLT	Movimento de Luta pela Terra
MMTR-NE	Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste
MTRMM	Mulheres Trabalhadoras Rurais - Movimento das Margaridas
MONAPE	Movimento Nacional dos Pescadores
MPA	Movimento dos Pequenos Agricultores
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra
NASF	Núcleo de Saúde da Família
PCATool	Instrumento de Avaliação da Atenção Primária
PEAO	População Economicamente Ativa Ocupada
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
SAGRI-PA	Secretaria de Estado da Agricultura - Pará
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SE	Secretaria-Executiva
SGEP	Secretária de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIM	Sistema de Mortalidade
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde

SCTIE	Secretaria de Ciência e Tecnologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnB	Universidade de Brasília

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Resumo dos atributos da APS, quantitativo e descrição dos itens contidos no instrumento aplicado, adaptado PCATool-Adulto Brasil - 2017	49
Quadro 2	Resumo dos atributos da APS, quantitativo e descrição dos itens contidos no instrumento aplicado, adaptado PCATool-Profissionais-Brasil - 2017	50
Quadro 3	Resumo da discussão das imagens cartográficas comunidades de Água Doce, Panelas e São Domingos, Bonito de Minas, MG - 2015	84
Quadro 4	Plano de ação do território, comunidades de Água Doce, Panelas e São Domingos, Bonito de Minas, MG - 2015.....	85
Quadro 5	Arranjo de atenção à saúde, comunidades de Água Doce, Panelas e São Domingos - 2015.....	87
Quadro 6	Resumo da discussão da imagem cartográfica comunidade Quilombo Camiranga, Cachoeira de Piriá, PA - 2015.....	94
Quadro 7	Plano de ação do território comunidade Quilombo Camiranga, Cachoeira de Piriá, PA - 2015.....	95
Quadro 8	Arranjo de Atenção à Saúde - 2015.....	97
Quadro 9	Resumo da discussão das imagens cartográficas comunidade Morro Vermelho, Mata Grande, AL - 2015.....	103
Quadro 10	Plano de ação do território, comunidade Morro Vermelho, Mata Grande, AL- 2015.....	104
Quadro 11	Arranjo de atenção à saúde - 2015.....	105
Quadro 12	Resumo da discussão das imagens cartográficas comunidade Cerrado de Cima, Doutor Ulisses, PR - 2015.....	111
Quadro13	Plano de ação do território, Cerrado de Cima, Doutor Ulisses - PR, 2015.....	112
Quadro 14	Arranjo de atenção à saúde, 2016.....	114
Quadro 15	Resumo da discussão das imagens cartográficas Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru, MS- 2016.....	120
Quadro 16	Plano de ação do território, Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru, MS - 2016.....	121
Quadro 17	Arranjo de atenção à saúde, Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru, MS - 2016.....	123
Quadro 18	Agenda de luta, Associação de Mulheres Rurais “Pedra Que Brilha” (AMRPQB), Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru, MS - 2016.....	123
Quadro 19	Percepções promotoras e dificultadoras da vida da saúde e do acesso aos serviços de saúde dessas populações, Grupo da	

	Terra, MS - 2016.....	126
Quadro 20	Percepções promotoras e dificultadoras da vida, da saúde e do acesso aos serviços de saúde, profissionais de saúde - 2016....	128
Quadro 21	Percepções promotoras e dificultadoras da vida, da saúde e do acesso aos serviços de saúde, usuários - 2016.....	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização da amostra de municípios selecionados - 2013..	65
Tabela 2	Caracterização da amostra de municípios selecionados - 2013..	67
Tabela 3	Expectativa de vida comparativa de municípios selecionados por região e unidade federada - 2004-2014.....	68
Tabela 4	Cobertura populacional da atenção básica e números de ESF e ESB por municípios selecionados - 2014.....	69
Tabela 5	Ordem de frequência de condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) de municípios selecionados por região, 2004 - 2015.....	71
Tabela 6	Mortalidade proporcional por causas comparativa por região e quadriênio de municípios selecionados - 2003 -2014.....	73
Tabela 7	Perfil sociodemográfico dos participantes comunidades de Água Doce, Panelas e São Domingos. Bonito de Minas, MG-2015.....	79
Tabela 8	Perfil sociodemográfico dos participantes comunidade Quilombo Camiranga, Cachoeira de Piriá, PA - 2015.....	91
Tabela 9	Perfil sociodemográfico dos participantes comunidade Morro Vermelho, Mata Grande, AL - 2015.....	100
Tabela 10	Perfil sociodemográfico dos participantes comunidade Cerrado de Cima, Doutor Ulisses, PR - 2016.....	109
Tabela 11	Perfil sociodemográfico dos participantes comunidade Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru, MS - 2016.....	117
Tabela 12	Perfil sociodemográfico dos entrevistados, Grupo da Terra, MS-2016.....	124
Tabela 13	Média dos escores por atributos, escore essencial e escore geral de orientação a APS, Grupo da Terras - 2016.....	125
Tabela 14	Perfil sociodemográfico de profissionais de saúde entrevistados, territórios cartografados - 2016.....	127
Tabela 15	Média dos escores por atributos, escore essencial e escore geral de orientação a APS, profissionais de saúde dos territórios cartografados - 2016.....	128
Tabela 16	Perfil sociodemográfico de usuários entrevistados por territórios, regiões do Brasil - 2016.....	129
Tabela 17	Média dos escores por atributos, escore essencial e escore geral de orientação a APS por territórios, regiões do Brasil - 2016.....	130

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1	Localização de Bonito de Minas em MG.....	77
Figura 2	Mapa de Bonito de Minas, MG.....	77
Figura 3	Água Doce ao fundo.....	78
Figura 4	Escola Municipal, Água Doce, Bonito de Minas, MG.....	78
Figura 5	Grupo de participantes - 2015.....	80
Figura 6	Vista aérea da vereda do Catolé, APA do rio Pandeiros, norte de Minas Gerais.....	81
Figura 7	Vereda circundada por vegetação típica de cerrado, na APA do rio Pandeiros, norte de Minas Gerais.....	82
Figura 8	Vereda circundada por vegetação típica de cerrado, na APA do rio Pandeiros, norte de Minas Gerais.....	83
Figura 9	Imagem do território: Águas de Doce, Panelas e São Domingos, Bonito de Minas, MG - 2015.....	84
Figura 10	Imagem do território: Água de Doce, Panelas e São Domingos, Bonito de Minas, MG	86
Figura 11	Imagem cartográfica: acesso à saúde, Água de Doce, Panelas e São Domingos, Bonito de Minas, MG- 2015.....	87
Figura 12	Localização de Cachoeira do Piriá no Pará.....	89
Figura 13	Mapa de Cachoeira do Piriá no Pará.....	89
Figura 14	Quilombo Camiranga, Cachoeira de Piriá, PA.....	90
Figura 15	Local da cartografia, Quilombo Camiranga, Cachoeira do Piriá, PA - 2015.....	90
Figura 16	Participantes, Quilombo Camiranga, Cachoeira do Piriá, PA - 2015.....	91
Figura 17	Imagem cartográfica: território Quilombo Camiranga, Cachoeira de Piriá, PA - 2015.....	93
Figura 18	Imagem cartográfica: acesso à saúde Quilombo Camiranga, Cachoeira de Piriá, PA - 2015.....	96
Figura 19	Localização de Mata Grande em Alagoas.....	98
Figura 20	Mapa de Mata Grande, AL.....	98
Figura 21	Morro Vermelho, Mata Grande, AL - 2015.....	99
Figura 22	Capela Nossa Senhora das Graças, Morro Vermelho, Mata Grande, AL- 2015.....	99
Figura 23	Participantes em círculo, aguardando a chegada de outros, Morro Grande, Mata Grande, AL - 2015.....	101
Figura 24	Cartográfica: território, comunidade de Morro Vermelho, Mata	

	Grande, AL - 2015.....	102
Figura 25	Imagem cartográfica: território, comunidade de Morro Vermelho, Mata Grande, AL- 2015.....	102
Figura 26	Imagem cartográfica: Acesso à saúde, Comunidade de Morro Vermelho, Mata Grande, AL, 2015.....	105
Figura 27	Localização de Doutor Ulisses no Paraná.....	107
Figura 28	Mapa de Doutor Ulisses no Paraná.....	107
Figura 29	Cerrado de Cima, Doutor Ulisses, PR, 2016.....	108
Figura 30	Cerrado de Cima, Doutor Ulisses, PR, 2016.....	108
Figura 31	Grupo de participantes, Cerrado de Cima, Doutor Ulisses, PR-2016.....	109
Figura 32	Imagem cartográfica: território, Cerrado de Cima, Doutor Ulisses - 2016.....	110
Figura 33	Imagem cartográfica: território, Cerrado de Cima, Doutor Ulisses - 2016	111
Figura 34	Imagem cartográfica: acesso à saúde, Cerrado de Cima, Doutor Ulisses - 2016.....	113
Figura 35	Localização ao sul do estado de Mato Grosso do Sul.....	115
Figura 36	Mapa de Tacuru,MS.....	116
Figura 37	Entrada do Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru, MS - 2016.....	116
Figura 38	Local da cartografia, Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru, MS - 2016.....	117
Figura 39	Grupo de participantes, Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru - 2016.....	118
Figura 40	Imagem cartográfica: território Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru, MS - 2016.....	119
Figura 41	Imagem cartográfica: território Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru, MS - 2016	120
Figura 42	Imagem cartográfica: acesso à saúde, Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru, MS - 2016.....	122
Figura 43	Proposta de arranjo solidário e participativo territorial de atenção à saúde - 2017.....	156

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	19
INTRODUÇÃO.....	21
1.1 PROCESSO CONSTITUINTE: A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS (PNSIPCFA).....	25
1.2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO.....	29
2. CAPÍTULO I - ANCORAGEM TEÓRICO-CONCEITUAL E TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	30
2.1 ANCORAGEM TEÓRICO-CONCEITUAL.....	30
2.1.1 Compreensão do acesso e de outras abordagens que dialogam, interferem e se complementam entrelaçando conexões para a implementação do acesso às ações e serviços de saúde.....	30
2.2 ANCORAGEM TEÓRICO-METODOLOGICA.....	35
2.3 CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	38
2.3.1 Tamanho e seleção da amostra.....	39
2.3.1.1 Seleção da amostra de atores para entrevistas.....	39
2.3.1.1.1 <i>Instrumentos de coleta de dados.....</i>	<i>41</i>
2.3.2 Processo cartográfico.....	42
2.3.2.1 Percurso metodológico.....	43
2.4 ANALISANDO OS DADOS DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS.....	49
2.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	53
3. CAPÍTULO II – REPERCUSSÕES NA SAÚDE, LUTAS E POLÍTICAS SINGULARES.....	54
3.1 MODELO DE DESENVOLVIMENTO E SAÚDE.....	54
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E ACESSO DE GRUPOS SINGULARES ...	58
3.3 PARTICIPAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NA GARANTIA DE POLÍTICAS SINGULARES E EQUITATIVAS.....	61
4. CAPÍTULO III - OS TERRITÓRIOS DE DIÁLOGOS E AS CONDIÇÕES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	65
4.1 CONTEXTUALIZANDO OS TERRITÓRIOS.....	65
4.1.1 Situações de riscos e agravos no processo de adoecimento dessas populações.....	70
4.2 TERRITÓRIOS DIALÓGICOS E SOLIDÁRIOS.....	74
4.3 ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE: OLHARES, PERCEPÇÕES E OPINIÕES DOS ENTREVISTADOS.....	124
5. CAPÍTULO IV – DESCOBERTAS E APONTAMENTOS DIALÓGICOS.....	132

5.1	Descobertas e apontamentos propositivos.....	132
5.1.1	Discussão dos diálogos nos Territórios.....	136
5.1.2	Resultados dos olhares, percepções e opiniões sobre o acesso	144
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	153
7.	ARRANJO TERRITORIAL PARTICIPATIVO E SOLIDÁRIO EM SAÚDE	155
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	159
9.	APÊNDICES.....	172
9.1	Apêndice A - Ficha do Entrevistado (a) Profissionais de Saúde	172
9.2	Apêndice B - A Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool - Brasil Profissionais de Saúde (adaptado)	173
9.3	Apêndice C - Ficha do Entrevistado (a) Usuário / Conselheiros/ Rep.	175
	Movimentos Sociais	
9.4	Apêndice D - B Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool - Brasil Usuários (adaptado)	176
9.5	Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	178
10.	ANEXO.....	180
10.1	Anexo A - Parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	180
11.	GALERIA DE IMAGENS	188

APRESENTAÇÃO

O presente estudo simboliza um tributo aos povos do campo, da floresta e das águas e uma modesta contribuição para o cuidar em saúde integral e contínuo para e com esses grupos populacionais.

O trabalho compõe-se da introdução que contextualiza que são esses povos, o processo constituinte da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas e o propósito do estudo; o primeiro capítulo aborda a ancoragem teórico- conceitual e metodológica oferecendo algumas concepções básicas e métodos utilizados no desenvolvimento do trabalho. O segundo discorre sobre repercussões do modelo de desenvolvimento e saúde, política pública e a participação dos movimentos sociais para assegurá-las. O terceiro trata, por sua vez, do diálogo nos territórios e das percepções, olhares e opiniões dos grupos em relação às condições de acesso às ações e serviços de saúde; o quarto apresenta a discussão dos achados e resultados, seguido das considerações finais que contêm a proposição de um arranjo territorial solidário e participativo de atenção à saúde.

O processo do acontecer deste estudo deu-se numa conjuntura permeada de acirradas disputas políticas e ideológicas que desembocaram no desmonte progressivo do País e no golpe político ocorrido em agosto de 2016, que depôs uma presidenta eleita com a maioria de votos. Prosseguindo-se no agora com uma avalanche de medidas do atual governo, ditadas pelo mercado e o capital financeiro, que redundam na desconstrução dos direitos sociais e trabalhistas conquistados a quase um século, retrocesso econômico, esgarçamento das políticas sociais, precarização da saúde e da educação, corrupção, desemprego alarmante e cerceamento das liberdades, ou seja, quase um estado de exceção.

Vive-se uma conjuntura incerta, o neoliberalismo galopa, a direita avança no mundo e a desigualdade acentua-se. Quais os caminhos ? Qual o projeto de sociedade e do Brasil dos nossos sonhos? Justo, igualitário, fraterno, sustentável e cidadão? O que fazer ? Organizar a esperança, a unidade dos movimentos sociais e as lutas? Não se render, resistir, lutar, ousar todos e todas juntos. Crer na utopia. Vencer.

Retomando ao significado do trabalho, a experiência e o aprendizado sedimentado nas idas e vindas do fazer, contribuíram para reafirmar a minha caminhada profissional, compromissada com a luta desses povos por uma saúde pública, integral, contínua e promotora de vida, que acredito seja um imperativo ético para todos sanitaristas.

INTRODUÇÃO

As populações do campo, da floresta e das águas caracterizam-se por um mosaico de diversidades e especificidades e denominam-se como povos e comunidades que têm seus modos de vida e reprodução sociais relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, que são camponeses (as); agricultores (as) familiares; trabalhadoras (es) rurais assentadas (os) ou acampadas (os); trabalhadoras (es) assalariadas (os) e temporárias(os) que residam ou não no campo; comunidades tradicionais, como quilombolas, ribeirinhas(os); pescadoras(es) artesanais e marisqueiras; as que habitam ou trabalham nas reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas; aquelas atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais; dentre outros (Brasil, 2014).

Para Arruda (1999:79-80), populações tradicionais são aquelas que apresentam um modelo de ocupação do espaço e uso dos recursos naturais voltados principalmente para a subsistência, com pequena articulação com o mercado, baseado em uso intensivo de mão de obra familiar, tecnologias de baixos impactos provenientes de conhecimentos patrimoniais e de base sustentável. Ocupam a região há muito tempo e não têm registro legal da propriedade privada individual da terra, demarcando somente o local de moradia como parcela individual, e o restante do território como área de utilização coletiva da comunidade, com seu uso regulamentado pelo costume e por normas acordadas internamente.

Cunha e Almeida (2001:192) nominam como sujeitos da categoria populações tradicionais, índios, extrativistas, seringueiros, castanheiros, quebradoras de coco babaçu, ribeirinhos, beiradeiros, pescadores artesanais, varjeiros, faxinalenses, comunidades de fundo de pasto, pomeranos, ciganos, geraizeiros, vazanteiros, piaçabeiros, pantaneiros, veredeiros (grifo nosso), agroextrativistas, caiçaras, dentre outros que já se identificam com esta categoria, e aquelas que ainda poderão surgir.

Os autores acrescentam que são grupos que conquistam ou estão lutando para conquistar identidade pública e que possuem algumas e não necessariamente todas as seguintes características: uso de manejos de baixo impacto, formas

equitativas de organização social, presença de instituições com legitimidade para fazer cumprir suas leis, e traços culturais que são seletivamente reafirmados e reelaborados.

O relatório do Ministério do Meio Ambiente (MMA) produzido por Diegues em parceria com outros autores, conceitua sociedades tradicionais, como grupos humanos culturalmente diferenciados que historicamente reproduzem seu modo de vida, de forma mais ou menos isolada, com base em modos de cooperação social e formas específicas de relações com a natureza, caracterizados tradicionalmente pelo manejo sustentado do meio ambiente. Essa compreensão refere-se tanto a povos indígenas quanto a segmentos da população nacional que desenvolveram modos particulares de existência, adaptados a nichos ecológicos específicos (Diegues et al, 2000).

Ainda, as sociedades tradicionais são definidas como grupos culturalmente diferenciados que se reconhecem como tais, possuem formas próprias de organização social, ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas geradas e transmitidas pela tradição, consoante o decreto nº 6040 de 07 de fevereiro de 2007, que instituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais.

Em tais sociedades, o campo é considerando um lugar de sociabilidade, trabalho, moradia, educação, lazer, identidade, espaço de construção de novas possibilidades de reprodução social e de desenvolvimento emancipador (Almeida, 2007).

A compreensão de florestania abrange o sentimento de pertencer à floresta e ser responsável pela sua conservação; conjunto de valores éticos, conceitos e comportamentos apreendidos na convivência com a floresta; direitos dos seres vivos habitantes da floresta, direitos da floresta compreendida como um ser vivo; noção equivalente à de cidadania, porém aplicada às populações da floresta (Brasil, 2011).

Os povos da floresta são denominados extrativistas, seringueiros e povos das águas - nominados como pescadores artesanais, extrativistas marinhos, ribeirinhos, atingidos por barragens, dentre outros. Vale ressaltar que identificam-se dessa forma no Grupo da Terra, Ministério da Saúde (MS).

A água é um dos elementos centrais da reprodução não somente material, mas, também simbólica dos povos indígenas e comunidades tradicionais. Está presente em inúmeros mitos e símbolos de criação dessas populações. Nas sociedades tradicionais a água, incluindo mares, rios e lagos fazem parte de um território e um modo de vida, bem como representam a base de identidades específicas. No Brasil, algumas dessas sociedades tradicionais são denominadas de “ povos das águas” porque vivem em estreita dependência do elemento aquático, seja dos rios ou mares. Nessas sociedades, as mulheres têm uma relação social e simbólica forte com a água tanto em sua busca quanto em seu uso (Diegues, 1996).

Apesar de vários estudiosos buscarem conceituar e identificar suas especificidades e singularidades, e nominá-los, oficialmente são classificados como categoria rural. Depreende-se que a categorização oficial é insuficiente, pois é preciso respeitar a diversidade do rural brasileiro, constituindo outras classificações a partir das características e atributos já largamente identificados e reivindicados pelo próprio conjunto dessas populações.

No Brasil, a população rural representa 20% da população e contribui com 15% da População Economicamente Ativa Ocupada (PEAO). A Agropecuária cresceu 7% em 2013, maior aumento desde 1996, e contribuiu com 5,7% do PIB em 2013, principalmente com a produção de soja, cana de açúcar, milho e trigo (IBGE, 2014).

Aproximadamente 12 milhões de pessoas (IBGE, 2006) estão envolvidas em uma atividade econômica amplamente reconhecida como perigosa para a saúde, com alta incidência de enfermidades musculoesqueléticas, doenças transmissíveis, e especialmente, a ocorrência de acidentes de trabalho, envenenamentos por picadas de animais peçonhentos, dentre outras (Hämäläinen et al, 2009; Takala et al., 2012).

Dados do Censo Agropecuário de 2006 mostraram haver mais de 5 milhões de empreendimentos nesse setor, envolvendo cerca de 15% da População Economicamente Ativa Ocupada (PEAO), aproximadamente 12 milhões de trabalhadores (IBGE, 2014). Com base no Censo 2010, esses trabalhadores eram em sua maioria do sexo masculino (72,6%), analfabetos ou com ensino inferior ao fundamental completo (78%), e recebiam menos de um salário mínimo, não

contribuíam para a Previdência (82%). Participaram com apenas 4,4% dos benefícios concedidos pela Previdência em 2008 (IPEA, 2009).

A maioria desses trabalhadores integra pequenos empreendimentos familiares, muito embora corresponda a menor proporção de área cultivada que os grandes empreendimentos, denominados genericamente de agronegócio, revelando a importância da agricultura familiar na oferta de empregos e na garantia da sobrevivência (IBGE, 2006).

As populações que vivem no campo brasileiro apresentam perfil de extrema pobreza, onde 53% dos domicílios não estão ligados à rede geral de esgoto pluvial ou fossas sépticas; 48% dos domicílios rurais não estão ligados à rede geral de distribuição de água e não têm poço artesiano ou nascente na propriedade; 71% são negros (pretos e pardos); 26% são analfabetos e 59% estão concentrados na Região Nordeste (IBGE, 2010).

Os resultados dos diversos estudos sobre as condições de saúde desses grupos evidenciam um perfil mais precário quando comparadas às da população urbana, associado ao estado nutricional, a luta da posse da terra, as condições e processos de trabalho, o uso de agrotóxicos, dentre outros fatores. No campo, ainda persistem importantes limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde, e uma situação crítica e insuficiente em relação ao saneamento ambiental.

No caso da população da floresta ainda persistem doenças endêmicas como a malária, febre amarela, doença de Chagas e leishmaniose, determinando um perfil epidemiológico diferenciado para esse grupo.

Neste cenário, esses povos e populações há muito tempo carecem do olhar atento e comprometido dos governos em todas as esferas, e neste caso, especialmente, do Sistema Único de Saúde (SUS). Demandam, sobretudo, a necessidade de superação do modo de desenvolvimento agrícola hegemônico na busca de relações povos - populações - natureza - território que sejam solidárias e promotoras da vida e da saúde, bem como, a garantia de acesso às ações e serviços de saúde que as assistam e as cuidem de modo integral, contínuo e qualificado, respeitando suas especificidades, particularidades, diversidades e saberes.

1.1 PROCESSO CONSTITUINTE: A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS (PNSIPCFA)

A saúde como um direito constitutivo de cidadania a ser assegurado pelo Estado baseia-se em princípios. Por conseguinte, o princípio da universalidade da atenção orienta a construção de um modelo social equitativo e ético pautado pela justiça social. Para tanto, a rede de atenção à saúde deve ser concebida para propiciar cobertura e atendimento universal a toda população, em níveis de complexidade crescente, garantindo a integralidade da atenção à saúde. Essa rede deve adotar os limites geográficos e os critérios de acessibilidade de acordo com as demandas e necessidades no território (Brasil, 2011a).

Considerando a premissa do direito à saúde e as históricas e persistentes demandas desses grupos populacionais, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº. 2.460 de 12 de dezembro de 2005, instituiu o Grupo da Terra como espaço de diálogo e proposição de estratégias para consecução das agendas de reivindicações em saúde. A Portaria que criou o Grupo da Terra foi atualizada pela Portaria nº. 3.071, de 27 de dezembro de 2012, que acrescenta a finalidade de formular, monitorar e avaliar ações para a implementação da PNSIPCFA e participar de iniciativas intersetoriais no tocante a saúde dessas populações (Brasil, 2005; 2012).

O Grupo é composto por representantes de órgãos e entidades públicas e da sociedade civil organizada, sob a coordenação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), cujos representantes das Secretarias do Ministério da Saúde e dos órgãos vinculados a esse Ministério são os seguintes: Secretaria-Executiva (SE); Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); Secretaria de Ciência e Tecnologia (SCTIE), Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI); Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); a Fundação Nacional de Saúde (Funasa); a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); o Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ainda, integram o Grupo os representantes das seguintes entidades: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

(CONASEMS); e por representantes dos movimentos sociais organizados nominados a seguir: a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB); a Comissão Pastoral da Terra (CPT), o Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST); a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag); a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ); o Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS); a Federação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar (FETRAF); o Movimento das Mulheres Camponesas - Brasil (MMC - Brasil); o Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB); o Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco Babaçu (MIQCB); o Movimento de Luta pela Terra (MLT); o Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste (MMTR-NE); o Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA); o Movimento Nacional dos Pescadores (MONAPE); as Mulheres Trabalhadoras Rurais - Movimento das Margaridas (MTRMM); além de convidados de órgãos, entidades públicas e privadas, e especialistas na temática (Brasil, 2012).

O processo de construção da PNISPCA iniciou-se em 2005 sob a coordenação do Grupo da Terra, MS, que adotou o método de construção coletiva, congregando três etapas metodológicas. A primeira etapa, denominada de proposição foi composta pelas seguintes atividades: proposição e definição de metodologia, proposição e definição da estrutura do documento, elaboração e definição da proposta preliminar da Política nomeada primeira versão.

A segunda etapa, denominada de aperfeiçoamento desenvolveu as seguintes atividades na sequência: Oficinas dos Movimentos representados no Grupo da Terra; do CONASEMS; do CONASS; do Ministério da Saúde; de Instituições de Governo representadas no grupo e de Comissões Temáticas, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Essas oficinas foram realizadas com o objetivo de contribuir para o aperfeiçoamento da primeira versão, resultando na consolidação da segunda versão após ser discutida em reunião do Grupo da Terra e submetida ao Fórum nacional organizado pelo MS e com a participação ampliada dessas populações.

Nessa fase foi realizada uma Oficina em duas etapas com a participação de técnicos de Universidades, do MS, representantes de movimentos sociais e

especialistas indicados pelos movimentos, tendo como finalidade consensual as categorias e terminologias a serem consideradas no documento da política.

A terceira etapa, denominada de validação desenvolveu as seguintes atividades: conclusão da terceira versão após intensas discussões, ajustes e aprovação no Grupo da Terra, no Colegiado da SGEP e do Ministério da Saúde, que resultaram na versão final da política, a qual foi encaminhada ao CNS e à Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

A quarta fase, denominada de formalização, teve início após o recebimento da versão final do documento, momento em que a mesa Diretora do CNS decidiu incluir como ponto de pauta para discussão em reunião ordinária do Conselho, a qual foi aprovada por unanimidade em 1º de novembro de 2008.

Concomitante, foram realizadas diversas articulações e negociações junto a CIT, cujo documento foi discutido, exaustivamente, nos grupos técnicos de atenção e gestão de sua câmara técnica, porém somente em novembro de 2011 o documento foi pactuado pela CIT.

Durante esse período teve início o processo de construção do plano operativo dessa política que também, adotou o método de construção coletiva, buscando responder as diversas indagações, pré-requisitos e estranhamentos sobre a forma de implementação da referida política, oriundos do processo de inúmeras negociações ocorridas junto a CIT.

Finalmente, a política foi regulamentada por meio das portarias nº 2.866 de 2 de dezembro de 2011 e nº 2.311, de 23 de outubro de 2014, constituindo-se um documento de cunho transversal e intersetorial que norteia a estratégia política e a prática de gestão visando promover a saúde das populações do campo, da floresta e das águas por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça / cor, etnia e orientação sexual, visando o acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas, à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. (Brasil, 2011; 2014).

Ressalta-se que no processo de forjamento dessa política travou-se um grande debate para a inclusão da categoria floresta, sendo instituída em 2011 conforme a portaria referida acima. Em 2014, após um novo e intenso debate e

reivindicações de movimentos sociais foi incorporada a categoria das águas, fundamentada na relação dessa população com a natureza e na especificidade do processo de trabalho e de sobrevivência de grupos populacionais que trabalham nas águas, especialmente, pescadores e marisqueiras, o que culminou na publicação desse segundo instrumento legal para a atualização da política.

Essa política foi tecida por meio de muitas escutas, olhares e diálogos de todos sujeitos envolvidos e participantes ao longo do processo de sua construção, que se baseou nas evidências das desigualdades e necessidades em saúde, ressaltando-se, a rica e singular contribuição dos movimentos sociais por meio de suas experiências e saberes, incidindo no caráter participativo e dialógico em todas as fases do processo entre o governo e as lideranças.

Ademais, acredita-se que a conjuntura política daquele período, cujo governo democrático e popular forjou várias políticas equitativas e inclusivas, possibilitou a instituição dessa política no afã de corrigir históricas iniquidades e desigualdades de oportunidades dessas populações, constituindo-se num imperativo ético a busca de condições e estratégias para sua plena operacionalização.

Assim, a indagação principal do trabalho concentra-se em conhecer o modo como ocorre o acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e serviços de saúde no SUS, entrelaçada as seguintes hipóteses investigadas: h1 - a organização dos serviços favorece o acesso dessas populações; h2 - as condições socioeconômicas e de exclusão dessas populações influem no acesso e na acessibilidade aos serviços e ações de saúde; e h3 - os serviços e ações de saúde condizem com as necessidades de saúde dessas populações.

1.2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO

O objetivo central desse estudo concentrou-se na análise e descrição das condições de acesso das populações do campo e da floresta aos serviços e às ações de saúde no SUS, a partir dos olhares, percepções e opiniões de diversos atores e movimentos sociais, bem como das informações disponíveis, de modo a identificar limitações, problemas e propor recomendações para a melhoria da atenção universal, integral e equitativa para essas populações. Para tanto, elegeu-se como objetivos específicos:

1. identificar a oferta e a cobertura dos serviços de saúde na atenção básica para essas populações;
2. caracterizar o adoecimento dessas populações, apontando para os agravos à sua saúde, dentre outros fatores de risco; e
3. mapear as necessidades de saúde e os fatores facilitadores e dificultadores do acesso dessas populações na percepção de atores e movimentos sociais.

2. CAPÍTULO I - ANCORAGEM TEÓRICO-CONCEITUAL E TEÓRICO-METODOLÓGICA

2.1 ANCORAGEM TEÓRICO-CONCEITUAL

O presente referencial tem como finalidade elucidar as categorias que sustentam o tema de estudo proposto, a partir de revisão da literatura que aborda aproximações conceituais aos assuntos relacionados à temática.

2.1.1 Compreensão do acesso e de outras abordagens que dialogam, interferem e se complementem entrelaçando conexões para a implementação do acesso às ações e serviços de saúde

Debruça-se sobre as concepções de acesso e acessibilidade que é a questão do trabalho, compreende-se acesso como um conceito complexo e de diferentes significados muitas vezes utilizados de forma pouco precisa na sua relação com o uso de serviços de saúde. É uma concepção que muda ao longo da história e conforme o contexto político, econômico, social e cultural. Ainda, a compreensão da categoria é variável entre diversos autores.

Donabedian (1973), argui que o acesso, tomado como acessibilidade aos serviços de saúde, é a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de saúde de uma população. O autor distinguiu dois tipos de acessibilidade: a sócio organizacional, que inclui características da oferta de serviços, e a geográfica que se relaciona ao espaço e pode ser medida pela distância, tempo de locomoção e custos de transporte, entre outros.

Carr-Hill et al (1997) considera o acesso aos serviços de saúde dependente de quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde; e a distância dos serviços de saúde.

Penchansky e Thomas (1981) definiram o acesso como o ajuste entre as pessoas usuárias e os sistemas de atenção à saúde e identificaram várias dimensões do acesso, tais como: a disponibilidade dos serviços; a acessibilidade geográfica; o grau de acolhimento; a capacidade de compra das pessoas usuárias; a aceitabilidade recíproca entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias.

Andersen (1995) considera o acesso como um elemento do sistema de atenção à saúde que se refere às entradas nos serviços e à continuidade da atenção. O acesso é definido por fatores individuais como: os fatores predisponentes que são anteriores aos problemas de saúde, como gênero; os fatores capacitantes, ou seja, os meios pelos quais as pessoas obtêm os cuidados de saúde; e as necessidades de saúde, que são as condições de saúde percebidas pelas pessoas ou por diagnósticos de profissionais de saúde.

Starfield (2002) distingue acesso de acessibilidade. Acessibilidade refere-se a características da oferta, enquanto que o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade.

Travassos e Martins (2004) argumentam que o conceito de acessibilidade é mais comum que o de acesso e que prevalece a ideia de que o acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de atenção à saúde associada à oferta. Quanto à abrangência do conceito, observaram uma tendência de ampliação do escopo, com deslocamento do seu eixo da entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos. Porém, a tendência recente de empregar-se o conceito baseado em resultados, evidenciou a importância de manterem-se as distinções entre acesso e uso de serviços de saúde; acesso e continuidade do cuidado; e, acesso e efetividade dos cuidados prestados.

Silva et al (2011) compreendem a acessibilidade diretamente relacionada às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação dos usuários; à presença de profissionais devidamente remunerados e preparados para o atendimento; à existência de instalações devidamente equipadas e inseridas em espaços nos quais usuários e profissionais possam interagir. Nesse sentido, a acessibilidade extrapola a dimensão geográfica, abrangendo o aspecto econômico, a existência de um corpo técnico qualificado e a necessidade do usuário em buscar o serviço de saúde.

O Centro Brasileiro de Saúde em Debate (CEBES, 2013) defende que o acesso não é a simples abertura de novo serviço; pois requer planejamento estrutural e epidemiológico, capacitação da equipe do serviço, articulação com a rede local de saúde, assim como as demandas advindas do envolvimento da

sociedade civil organizada. Assim, o acesso é um conjunto de decisões, financiamento e medidas que exigem mudança de cultura política e organizacional.

Estes argumentos indicam as diferenças existentes entre os conceitos de acesso e acessibilidade, podendo-se inferir que a acessibilidade parece estar contida no acesso.

Assim, baseando-se nas diversas posições desses autores, a compreensão de acesso nesse estudo caracterizou-se como o acolhimento oportuno nos serviços de saúde de um determinado território diante das necessidades e demandas da população, conjuntamente com a resolução, a continuidade e a qualidade do cuidado aos problemas que a acomete. O acesso relaciona-se, ainda, às condições socioeconômicas, de vida, nutrição, trabalho, habitação e educação dos usuários; à presença de profissionais devidamente remunerados e preparados para o atendimento; à existência de instalações equipadas e inseridas em espaços nos quais usuários e profissionais possam interagir.

O acesso é central para qualificar a organização do serviço de saúde no território, de modo a contribuir para adoção de arranjos de atenção à saúde que sejam adequados às necessidades da população, às suas especificidades, peculiaridades e características locais.

Cunha (2007) argumenta que no setor saúde os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito social à saúde. Assim, a operacionalidade do acesso à saúde no território deveria ser flexibilizada, tanto próximo ao local de moradia ou do trabalho, ou de ambos, facilitando a escolha do usuário no momento em que precisa de cuidados de saúde.

Akerman (2005), aborda que o território é o lugar em que as pessoas estabelecem relações e deve ser considerado como um espaço vivo e dinâmico da vida e da cidadania. Um espaço geográfico pode ser caracterizado por diversos territórios e é nesse espaço que se fazem presentes as culturas populacionais e os estilos de vida.

Dessa forma, além de um espaço dinâmico e operacional das atividades desenvolvidas pelas políticas públicas de saúde, o território caracteriza-se como um lugar onde a população estabelece relações sociais, políticas e culturais, compartilha

seus problemas e constitui vínculos com as outras pessoas ali inseridas (Miranda; Barcellos; Moreira; Moken, 2008).

Para diversos autores da saúde coletiva, a categoria território é espaço da produção de vida e da saúde, e o compreendem como um espaço geográfico, histórico, cultural, social e econômico, sendo coletivamente construído e constituído, inspirados na obra de Milton Santos. “A categoria analítica território usado pelos homens, tal qual ele é, isto é, o espaço vivido pelo homem [...]” (Santos, 2003: 311).

Saquet (2004) enfatiza que o território é resultado e condição da relação social-natural, sendo apropriado e ordenado por relações econômicas, políticas e culturais compreendidas interna e externamente em cada lugar. Seja grande ou pequena a comunidade deseja manter a sua posse, pois é graças ao território que ela vive e sobrevive.

Prossegue-se na compreensão conceitual de territorialidade, que além de incorporar uma dimensão mais estritamente política, diz respeito também às relações econômicas e culturais, pois está “intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar” (Haesbaert, 2007; Sack, 1986).

Recorre-se ainda, a Andrade, que a define como a identificação e reconhecimento do espaço pela pessoa ou grupo que o habita, isto é, “a formação de um território dá às pessoas que nele habitam a consciência de sua participação, provocando o sentimento da territorialidade” (Andrade, 1993: 214).

Atinente aos limites que circundam o território, deparamo-nos com os chamados entornos. Compreende-se que o entorno supõe uma interação com os ambientes naturais e contextos de natureza cultural, social e econômica, onde se situam e tem sentidos os fenômenos e as dinâmicas relacionais com o território ou os territórios circundantes formando um todo (Sánchez Gamboa, 2007: 73; 88). Assim, o entorno, deve ser considerado na estratégia política e na gestão dos serviços de saúde, possibilitando a formação de redes vivas e diversos modos de fluxos para atenção à saúde.

Portanto, pode-se afirmar que o ambiente e o território solidários contribuem para as condições de vida e saúde de uma determinada população, em particular do campo, da floresta e das águas, e que a cooperação e o compromisso das

comunidades locais, aliados à ação governamental, são fundamentais para desenvolver estratégias de sustentabilidade para a gestão de políticas públicas voltadas a promoção da saúde humana nos entornos.

Nessa linha, a intersetorialidade é compreendida como a articulação de saberes e experiências visando o planejamento para a execução, monitoramento e avaliação de políticas, programas, planos e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas (Inojosa, 2001:105). Trata-se de uma lógica para a gestão de políticas, buscando superar a fragmentação, considerando o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, e as singularidades e peculiaridades socioeconômicas dos diversos grupos populacionais. Mas essa totalidade passa pelas relações homem / natureza e pelo espaço geográfico onde se dão as relações societárias, e que também é construído socialmente (Junqueira, 1997:37).

Segundo Campos (2000), a ação intersetorial envolve espaços comunicativos, capacidade de negociação e intermediação de conflitos para a resolução ou enfrentamento do problema principal e para a acumulação de forças, na construção de sujeitos e na descoberta da possibilidade de agir.

Conforme Santos (2004), a equidade é a reconhecida desigualdade das necessidades entre pessoas, grupos e classes sociais, sob os enfoques demográfico, socioeconômico e epidemiológico. A equidade se constitui na noção orientadora de justiça a que os planejadores e gestores estão desafiados no seu cotidiano. Constitui-se, pois, num princípio ético-político norteador do SUS.

Seguindo no desvelamento de compreensões, utilizam-se categorias cunhadas por Ribeiro (2004) que presta significativa contribuição com duas concepções, quais sejam, a regionalização como fato e como ferramenta.

A regionalização como fato é dependente dos jogos de disputa do poder nos diversos formatos (construção e uso) de apropriação do território, bem como das construções históricas dos múltiplos processos que moveram e limitaram a ação hegemônica, mas não guarda dependência da ação hegemônica do presente (Ribeiro, 2004:194-195). Nesse sentido, a regionalização como ferramenta refere-se a sua instrumentalidade vinculada a essa ação hegemônica da atual conjuntura.

Raramente, a região assim concebida pressupõe objetividade-fim-instrumentalidade, articulando-se com ideologias e recursos político-administrativos (Ribeiro, 2004).

A regionalização na saúde é um princípio norteador da organização político-territorial do SUS. A lei 8.080/1990 que regulamenta o SUS institui, no art. 7º, que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados, devem ser desenvolvidos de acordo com o definido no artigo 198 da Constituição Federal. Ainda, expõe que a descentralização política e administrativa terá direção única em cada esfera de governo e que haverá indução a descentralização dos serviços para os municípios, e, bem como para a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Portanto, a regionalização configura-se como uma estratégia adotada pelo SUS (Brasil, 1990).

A região de saúde é concebida como um espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, além de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com o objetivo de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011 a).

Convém ressaltar que a rede de atenção à saúde é considerada um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (Brasil, 2011 a).

Assim, completando-se o referencial agrega-se a participação popular, o que requer sujeitos e coletividades com poder, autonomia e articulação política para provocar respostas da gestão diante de suas demandas (Lima, 2010). Essa compreensão pressupõe a participação ativa, efetiva e legítima dos atores sociais, para que estes intervenham na definição de prioridades e aplicação de políticas universais, integrais e equitativas de saúde nos territórios.

2.2 ANCORAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Diante de um objeto complexo como o “Acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e serviços no Sistema Único de Saúde (SUS)”, certamente há desafios metodológicos a serem escolhidos e trilhados. Desse modo,

descreve-se a ancoragem teórico-metodológica, os caminhos das escolhas e as trilhas metodológicas percorridas durante a pesquisa.

Num estudo, o processo de definição do método e o seu modo de aplicação a partir do tema proposto são períodos de incertezas, de buscas e de inquietudes diante do objeto a ser estudado e iluminado. Costumeiramente, vive-se um certo estranhamento de onde começar ou do ponto de partida. Bourdieu (1989:18) é enfático ao sinalizar que nesse tipo de empreitada “a gente se expõe e corre riscos”. Portanto, é imprescindível conter os temores à exposição, à crítica e reconhecer as próprias limitações. Esse autor ainda argumenta que devemos ser capazes de compreender a pesquisa como uma atividade racional - ou seja, que nem sempre se fala, com efeito e confiança, mas que há possibilidades de aprender e apreender no processo de construção e investigação.

Neste trabalho optou-se pela combinação de métodos quali-quantitativos, com ênfase na abordagem qualitativa-participante. Por conseguinte, apresenta-se a discussão das características principais da pesquisa qualitativa.

Conforme Denzin e Lincoln (2006), a modalidade implica numa abordagem interpretativa do mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus territórios, tentando entender os fenômenos a partir dos significados que as pessoas a eles atribuem. Nessa linha de argumentação, Vieira e Zouain (2005) acrescentam que a investigação confere importância fundamental aos depoimentos dos atores sociais implicados, aos discursos e aos significados transmitidos por eles. Assim, prima pela descrição detalhada dos fenômenos, dos símbolos e dos elementos que a circundam.

Creswel (2007:186) realça o fato de que, na perspectiva qualitativa, o ambiente social é a fonte direta de dados e o pesquisador o seu principal instrumento, sendo que os dados coletados são predominantemente descritivos. O autor destaca que a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto e que o interesse do pesquisador ao estudar um determinado problema é verificar como ele se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas. No tocante, à análise dos dados, a pesquisa qualitativa é dinâmica ao invés de pré-configurada.

Dielh (2004) adiciona que a qualitativa descreve a complexidade de um

determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos, contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades do fenômeno a partir da vivência dos participantes.

Godoy (2005) evidencia critérios fundamentais para uma boa pesquisa, tais como: credibilidade, no sentido de validade interna, ou seja, seguir princípios e orientações intrínsecas às metodologias qualitativas e apresentar resultados dignos de confiança; transferibilidade, não se tratando de generalização, mas no sentido de realizar uma descrição precisa do fenômeno que permita ao leitor imaginar o estudo em outro contexto; confiança em relação ao processo desenvolvido pelo pesquisador e registro, pelo pesquisador, de todas as fases da pesquisa. O autor também cita o critério de confirmabilidade dos resultados, ou seja, a avaliação da coerência dos resultados com os dados coletados e a explicitação cuidadosa da metodologia, de forma a detalhar, minuciosamente, o método utilizado pela pesquisa e a relevância das questões da pesquisa em relação a estudos anteriores.

Por sua vez, Minayo (2013) leciona que as relações entre abordagens qualitativas e quantitativas demonstram o seguinte: as duas metodologias não são incompatíveis e podem ser integradas num mesmo projeto; uma pesquisa quantitativa pode conduzir o investigador à escolha de um problema particular a ser analisado em toda sua complexidade, por meio de métodos e técnicas qualitativas e vice-versa; a investigação qualitativa é a que melhor se coaduna ao reconhecimento de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos.

Para análise das informações e achados, além dos fundamentos descritos, adere-se ao pressuposto metodológico a Hermenêutica de Profundidade (HP), referencial desenvolvido por John B. Thompson, no qual os métodos específicos podem ser colocados e relacionados um com o outro, bem como podem ser avaliados os seus limites, oportunizando ao mesmo tempo “a análise dos fenômenos culturais e das formas simbólicas em contextos estruturados” (Thompson, 2002:33-34), vivenciados e extraídos no cotidiano de um determinado território.

Este referencial metodológico evidencia três fases: a análise sócio-histórica, a análise formal ou discursiva e a interpretação/reinterpretação. Este método também recorda que os sujeitos participantes do processo de produzir e contribuir para o

desvendamento de uma determinada realidade são como os cientistas sociais, ou seja, sujeitos que compreendem, examinam, revelam e agem alicerçados em ato de sua prática, compreensão e reflexão (Thompson, 2002:389).

Assim, no processo de análise, o “a priori político” dos sujeitos deve ser considerado e compreendido como os saberes e ideias no ambiente do viver e do produzir, o que conduz ao engendramento das relações sociais, culturais, políticas e humanas no território. Habermas o traduz como o mundo da vida, contexto formador de horizonte dos processos de entendimento (Habermas, 1982:494), que aportam experiências, realizações e proposições que podem contribuir para a interpretação e compreensão das descobertas, dos conflitos e das próprias transformações do contexto.

Gomes observa que, dentre as alternativas de desenho metodológico para análise do material qualitativo, encontra-se a hermenêutica-dialética. Tal perspectiva fundamenta-se no diálogo entre as ideias de Gadamer e Habermas. O primeiro define a hermenêutica como a arte da compreensão, considerando a experiência humana e não apenas as ciências, resultado do processo social. O segundo assinala que a dialética focaliza a dissensão, a mudança e os macroprocessos, resultado do processo de conhecimento com suas inúmeras determinações e significados singulares (Gomes, 2014:20,33).

2.3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quali-quantitativa, realizado entre 2015 e 2016, que buscou o entendimento de fenômenos complexos específicos, de natureza social e cultural, mediante descrições, interpretações e comparações, considerando os seus aspectos qualitativos e quantitativos.

Assim, a metodologia integrou abordagens qualitativas e quantitativas adaptadas para cada objetivo específico da pesquisa, as quais se concentraram na: definição e caracterização da amostra; técnicas de elaboração de instrumentos e percurso metodológico de campo; construção do processo da pesquisa participante em territórios selecionados; análise de documentos e informações secundárias; e, análise epidemiológica de dados secundários com enfoque ecológico-social.

Concomitantemente à revisão e à seleção da literatura teórico-conceitual e metodológica, procedeu-se à definição da amostra e à escolha das unidades de análise, cujo planejamento metodológico contou com os seguintes passos:

2.3.1 Tamanho e seleção da amostra

A amostra do estudo abrangeu as cinco regiões do País, sendo composta por 15 municípios selecionados, 100 atores entrevistados e cinco processos cartográficos, sendo um por região. Para seleção da amostra de municípios adotou-se o método de sorteio casual simples sem reposição. Nesse método, "as combinações de n diferentes elementos, dos N que compõem a população, possuem igual probabilidade de vir a ser a amostra efetivamente sorteada" (Cochran, 1977:18).

Na seleção dos municípios, foram escolhidos três de cada região geográfica, aplicando-se os seguintes critérios de inclusão: Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) $\leq 0,599$ (baixo); população ≤ 30.000 ; população rural $\geq 50\%$ e desenvolvimento de atividades econômicas predominantemente extrativistas e agrícolas.

A seguir desenvolveu-se a coleta, sistematização, organização e análise de dados secundários de diversas bases, cuja finalidade foi subsidiar a caracterização das 15 unidades de análise escolhidas. Note-se que nessa fase foi trabalhada a abordagem quantitativa que se entrelaça e complementa a compreensão qualitativa dos achados. Prosseguiu-se descrevendo as técnicas e procedimentos adotados para a realização do trabalho.

2.3.1.1 Seleção da amostra de atores para entrevistas

A amostra baseou-se nos seguintes critérios: tipos de agentes pelo lugar de atividade e, sujeitos individuais e coletivos na política de saúde e atuação no Estado, tais como: líderes de movimentos sociais, conselheiros, usuários, gestores e técnicos da atenção básica dos municípios selecionados. Assim, a amostra compõe-

se de cinco gestores, dez técnicos da atenção básica, cinco conselheiros de saúde, sendo um por município, exceto, os técnicos da atenção básica, que foram dois por território; 10 líderes de movimentos sociais, sendo dois por município e 50 usuários, sendo, no mínimo, dez por município.

Ainda, foram entrevistados 17 participantes (um por entidade): Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS); Comissão Pastoral da Terra (CPT); Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ); Entidades Representativas dos Povos Indígenas; Federação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar (FETRAF); Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB); Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA); Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST); Movimento Nacional dos Pescadores (MONAPE); e Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais - Movimento das Margaridas (MTRMM).

Estes atores foram selecionados por serem componentes do Grupo da Terra/ Ministério da Saúde (MS), espaço de diálogo e proposição de estratégias para consecução das agendas de reivindicações em saúde dessas populações. O CONASS e o CONASEMS foram selecionados por representarem os gestores do SUS nos âmbitos estadual e municipal.

Os usuários entrevistados foram escolhidos por amostra sistemática e considerados aqueles que manifestaram disponibilidade para compartilhar suas experiências sobre o fenômeno pesquisado, visto que a intenção é compreender tal fenômeno a partir da perspectiva daqueles que o vivenciam. Este tipo de amostra é planejado de forma cuidadosa e pode ser aplicada por meio de uma tabela de números aleatórios (Goode,1977). A seleção foi realizada da seguinte forma: a cada cinco passantes numa dada praça, rodoviária ou outro local público, dependendo da cidade, o próximo passante foi convidado para a entrevista.

2.3.1.1.1 Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos para as entrevistas foram construídos com base no PCATool, modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2005). O referido modelo baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde prestados à população. Campbell (2000) descreve o processo de atenção como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais regulados pela estrutura do serviço de saúde.

Este modelo de avaliação foi validado em outros países (Pasarín, 2007; Lee, 2000) e revalidado por um grupo de técnicos, tendo recebido o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool-Brasil. Adaptado à realidade, o modelo permite medir a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde (APS) nos serviços de saúde, e contém três partes: uma voltada aos profissionais de saúde e duas partes voltadas a usuários-adultos e crianças.

Na adaptação à realidade brasileira, cada versão original do instrumento foi transformada em um questionário aplicável para entrevistas e passou por um processo de validação que contém as seguintes fases: tradução, tradução reversa, adaptação, pré-teste, validação de conteúdo e de construto, análise de consistência interna e de confiabilidade (Harzheim, Duncan, Stein, 2006).

O instrumento adotado para gestores, conselheiros de saúde, atores de movimentos sociais e usuários foi adaptado da versão nacional, tomando-se como base a versão reduzida construída por Oliveira et al (2013), que em seguimento aos trabalhos de Starfield (Starfield, 2002; Harzheim, 2004; Harzheim, Duncan, Stein, 2006) permitiu uma reavaliação do PCATool Adulto-Brasil usando a Teoria da Resposta ao Item (TRI) como metodologia de análise.

Os autores partiram de um modelo acumulativo unidimensional, cujos resultados demonstraram que houve uma contribuição diferente de cada item desse instrumento para o traço latente, orientação à APS, confirmando a adequação do PCATool-Brasil versão usuários adultos para avaliação de serviços de Atenção Primária, evidenciada, todavia, uma baixa contribuição de alguns itens, o que possibilitou a redução do instrumento (Oliveira, 2013).

Os instrumentos adaptados, baseados na versão reduzida do PCATool-Adulto-Brasil, contemplando as dimensões essenciais e derivadas da APS são os seguintes: Afiliação, Utilização, Acesso - Primeiro Contato; Longitudinalidade / Atendimento continuado; Coordenação do Cuidado e Sistema de Informações; Integralidade / Serviços Disponíveis e Prestados; Enfoque Familiar e Orientação Comunitária (Oliveira, 2013), e na singularidade do tema

- ✓ Instrumento A - Profissionais de Saúde (Gestores e Profissionais de Atenção Básica)

Este instrumento é composto por uma ficha de identificação do respondente com dez itens, contendo os seguintes dados sociodemográficos: nome, idade, sexo, estado civil, grau de instrução, profissão, cargo e cor da pele; e um questionário composto pelas dimensões listadas acima num total de 22 itens. (Apêndices A e B).

- ✓ Instrumento B - Conselheiros de Saúde, Representantes Movimentos Sociais e Usuários

Este instrumento é composto por uma ficha de identificação com dez itens, contendo os seguintes dados sociodemográficos: inserção social, idade, sexo, estado civil, grau de instrução, ocupação/atividade e cor da pele; e um questionário composto pelas dimensões citadas acima num total de 26 itens. (Apêndice C e D).

Para testagem, os instrumentos foram aplicados a cada dois atores por tipologia, representantes de entidades nacionais e atores de municípios selecionados. Após avaliação e análise das contribuições e críticas aperfeiçoaram-se os instrumentos, especialmente, no tocante ao conteúdo das perguntas.

2.3.2 Processo cartográfico

Os territórios para o desenvolvimento do processo cartográfico foram escolhidos da amostra dos 15 municípios previamente selecionados, a partir dos seguintes critérios: maior percentual de população rural e um por região do País.

A cartografia, método proposto por Deleuze e Guattari e utilizado em pesquisas de campo voltadas para o estudo da subjetividade (Kirtst et al, 2003),

apresenta-se como importante ferramenta, buscando abarcar a complexidade das situações-problemas, investigando o coletivo de forças em cada situação e levando em consideração os saberes, experiências e posições dos implicados na construção do conhecimento coletivo. Contudo, a cartografia é um modo de conceber a pesquisa como outra possibilidade de conhecer, proporcionando o encontro do pesquisador com o seu campo, com o outro e na relação - interação com o outro.

A cartografia social ou cartografia viva fundamenta-se na pesquisa-ação ou pesquisa participante que, para Thiollent (2005:14), é um tipo de pesquisa social com base empírica concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou a resolução de um problema coletivo envolvendo os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema, de modo cooperativo e colaborativo.

Assim, partilhando dessa compreensão buscou-se conhecer de forma mais detalhada os territórios escolhidos para o processo cartográfico por meio dos dados secundários coletados, sistematizados, organizados e analisados. Construiu-se o percurso metodológico a seguir e a matriz que norteou a elaboração do plano de ação após os diálogos sobre o conteúdo e significados das imagens dos territórios.

2.3.2.1 Percurso metodológico

O percurso metodológico planejou a construção dos processos cartográficos em cinco fases, conforme descritas a seguir:

Primeira fase

1. Contatos com sujeitos da pesquisa - representantes do poder público (prefeituras, secretarias de saúde) e de movimentos sociais locais com foco nas populações da PNSIPCFA (sindicatos rurais, igrejas, associações e pastorais).
2. Visita às unidades selecionadas e contato com entidades e representantes locais.
3. Seleção dos participantes para as oficinas junto aos movimentos locais.

4. Pactuação de agenda / compromisso de trabalho na primeira reunião com o grupo de representantes de movimentos e definição da organização da oficina (local, horário, infraestrutura e logística).

Segunda fase

Realização da primeira oficina com a participação de cerca de 20 participantes. Cujos objetivos foram os seguintes: apresentar o projeto, selecionar o grupo de pesquisa, pactuar agenda compartilhada de trabalho e construir coletivamente o mapa ou imagem participante. Assim, descreve-se a seguir os momentos que foram trabalhados nesta fase.

Momento 1: Boas-vindas, apresentação do projeto e os esclarecimentos que se fizeram necessários

Momento 2: Escolha dos sujeitos e composição do grupo de pesquisa com a participação de representantes de movimentos locais, profissionais da atenção básica e conselheiros de saúde. A escolha dependeu da disponibilidade de tempo dos presentes para participar do trabalho que ocorreu durante um dia, e, apenas em um território prosseguiu na manhã do dia seguinte. Concluído esse momento iniciou-se o trabalho.

Momento 3: Apresentação das perguntas norteadoras, discussão em grupo e listagem dos conteúdos em cartolina.

Momento 4: Discussão e priorização do conteúdo listado a partir das questões problematizadoras.

Momento 5: Construção coletiva do Mapa do Território.

Momento 6: Apresentação e discussão do mapa.

Terceira fase

Momento1: Discussão de elementos / dimensões para subsidiar a elaboração de um plano de ação.

Momento 2: Listagem dos elementos do plano de ação.

Momento 3: Priorização dos elementos do plano de ação.

Momento 4: Conclusão do plano de ação.

Quarta fase

Nessa fase realizou-se o processo de construção do mapa de acesso, inclusive ocorria mais rápida, devido a experiência de construção do mapa do território.

Momento1: Apresentação das perguntas norteadoras discussão em grupo e listagem dos conteúdos em cartolina.

Momento 2: Discussão e priorização do conteúdo listado a partir de questões problematizadoras.

Momento 3 : Construção coletiva do Mapa de Acesso.

Momento 4: Apresentação e discussão do mapa.

Quinta fase

Momento1: Discussão de elementos / premissas para o arranjo de atenção à saúde, baseado no mapa de acesso.

Momento 2: Listagem dos elementos / premissas do arranjo de atenção à saúde

Momento 3: Priorização e conclusão dos elementos / premissas do arranjo de atenção à saúde.

Prossegue-se com o compartilhamento das perguntas norteadoras e questões problematizadoras que foram utilizadas no processo cartográfico, com o propósito de estimular a discussão e aportar elementos para a elaboração coletiva dos mapas / imagens cartográficas, planos de ação e das premissas do arranjo de atenção à saúde.

Roteiro básico de perguntas norteadoras e questões problematizadoras:

a. Mapa do Território

1. Quais os elementos / dimensões que promovem / favorecem a vida e a saúde no território?
2. Quais os elementos / dimensões que ameaçam / dificultam a vida e a saúde no território?

✓ Questões problematizadoras:

1. Sociais, culturais, históricas, políticas, econômicas e institucionais (acontecimentos, eventos, instituições mais importantes).

2. Processos produtivos / atividades de trabalho / ocupação.
3. Projetos de desenvolvimento / comunitários / sociais.
4. Ação intersetorial
5. Ação intrasetorial
- ✓ Questões para construção do Plano de Ação
 1. Quais são ações necessárias para fortalecer os elementos / dimensões que favorecem / promovem o território?
 2. Quais são ações necessárias para superar os elementos / dimensões que dificultam / ameaçam o território?
- ✓ Questões problematizadoras:
 1. Proposições que fortaleçam as potencialidades / forças e desejos
 2. Proposições que enfrentam as ameaças / dificuldades

b. Mapa de Acesso aos Serviços de Saúde

1. Quais os elementos / dimensões que promovem / favorecem o acesso aos serviços de saúde?
2. Quais os elementos / dimensões que ameaçam / dificultam o acesso aos serviços de saúde?
- ✓ Questões problematizadoras:
 1. Percepção da compreensão do que é saúde.
 2. Existência de serviços
 3. Serviços ofertados
 4. Qualidade dos serviços / da atenção à saúde / do cuidado à saúde
 5. Percepção do direito à saúde
 6. Necessidades em saúde
 7. Principais problemas / riscos / agravos
 8. Práticas tradicionais
 9. Papel dos movimentos sociais / conselhos de saúde
 10. Papel do poder público

- ✓ Questões para a construção do Arranjo de Atenção à Saúde:
 1. Quais são ações necessárias para fortalecer os elementos / dimensões que favorecem / promovem o acesso?
 2. Quais são ações necessárias para superar os elementos / dimensões que dificultam / ameaçam o acesso?

- ✓ Questões problematizadoras:
 1. Proposições que fortaleçam as potencialidades / forças e desejos
 2. Proposições que enfrentam as ameaças / dificuldades.

Para facilitar a compreensão do leitor resume-se as fases do processo cartográfico: uma primeira fase, que consistiu em contatos iniciais com os sujeitos, visita às unidades escolhidas, seleção de participantes e pactuação de agenda de compromisso, envolvendo data da oficina, número de participantes, local e infraestrutura; uma segunda fase, em que ocorreu a construção do mapa do território; na terceira fase, realizou-se a elaboração do plano de ação; na quarta fase, deu-se a construção do mapa de acesso; na quinta fase, houve a priorização dos elementos para a proposta de arranjo de atenção à saúde. Nesse processo os participantes preencheram a mesma ficha de identificação já descrita acima (Apêndice C).

Registra-se, ainda, que em três territórios a segunda fase iniciou-se na segunda viagem, mas a realização da construção cartográfica propriamente dita ocorreu na terceira viagem. Inclusive, foram feitas substituições de participantes devido a indisponibilidade de tempo. E, em dois territórios, a segunda fase, só foi possível iniciar-se na terceira ida após exaustivas negociações. Por solicitação dos grupos de pesquisa dos territórios não foram gravados os diálogos ocorridos durante o processo de construção das cartografias, apesar de existir previsão para tal gravação.

Desse modo, as oficinas tiveram a participação de grupos de 11 a 14 pessoas nos territórios, que resultaram na construção das imagens / mapas dos territórios, de acesso aos serviços de saúde, planos de ação e propostas de premissas para

subsidiar os arranjos de atenção à saúde para os cinco territórios, os quais foram devolvidos aos coletivos participantes.

A aplicação da técnica permitiu o conhecimento das necessidades e demandas nos territórios a partir do diálogo e interação com os participantes, da observação, da mediação para a construção das cartografias e das vivências nos seus cotidianos. Durante o processo preparatório para a aplicação da técnica referida foram necessárias muitas idas aos territórios e negociações junto aos atores locais para o processo de aceitação e de construção dos resultados listados anteriormente.

A definição do universo, tamanho da pesquisa e distância geográfica devem ser avaliadas cuidadosamente, relacionando com os recursos financeiros disponíveis, longo processo para aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, apoio técnico e a temporalidade de término da pesquisa. Somente durante o ato das práticas na operacionalização das etapas de investigação foi possível perceber a relevância dessas variáveis que podem determinar o sucesso ou não da conclusão do estudo.

2.4 ANALISANDO OS DADOS DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS

Visando facilitar a compreensão do estudo agrupou-se no (Quadro 1) e no (Quadro 2) os respectivos resumos dos instrumentos aplicados e adaptados do PCATool-Brasil (Brasil, 2010).

Quadro 1 - Resumo dos atributos da APS, quantitativo e descrição dos itens contidos no instrumento aplicado, adaptado do PCATool-Adulto Brasil - 2017

Atributos da APS	Itens	Descrição do item	Conceituação
Afiliação	*A1, A2, A3	Agrupamento das 4 questões referentes ao serviço próximo ou de preferência	Dispositivo de saúde próximo ou preferencial.
Primeiro Contato (Utilização)	B2	Quando tem novo problema vai a esse serviço antes de ir a outro	Acessibilidade e uso do serviço quando adocece ou precisa de orientação ou acompanhamento rotineiro.
Primeiro Contato (Acesso)	C11	Dificuldade para ter atendimento	Aporte regular de cuidados pela equipe de saúde ao longo do tempo
Longitudinalidade /Atendimento Continuado	D1, D6, D9	Atendimento pelo mesmo profissional Sente-se à vontade Sabe quais os problemas importantes para você	
Coordenação (Cuidado e Sistemas de Informação)	D14, E6, E10, E13	Mudaria de serviço se fosse fácil Profissional de saúde sugeriu consulta com especialista Informou motivo para consulta Qualidade e resultado da consulta com especialista	Capacidade de garantir a continuidade da atenção na rede de serviços.
Integralidade (Serviços Disponíveis)	F3, G9, G17, G20	Prontuário disponível Orientação sobre saúde mental Orientação sobre fumo Orientação sobre mudanças no envelhecimento	Prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades de uma determinada população.
Integralidade (Serviços Prestados)	G23, H1, H5, H7, H11	Vigilância/prevenção à saúde Orientação sobre alimentação Exercícios apropriados Verifica e orienta os medicamentos Medicamentos prescritos fornecidos	
Enfoque Familiar / Comunitário	I1, J4	Tratamento e cuidado para você e sua família Pesquisas qualidade do serviço	A família como sujeito da atenção e reconhecimento das necessidades de uma população conforme o contexto social.

*A1. Há um serviço de saúde onde você geralmente vai quando adocece ou precisa de orientação sobre sua saúde? A2. No seu serviço de saúde há profissionais de saúde que você confia? A3. No seu serviço de saúde há profissionais de saúde que são mais responsáveis por seu atendimento de saúde?

Quadro 2 - Resumo dos atributos da APS, quantitativo e descrição dos itens contidos no instrumento aplicado, adaptado do PCATool-Profissionais-Brasil - 2017

Atributos da APS	Itens	Descrição do Item
Primeiro Contato (Acessibilidade)	A1	Serviço aberto sábado ou domingo
	A3	Quando adoece é atendido no mesmo dia
	A8	Fácil marcar consulta de rotina
	A9	Espera mais de 30 minutos para ser atendido
Longitudinalidade / Atendimento Continuado	B1	Atendimento pelo mesmo profissional
	B12	Quando não conseguem a medicação ou não podem pagar
Coordenação (Cuidado e Sistemas de Informação) Integralidade (Serviços Disponíveis e Prestados)	C3	Agenda a consulta para especialista
	C 4	Informações escritas para o serviço especializado
	C6	Acompanha resultado da consulta c/ especialista
	D2	Prontuário disponível
	E1	Vigilância alimentar e nutricional
	E3	Programa ou benefício de assistência social
	E4	Ações de saúde bucal
	E8	Orientação sobre saúde mental
Orientação Familiar	E15	Prevenção câncer de colo de útero
	E22	Programa de vigilância à saúde
	F8	Controle de casos de exposição às substâncias perigosas e a agrotóxicos
	F12	Visitas domiciliares
	G1	Opinião do usuário sobre o tratamento e cuidados
	G2	Doenças/ problemas de saúde da família
*Organização Comunitária	H3	Ouvidoria / caixa de coleta das opiniões
	H5	Pesquisas do perfil epidemiológico
	H6	Conselho de saúde/Conselho gestor
	H7	Movimentos sociais, redes, coletivos /grupos.

*Consideram-se as opiniões e mecanismos de participação da comunidade com objetivo de contribuir para a melhoria da gestão dos serviços e do cuidado em saúde.

Para todos os itens foram usadas, como resposta, as opções citadas que foram adaptadas de forma simples e direta: 1. Com Certeza (Valor = 4); 2. Sim (Valor = 3); 3. Não (Valor = 2); 4. Não sei / Não lembro (Valor = 9). Exceto, para o item A4 - Qual o tempo de uma consulta no seu serviço?, cuja resposta foi em numeral de acordo com a experiência e vivência do respondente.

O cálculo dos escores foi efetuado conforme recomendação dos autores dos instrumentos PCATool-Brasil (Brasil, 2010). Após o processamento dos dados em Excel foram calculados os escores médios de cada atributo essencial e derivado, o escore essencial (obtido pelo valor médio dos atributos essenciais e do grau de afiliação), e escore geral da atenção básica (obtido pelo valor médio dos atributos essenciais e derivados e do grau de afiliação). Foram considerados escores altos, os valores iguais ou maiores que 6,6, que derivam de um ajustamento dos escores indicados na escala de Likert original a uma escala entre zero e dez, para cada um

dos atributos avaliados, consoante estudos recentes que aplicam o mesmo instrumento (Oliveira, 2012; Freitas et al, 2015).

Os escores para cada um dos atributos foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo, após procedeu-se a transformação dos escores, considerando a escala de 0 a 10, utilizando-se a fórmula seguinte:

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

Prossegue-se apresentando as fórmulas para cálculo dos escores essencial e geral.

Escore Essencial (EE)

O escore essencial efetuado pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais e do grau de afiliação dividido pelo número de componentes.

$$\frac{EE = (A + B + C + D + E + F)}{6}$$

Escore Geral (EG)

O escore geral efetuado por meio da soma do escore médio dos componentes dos atributos essenciais, dos atributos derivados e do grau de afiliação dividido pelo número total de componentes.

$$\frac{EG = (A + B + C + D + E + F) + (G + H)}{8}$$

A média do tempo de consulta foi calculada pela soma dos valores obtidos dividido pelo total de respondentes, a qual agregou-se a discussão dos resultados dos escores.

Um determinado serviço de saúde dirigido à população em geral pode ser considerado provedor de atenção básica quando apresenta os quatro atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao incorporar atributos derivados, que qualificam as ações desses serviços, tais como: a atenção à saúde centrada na família e a orientação comunitária (Franco et al, 2012).

Nos dois instrumentos acrescentaram-se perguntas abertas descritas a seguir, cujo conteúdo das respostas e os comentários livres que agregaram opiniões, percepções, olhares e interpretações sobre o acesso aos serviços e ações de saúde foram trabalhados num quadro próprio e analisado conjuntamente com o material produzido articulando-se a singularidade do tema.

1. Cite os fatores / elementos que facilitam/promovem a vida e a saúde dessas populações.
2. Cite os fatores / elementos que dificultam/ameaçam a vida e a saúde dessas populações.
3. Cite os fatores/elementos que facilitam / promovem o acesso aos serviços de saúde.
4. Cite os fatores/elementos que ameaçam / dificultam o acesso aos serviços de saúde.

Os quadros que contêm os elementos promotores e dificultadores da vida, da saúde e do acesso foram elaborados agrupando-se as percepções / opiniões, evitando-se assim, repetições.

Os dados obtidos do instrumento PCATool-Adulto Brasil referentes aos conselheiros de saúde, representantes de movimentos sociais e usuários foram analisados conjuntamente por território.

2.4. ASPECTOS ÉTICOS

Mediante leitura e aceitação, os participantes, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em conformidade com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e as orientações estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Faculdade de Ciências da Saúde (FS), da Universidade de Brasília (UnB). (Apêndice E). O projeto de pesquisa foi aprovado conforme parecer nº 1194831/2015 (Anexo A). Ressalta-se que o TCLE, continha os objetivos da pesquisa e esclarecimentos em relação à participação voluntária, à garantia que as informações pessoais coletadas serão mantidas confidenciais, principalmente os nomes dos participantes e o cumprimento dos princípios éticos em todas as etapas do estudo.

3. CAPÍTULO II - REPERCUSSÕES NA SAÚDE, LUTAS E POLÍTICAS SINGULARES

3.1 MODELO DE DESENVOLVIMENTO E SAÚDE

No Brasil, o modelo de desenvolvimento centrado no capitalismo alicerça-se nas desigualdades socioeconômicas e ambientais que auferem lucros e riquezas para grandes grupos nacionais e transnacionais, ampliando as diferenças de classes e agravando as condições de vida, trabalho e saúde da população com menor poder aquisitivo, e de forma mais vigorosa, às populações do campo, da floresta e das águas, que historicamente têm mais dificuldade de acesso às políticas públicas e de condições socioeconômicas.

O modelo de produção agrária hegemônico no Brasil está demarcado pela entrada do capitalismo no campo e pela chamada “Revolução Verde” que lhe dá sustentação, demonstrando um caráter perverso em relação ao modo de apropriação, exploração, expropriação da natureza e da força de trabalho. O agrotóxico é uma expressão de seu potencial morbígeno e mortífero, que transforma os recursos públicos e os bens naturais em oportunidades de negócios (Abrasco, 2015).

A expressão Revolução Verde refere-se à invenção e à disseminação de novas sementes e práticas agrícolas que permitiram um vasto aumento na produção agrícola a partir da década de 1950 nos Estados Unidos e na Europa, e, nas décadas seguintes, em outros países. Embora tenha surgido com a promessa de acabar com a fome mundial, o que não ocorreu, no entanto essas práticas trouxeram inúmeros impactos sociais e ambientais negativos ao planeta.

No Brasil o uso intensivo de agrotóxicos teve início a partir da década de 70, na raiz do seu uso encontra-se o modelo econômico capitalista cuja racionalidade fundamenta o uso massivo de venenos, no âmbito de uma permissividade que destrói a vida em nome do combate às pragas e do controle de doenças na agricultura (Abrasco, 2015).

A expressão agronegócio tem origem na década de 1990 e representa uma construção ideológica na tentativa de consolidar uma imagem de novo modelo de

desenvolvimento da agricultura: sofisticado, eficiente, produtivo, em contraposição à imagem da agricultura capitalista vinculada ao latifúndio, que carrega a identidade da exploração, do trabalho escravo, da extrema concentração da terra, do coronelismo, do clientelismo, da improdutividade e do desmatamento.

Na verdade, os dois representam o mesmo modelo, que domina historicamente a produção agrícola no país: grandes propriedades de terras que produzem para exportação, mas que sofrem modificações e adaptações (Fernandes, 2004).

O agronegócio é responsável por aproximadamente 23% do Produto Interno Bruto e quase 50% do valor das exportações. As perspectivas para os próximos anos são elevadas e segundo projeções recentes do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Brasil, 2016), a produção brasileira de grãos deverá passar dos atuais 196,5 milhões de toneladas para 255,3 milhões na safra 2025/2026. Na cadeia de carnes (bovina, suína e aves), projeta-se um incremento de 29,8% até 2025 que significa mais 7,8 milhões de toneladas, nos próximos 10 anos.

Para Fernandes (2005:3-4), a questão agrária brasileira traz como elementos principais a desigualdade, a contradição e o conflito. O capitalismo para desenvolver-se, precisa expropriar o trabalhador dos meios de produção e de seu conhecimento; produz e intensifica, por consequência, a alienação do homem, atualmente em escala mais intensa e dramática. Nesse processo de desterritorialização dos trabalhadores rurais emergem a resistência e organização, e o campesinato se (re)territorializa em luta. Conforme o autor, esse processo é inerente ao capitalismo e, por isso, insuperável: “ou convive-se com ele, administrando-o politicamente, procurando minimizar os seus efeitos devastadores, produtores de pobreza e miséria, ou supera-se o capitalismo”.

Para avançar no enfrentamento dessa lógica é necessária outra postura e também, outro discurso. É indispensável compreender que a agroecologia, como síntese de diversas alternativas ambientais e socialmente apropriadas contrárias ao padrão tecnológico dominante, tem como base efetiva produtiva o campesinato contemporâneo que representa, atualmente, 4,5 milhões de estabelecimentos rurais.

A expressão agroecologia como ciência ou disciplina científica apresenta uma série de princípios, conceitos e metodologias para estudar, analisar, dirigir, desenhar e avaliar agroecossistemas, com o propósito de permitir a implantação e o desenvolvimento de estilos de agricultura com maiores níveis de sustentabilidade. Assim, a agroecologia proporciona as bases científicas para apoiar o processo de transição para uma agricultura sustentável nas suas diversas manifestações e / ou denominações (Altieri, 2000: 56).

A Agricultura familiar e camponesa tem seu modo de produção fundada em diversidade produtiva, em economia de escopo, em territórios política e socialmente estabelecidos e viabilizada pelo encurtamento das cadeias de produção e comercialização. No modo camponês de fazer agricultura, a lógica é a produção de máximo valor agregado possível, com a utilização, fundamentalmente, de recursos autocriados e automejados. Possibilita-se, assim, que a coprodução entre o homem e a natureza viva torne-se um fator decisivo para o fortalecimento continuado da base de recursos e consequente redução da dependência quanto a insumos externos (Ploeg, 2008:40-51).

A ocupação de terras na luta pela Reforma Agrária é uma das principais estratégias dos movimentos sociais do campo no Brasil e representa um dos momentos de luta pela terra. Pois, com a ocupação e conquista de assentamentos rurais inicia-se uma nova etapa, sendo necessário buscar e conquistar condições de vida e de produção na terra, por meio de um modo de desenvolvimento que possibilite o estabelecimento da agricultura camponesa. Dados sobre as lutas no campo e a realização da Reforma Agrária têm demonstrado que esta, no Brasil, só avança com pressão dos movimentos sociais (Girardi, 2008).

O cenário do mercado de agrotóxicos em 2010, mostrou que houve um acréscimo nos últimos 10 anos de 190%, enquanto no mercado mundial esse acréscimo foi de 93%. As maiores empresas que controlam esse mercado são multinacionais instaladas no Brasil (BASF, Bayer, Dupont, Monsanto, Syngenta, Dow). Em 2010, eram consumidos 22% desse produto na América Latina, sendo 19% no Brasil, que é o maior mercado de agrotóxicos do mundo, seguido pelos EUA (Anvisa, 2012).

Assim, o Brasil é o maior consumidor mundial de agrotóxicos, dado estimado pelo volume comercializado no país. Os trabalhadores expostos são numerosos, sendo as intoxicações agudas a face mais visível do impacto destes produtos na saúde (Faria, Fassa e Facchini, 2007). O uso abusivo dos agrotóxicos no Brasil tem gerado graves consequências, tanto para o ambiente como para a saúde humana, em especial a saúde das populações do campo, da floresta e das águas e de suas famílias. Essas consequências, geralmente, são determinadas e condicionadas pelo contexto, pelo modo de produção químico-dependente, pela precariedade das relações de trabalho, pela toxicidade dos produtos utilizados, pela insuficiência dos mecanismos de vigilância da saúde, pelo uso inadequado ou falta de equipamentos de proteção coletiva e individual. Esta situação é acentuada pela precariedade das condições socioeconômicas da maioria da população do campo e dos trabalhadores rurais, o que amplia a vulnerabilidade a que estão expostos face à toxicidade dos agrotóxicos (Oliveira-Silva et al., 2001; Sobreira; Adissi, 2003).

A presença e a persistência dos agrotóxicos no meio ambiente variam em função de diversos condicionantes. Eles podem ser encontrados em diferentes compartimentos ambientais por tempos variados. No ar, são originários de procedimentos de aplicação na pulverização em forma de aerossóis. No solo, são decorrentes do derramamento ou do descarte inadequado, que por percolação podem atingir o lençol freático, e por carreamento das águas podem atingir as águas superficiais (Komatzu; Vaz, 2004).

Ressalta-se que o padrão tecnológico dominante envolve a expansão dos latifúndios agroindustriais de alta complexidade tecnológica e com um alto grau de externalidades negativas devido ao uso massivo de agrotóxicos. Essas externalidades estão relacionadas aos danos ambientais e à saúde humana, cujos custos acabam sendo socializados (Carneiro, 2007).

Foram registrados 10 milhões de casos de câncer no mundo em 2002 e para 2020 são projetados 15 milhões. O número de mortes, no entanto, deve subir mais: dos 6 milhões verificados em 2002, projetam-se 12 milhões para 2020, sendo a alimentação o maior fator de risco, seguido pelo tabaco, setor controlado também pelas corporações transnacionais (Turci, 2007).

No entanto, existe grande dificuldade em confirmar a maior incidência de câncer decorrente da contaminação por uso de agrotóxicos, para fazer a comprovação é preciso comparar dados epidemiológicos de doenças de regiões que usam muito agrotóxico com outras que usam pouco (Pignati, 2007).

A saúde possui como determinantes e condicionantes os fatores socioeconômicos, culturais, ambientais e políticos, materializados na alimentação, moradia, saneamento básico, ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais, assim os níveis de saúde da população traduzem a organização social, econômica e política do País (Brasil,1990).

Para tanto, é fundamental, e constitui-se num imperativo ético, a continuidade estratégica da luta do movimento ambientalista em âmbito nacional e internacional primando pelo alcance de um desenvolvimento emancipador, promotor de vida e saúde da população brasileira e do mundo, incluída a saúde dos povos do campo, da floresta e das águas.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E ACESSO DE GRUPOS SINGULARES

Historicamente, a saúde dessas populações foi relegada pelo estado, determinada pelas diferenciações dos espaços campo-floresta-cidade e pela própria estrutura fundiária brasileira que amplia as desigualdades, haja vista, a forma como ocorre a distribuição de terras, sendo concentrada maciçamente nos grandes latifúndios.

Analisa-se que a trajetória do governo popular no Brasil e a forte intervenção da sociedade civil organizada no período de 2003 até a metade do ano de 2016, propiciou a decisão e tecimento da PNSIPCFA, e de tantas outras políticas de inclusão social e de equidade. Este período favoreceu a construção de um espaço participativo e democrático de formulação e implementação de políticas públicas.

A formulação de políticas públicas a partir de premissas que considerem as especificidades, singularidades e diversidades de grupos populacionais e que sejam construídas de forma participativa é um caminho possível e desejável. No contexto das mudanças conjunturais, a eficiência na formulação e implementação de

políticas públicas equitativas será fator essencial para a diminuição dos riscos e agravos à saúde dessas populações, aliadas a práticas de agroecologia e agricultura familiar, o que influencia diretamente a sustentabilidade das dimensões social, econômica, ambiental e sanitária nos territórios.

A construção da PNSIPCFA foi forjada de forma participativa, considerando os saberes e experiências dos movimentos sociais desde a metodologia, e continuando-se no seu processo e implementação. Por tratar-se de uma política singular e equitativa, faz-se necessário o convencimento permanente dos gestores e articulação de condições intrasetoriais e intersetoriais locais para possibilitar sua operacionalização nos diversos territórios no país.

A equidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e referencia-se diretamente com as noções de igualdade e de justiça. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades e demandas das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender às peculiaridades e diversidades.

Desse modo, norteia as políticas públicas de saúde, reconhecendo e respeitando necessidades e demandas de grupos populacionais singulares e atuando de forma a reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde e das vulnerabilidades a que estão submetidos.

Nessa linha, a política visa promover a atenção integral a saúde das populações do campo, da floresta e das águas de forma igualitária e universal, bem como, garantir o acesso resolutivo e com qualidade. Contém objetivos, diretrizes e estratégias que exigem responsabilidades das três esferas de gestão voltadas para a melhoria das condições de saúde desse grupo populacional. É uma política transversal, que prevê ações compartilhadas entre as três esferas de governo, cuja articulação as demais políticas do Ministério da Saúde torna-se imprescindível. Sua implementação nos estados e municípios depende do compromisso e ação do governo e da atuação ativa e permanente da sociedade civil.

Prossegue-se apresentando os seguintes princípios e diretrizes contidos na política: saúde como direito universal e social; inclusão social, com garantia do acesso às ações e serviços do SUS, da promoção da integralidade da saúde e da atenção às especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual

dessas populações; transversalidade como estratégia política e a intersetorialidade como prática de gestão norteadoras da execução das ações e serviços de saúde voltadas à essas populações; formação e educação permanente em saúde, considerando as necessidades e demandas dessas populações, com valorização da educação em saúde, articulada com a educação fundamental e técnica; valorização de práticas e conhecimentos tradicionais, com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social dessas práticas e a produção e reprodução de saberes das populações tradicionais; promoção de ambientes saudáveis, contribuindo para a defesa da biodiversidade e do respeito ao território na perspectiva da sustentabilidade econômica, social e ambiental; apoio à produção sustentável e solidária, com reconhecimento da agricultura familiar, camponesa e do extrativismo, considerando todos os sujeitos do campo, da floresta e das águas; participação social com estímulo à qualificação da participação e intervenção desses sujeitos nas instâncias de controle social em saúde; informação e comunicação em saúde considerando a diversidade cultural para a produção de ferramentas de comunicação; e produção de conhecimentos científicos e tecnológicos. Esses preceitos subsidiarão a fundamentação de planos, programas, projetos e ações de saúde objetivando a sua operacionalização (Brasil, 2011; 2014).

Esses princípios e diretrizes foram tecidos a partir de referenciais conceituais, teóricos, dos saberes e experiências desses grupos considerando as relações sociedade-natureza-sustentabilidade socioeconômica ambiental-saúde-direitos para uma política pública que pressupõe um movimento permanente de responsabilidade e parceria do estado e do movimento social, e de um ordenamento institucional intrasetorial e intersetorial para a sua plena consecução.

Passados cinco anos da instituição da PNSIPCFA e de instrumentos operacionais, destacam-se ações que ensejam sua implementação, tais como: ampliação da Política Nacional de Atenção Básica materializada no aumento de recursos financeiros repassados fundo a fundo, relacionando a equidade com qualidade. Considera-se a equidade a partir dos seguintes critérios: município menor, maior percentual de população pobre e menores densidades demográficas. A qualidade, considerada, por meio dos critérios de: avaliação, valorização e premiação de equipes e municípios, induzindo um novo modelo da Estratégia de

Saúde da Família. Ressalta-se a implantação na Amazônia Legal e no Mato Grosso do Sul, de equipes ribeirinhas e fluviais, em conformidade com as portarias MS / GM nº 2.191, de 3 agosto de 2010, nº 837, de maio de 2014 e nº 1.229, de 6 de junho de 2014.

O Programa Mais Médicos, que representa um amplo pacto para a melhoria da atenção à saúde no SUS, o qual prevê investimentos de infraestrutura das unidades de saúde e de hospitais, e designa médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais (Brasil, 2016).

Instituição do Observatório da política com objetivo de contribuir na análise de sua operacionalização e o planejamento de ações dirigidas a essas populações, envolvendo estudiosos, especialistas e pesquisadores populares interessados na temática.

Formação de lideranças em parcerias com os movimentos representativos dessas populações e instituições com foco no modelo de produção agroecológica e sem uso de agrotóxicos, o que contribui como determinante ambiental que está intrinsicamente imbricado com a saúde e a vida (Brasil, 2015:19 - 20).

Assim, essa política insere-se na perspectiva de justiça social, valorizando e respeitando as diferenças culturais e étnicas entre as diferentes populações e contribuindo para a garantia do direito social à saúde. Fazendo-se necessário, recriar e aperfeiçoar processos de gestão para sua plena implementação nos diversos territórios do país, favorecendo de fato e em ato o acesso desses grupos às ações e serviços de saúde.

3.3 PARTICIPAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NA GARANTIA DE POLÍTICAS SINGULARES E EQUITATIVAS

Nas últimas três décadas foram intensas as lutas dos grupos do campo, da floresta e das águas por meio de seus movimentos representativos, ressaltando-se o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, o Conselho Nacional das Populações Extrativistas, a Articulação Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais, a Confederação dos Trabalhadores na Agricultura, o Movimento dos Pescadores e Pescadoras do Brasil, entre outros, por uma agenda tríade: saúde, ambiente e

sustentabilidade socioeconômica. Desse modo, no bojo dessas agendas foi conquistada a construção e formalização da PNSIPCF.

Desde a década de noventa nas diversas estratégias de lutas desses movimentos, como o Grito da Terra (CONTAG), a Marcha das Margaridas (Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais), Abril Vermelho (MST), o Chamado da Floresta (CNS) e a Jornada da Agricultura Familiar (FETRAF), dentre outras. Tive a oportunidade e experiência de acompanhar as reivindicações por acesso à saúde, defesa do ambiente e sustentabilidade socioeconômica, reforma agrária, políticas públicas e cidadania, por ocasião de encontrar-me no exercício de trabalhadora da saúde no Ministério da Saúde.

No setor saúde travou-se um grande diálogo em torno das questões atinentes ao direito à saúde desses grupos, ano após ano eram repetidas as mesmas reivindicações, ampliavam-se as estratégias de lutas e surgiam novos movimentos que se incorporavam e reforçavam a agenda tríade.

A partir de 2005, no setor saúde, iniciou-se o processo de discussão e proposição da necessidade de uma política de saúde que atendesse as suas históricas reivindicações, simultaneamente, os movimentos representativos atuavam intersetorialmente na busca estratégica de toda a agenda, a exemplo da realização da I Conferência Nacional de Desenvolvimento Sustentável e Solidário (I CNDRSS), a primeira conferência exclusivamente dedicada a discutir a vida no meio rural, tendo como principal resultado a proposta de uma Política de Desenvolvimento do Brasil Rural. Essa proposta foi assentada em uma concepção contemporânea e na abordagem territorial de desenvolvimento, referenciais que valorizam os espaços rurais e reconhecem a necessidade de integrar o desenvolvimento rural às estratégias do desenvolvimento nacional. Essa política afirma-se em sete princípios fundamentais, a saber: democracia, sustentabilidade, inclusão, diversidade, soberania, igualdade e solidariedade (Brasil, 2010:123-130).

Assinala-se, ainda o Programa Territórios da Cidadania, instituído pelo decreto presidencial, de 25 de fevereiro de 2008, publicado no Diário Oficial da União de 26 de fevereiro de 2008, cujo objetivo principal concentrou-se em promover e acelerar a superação da pobreza e das desigualdades sociais no meio rural, inclusive às de gênero, raça e etnia, por meio da estratégia de

desenvolvimento territorial sustentável, contemplando: integração de políticas públicas; ampliação dos mecanismos de participação social na gestão das políticas; ampliação da oferta dos programas básicos de cidadania; inclusão e integração produtiva das populações pobres e dos segmentos sociais mais vulneráveis, tais como, trabalhadoras rurais, quilombolas, indígenas e populações tradicionais; e, valorização da diversidade social, cultural, econômica, política, institucional e ambiental das regiões e das populações (Brasil, 2010).

Esse programa apresentou um arranjo inovador de governança onde foram incluídos dezenas de ministérios e outros órgãos federais, governos estaduais, municípios e colegiados constituídos para a gestão e controle territorial participativo.

No setor saúde, as conferências nacionais de saúde, desde a 8ª até a 15ª registram nas suas recomendações a necessidade de políticas que garantam a atenção à saúde das populações do campo, da floresta e das águas. Por tratar-se de uma terminologia recente, essas populações eram registradas como populações ou povos do campo ou rurais. Especificamente no que tange aos relatórios e documentos da 14ª e 15ª conferências nacionais, evidencia-se a exigência de implementação da PNSIPCFA (Brasil, 2012: 49; 2015:8).

Assinala-se que na programação da 5ª conferência nacional de saúde, realizada em 1975, antes da instituição do SUS, já trazia o tema Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais (Brasil, 2009:15-6).

Ademais, o princípio da participação social como forma de afirmação da democracia foi consagrado na Constituição Federal de 1988. Desde então houve uma proliferação de formas e instâncias de participação em todas as esferas da União, destacando-se os conselhos e conferências, que cumprem o papel de verdadeiras arenas públicas, espaços de diálogo e encontros entre a sociedade e Estado, proporcionando ao cidadão a oportunidade de propor soluções para os problemas do seu Município, Estado e do País. Os conselhos e conferências de saúde são a expressão máxima do controle social do setor saúde no País.

Portanto, registra-se que no período de 2003 a 2016 foram realizadas 122 conferências nacionais no Brasil, abrangendo 52 áreas setoriais nas esferas municipal, regional, estadual e nacional. Esse processo mobilizou uma expressiva participação de aproximadamente 11,5 milhões de pessoas, na qualidade de

delegados, observadores e convidados, assim conferindo a vigorosa pujança da participação social nas diversas áreas de políticas públicas e incidindo no fortalecimento da democracia participativa (Brasil, 2016).

Desse modo, avalia-se que esse período propiciou a construção de mecanismos participativos e dialógicos entre a sociedade civil organizada e as esferas de governo favorecendo o forjamento e instituição de políticas singulares e equitativas, bem como, a participação cidadã.

Mais uma vez, menciona-se que o conjunto das populações do campo, da floresta e das águas conquistou a PNSIPCFA, como fruto de lutas históricas e reivindicações constantes nas suas agendas pautando o acesso às ações e serviços de saúde.

Na carta da 14^a conferência nacional de saúde afirmou-se que as políticas de equidade fossem instrumentos contributivos para assegurar o direito, a promoção da igualdade e a qualidade de vida dessas populações, superar todas as formas de discriminação e exclusão da cidadania, e transformar o campo e a cidade em lugar de produção da saúde (Brasil, 2012:83).

4. CAPÍTULO III - OS TERRITÓRIOS DE DIÁLOGOS E AS CONDIÇÕES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

4.1 CONTEXTUALIZANDO OS TERRITÓRIOS

Para a contextualização das unidades de análise apresenta-se a caracterização dos municípios selecionados, conforme os dados das tabelas de 1 a 6.

Na caracterização da amostra de municípios selecionados observa-se que a população varia entre 3.029 e 26.484 habitantes, situando-se na classificação de pequeno porte do Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE), que estabelece as faixas de até 5.000 a 50 mil habitantes. Constata-se que quatro municípios apresentam maior contingente populacional rural na ordem de mais de 80%, cerca de 80% e mais de 70%, respectivamente, nas regiões Sul, Norte, Sudeste e Nordeste. Verifica-se que dois municípios da região Nordeste apresentam maior expressão de população feminina na ordem de 3.649 e 12.366 (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra de municípios selecionados - 2013

UF	Município	Pop2010	%Pop Urbana	%Pop Rural	Pop M	Pop F	Dist. km Cap/Mun
AL	Mata Grande	24698	22,97	77,03	12332	12366	287
AM	Caapiranga	10975	46,83	53,17	5812	5163	135
AP	Mazagão	17032	48,57	51,43	8974	8058	33,7
BA	Malhada de Pedras	8468	38,19	61,81	4322	4146	575
MG	Bonito de Minas	9673	22,84	77,16	4995	4678	643
MG	São Sebastião do Maranhão	10647	30,53	69,47	5371	5276	366
MG	Serra Azul de Minas	4220	40,52	59,4	2121	2099	273
MS	Tacuru	10215	36,88	63,12	5274	4941	420
MT	Nova Nazaré	3029	36,94	63,06	1565	1464	714
MT	Porto Estrela	3649	40,18	59,82	1903	1746	179

PA	Cachoeira do Piriá	26484	20,89	79,11	13720	12764	255
PB	Nazarezinho	7280	43,74	56,26	3631	3649	461
PR	Doutor Ulysses	5727	16,22	83,78	2980	2747	132
PR	Laranjal	6360	31,93	68,07	3236	3124	418
RS	Dom Feliciano	14380	23,18	76,82	7398	6982	172

Fonte: Atlas PNUD, 2013 (adaptado).

Prosseguindo-se na caracterização da amostra é possível demonstrar que o município de Mata Grande localizado no estado de Alagoas, região nordeste apresenta a menor taxa de esperança de vida ao nascer, maior taxa de mortalidade infantil até 1 ano e a maior população economicamente ativa com 18 anos ou mais. Ainda, observa-se que em dois municípios da região norte existe maior percentual de pessoas com abastecimento de água e esgotamento sanitários inadequados, e um da região Nordeste com a menor taxa de fecundidade total. Um município da região norte apresenta maior percentual de renda proveniente de rendimentos do trabalho formal, o que pode significar maior aquecimento do mercado de trabalho local. Verificou-se nesse município, também, a existência de uma usina termelétrica com matriz energética a gás natural, além de projetos de apoio ao desenvolvimento local (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização da amostra de municípios selecionados - 2013

UF	Município	Esperança de Vida ao Nascer	Taxa Fec Total	Mort Infantil até 1 ano	% de Água e Esgoto inadequados	% de Renda do Trabalho	PEA de 18 a ou +
AL	Mata Grande	66,0	2,9	43,6	29,17	46,86	8394
AM	Caapiranga	71,5	4,0	21,4	32,74	80,80	3275
AP	Mazagão	70,5	4,5	23,3	53,72	78,15	5382
BA	Malhada de Pedras	70,0	1,9	27,9	33,42	51,37	3281
MG	Bonito de Minas	71,5	2,5	21,2	5,22	49,15	3365
MG	São Sebastião do Maranhão	74,0	2,2	17,0	19,80	57,27	3746
MG	Serra Azul de Minas	73,5	2,4	17,6	17,90	61,18	1260
MS	Tacuru	72,0	3,3	24,0	30,00	70,33	3300
MT	Nova Nazaré	72,5	2,7	19,4	0,73	74,89	990
MT	Porto Estrela	73,2	2,5	18,2	11,82	70,73	1040
PA	Cachoeira do Piriá	72,0	3,5	22,0	75,80	69,18	7673
PB	Nazarezinho	70,0	2,3	28,0	10,20	38,94	2053
PR	Doutor Ulysses	72,5	2,3	16,4	0,97	64,85	2215
PR	Laranjal	72,5	2,9	16,5	10,20	71,35	2568
RS	Dom Feliciano	74,0	2,0	14,0	0,32	70,00	6882

Fonte: Atlas PNUD, 2013 (adaptado).

A variável expectativa de vida (EV) dos municípios foi analisada comparativamente com a média estadual, regional e nacional (IBGE, 2015), o que poderá apoiar o dimensionamento do acesso das populações estudadas juntamente com o cruzamento de outras variáveis e a análise relacional qualitativa de cada unidade da amostra.

Assim, de forma comparada, evidencia-se que o município de Mata Grande, do estado de Alagoas, da região Nordeste, apresenta, respectivamente, as médias de 66,0, 70,8 e 72,5, constatando-se que a expectativa de vida no município é a menor das unidades de pesquisa e apresenta uma diferença de quatro anos da Unidade da Federação e de seis anos da região Nordeste. O município com a maior expectativa de vida é Dom Feliciano, localizado no Rio Grande do Sul, na região Sul, apresentando, respectivamente, 74,1; 77,2 e 77,2, aproximando-se, inclusive, da média nacional de 75 anos. Os municípios da região Norte mostram-se mais

próximos das médias da Unidade da Federação e da região, com médias entre as faixas de 71,4 a 73,4 anos (Tabela 3).

Tabela 3 - Expectativa de vida comparativa de municípios selecionados por Região e Unidade Federada, 2004-2014

Região	UF		Município	%			
Centro-Oeste	74,7	MT	73,7	Nova Estrela	72,6		
				Porto Estrela	73,2		
			MS	75	Tacuru	71,9	
Nordeste	72,5	AL	70,8	Mata Grande	66,0		
				BA	73	Malhada de Pedras	69,8
				PB	72,6	Nazarezinho	69,8
						Caapiranga	71,5
Norte	71,8	AM	71,4	Mazagão	70,5		
				PA	71,7	Cachoeira do Piriá	71,7
						Bonito de Minas	71,6
Sudeste	76,9	MG	76,7	São Sebastião do Maranhão	73,9		
				Serra Azul de Minas	73,5		
				Doutor Ulisses	72,4		
Sul	77,2	PR	76,5	Laranjal	72,5		
				RS	77,2	Dom Feliciano	74,1

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2004-2014.

Com base nas informações sobre a cobertura populacional da atenção básica e números de ESF e ESB dos municípios selecionados, 2014, constata-se que nove municípios tiveram cobertura populacional da ESF de 100%, enquanto que quatro municípios tiveram essa cobertura de 77,6% a 99,1%, respectivamente das regiões Norte, Nordeste e Sudeste, destacando-se um município da região Sul com apenas 47,6%. Em quatorze municípios foram implantadas equipes de saúde bucal em 2014 e apenas um município da região Sul não incorporou esse componente (Tabela 4).

Tabela 4 - Cobertura populacional da atenção básica e números de ESF e ESB por municípios selecionados - 2014

UF	Município	Est. Pop.	Nº	Cobertura Pop. AB	Nº
		Coberta	ESF	%	ESB
AL	Mata Grande	20.700	6	84,7	3
AM	Caapiranga	11.303	5	100	2
AP	Mazagão	13.800	4	77,6	4
BA	Malhada de Pedras	8.389	4	100	2
MG	Bonito de Minas	9.947	5	100	3
MG	São Sebastião do Maranhão	10.350	3	98,5	2
MG	Serra Azul de Minas	4.224	2	100	2
MS	Tacuru	10.350	3	99,1	2
MT	Nova Nazaré	3.187	2	100	1
MT	Porto Estrela	3.490	2	100	2
PA	Cachoeira de Piriá	24.150	7	85,8	6
PB	Nazarezinho	7.252	3	100	3
PR	Doutor Ulysses	5.686	2	100	2
PR	Laranjal	6.257	2	100	1
RS	Dom Feliciano	6.900	2	47,6	0

Fonte: DAB-SAS/MS, 2014.

Assim, a implantação das Equipes de Saúde da Família ocorreu em todos os municípios, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que define uma equipe para 4.000 pessoas (Brasil, 2012:55).

Conforme dados do Ministério da Saúde de 2014 (Brasil, 2015), apenas quatro municípios - Caapiranga e Mazagão, situados na região Norte, Bonito de Minas, na região Sudeste e Nazarezinho, na região Nordeste, possuem Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituídos pela Portaria GM/MS nº 154 de 24 de junho de 2008, cujo objetivo é ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, auxiliando as ESF no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades em saúde, contribuindo para a integralidade e resolubilidade.

De acordo com os dados oficiais do Mapa da Saúde/DAI/SGEP/MS (Brasil, 2016), todos os municípios estão aderidos ao processo de regionalização e têm fluxo de referência aos serviços de média e alta complexidade da rede de serviços do SUS de suas respectivas regiões.

Ademais, todos os municípios têm cobertura de Equipes de Saúde da Família em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica e do Programa Mais Médicos (Brasil, 2016). Contudo, os dados revelam que persiste a necessidade de ampliar a capacidade diagnóstica nos territórios.

Segundo o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde-CNES/MS, (Brasil, 2014) confirma-se que todos os municípios possuem secretaria de saúde e centros de saúde / unidades básicas, sendo que apenas um município da região Nordeste possui centro de atenção psicossocial, um município da região Centro-oeste tem unidade de atenção indígena, dois municípios, respectivamente, da região Nordeste e Centro-oeste, possuem central de regulação do acesso e dois municípios, das regiões Norte e Sul têm academia de saúde.

4.1.1 Situações de riscos e agravos no processo de adoecimento dessas populações

A classificação da ordem de frequência das internações por condições sensíveis da Atenção Primária (ICSAP) por grupo de causas, que compõe a caracterização dos territórios do estudo, apresenta-se na (Tabela 5). Constata-se que os municípios de todas as regiões têm como causa de internação gastroenterites infecciosas e complicações, sendo nove como a primeira, dois como a segunda, três como a terceira e um como a quarta, o que dialoga com a precariedade do saneamento básico e as condições socioeconômicas. Ainda, três municípios, apresentam como primeira causa de internação a insuficiência cardíaca, o que pode significar diagnóstico tardio nos respectivos territórios. Verifica-se, também, que dois municípios têm como a primeira causa de internação a infecção no rim e trato urinário, dois como primeira causa as doenças pulmonares e três como segunda causa as pneumonias bacterianas. Observa-se que há municípios que apresentam mais de uma causa de internação como a primeira.

Os dados das internações hospitalares apresentados foram selecionados por local de residência, nos anos de 2004 - 2015, obtidos do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), que tem como base as Autorizações de Internações Hospitalares. O SIH-SUS registra apenas as internações que ocorreram no âmbito do SUS, podendo haver contagem de um mesmo paciente por não identificar reinternações e transferências para outros hospitais.

Tabela 5 - Ordem de frequência das condições sensíveis à atenção primária - (ICSAP) de municípios selecionados por região - 2004-2015

Município-UF	Nova Nazaré-MT	Porto Estrela-MT	Tacuru-MS	Mata Grande-AL	Malhada de Pedras-BA	Nazarezinho-PB	Caapiranga-AM	Mazagão-AP	Cachoeira do Piriá-PA	Bonito de Minas-MG	São Sebastião do Maranhão - MG	Serra Azul de Minas-MG	Doutor Ulisses-PR	Laranjal-PR	Dom Feliciano-RS
Grupo de causas															
1. Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensíveis						10 ^a	7 ^a	2 ^a	10 ^a						
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	2 ^a	4 ^a	3 ^a	1 ^a	3 ^a	2 ^a	3 ^a
3. Anemia						10 ^a									
4. Deficiências Nutricionais	4 ^a	10 ^a	7 ^a	3 ^a									6 ^a		5 ^a
5. Infecções de ouvido nariz e garganta	10 ^a														
6. Pneumonias bacterianas	9 ^a		4 ^a	2 ^a	10 ^a					2 ^a	2 ^a	4 ^a			6 ^a
7. Asma	3 ^a	2 ^a	5 ^a	9 ^a	3 ^a	4 ^a	9 ^a		9 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	5 ^a	5 ^a	9 ^a
8. Doenças Pulmonares	2 ^a	6 ^a	2 ^a		6 ^a	2 ^a	8 ^a	10 ^a	10 ^a	9 ^a	5 ^a	7 ^a	2 ^a	1 ^a	1 ^a
9. Hipertensão		7 ^a	9 ^a	4 ^a	5 ^a	8 ^a	4 ^a		4 ^a	8 ^a		8 ^a	10 ^a	8 ^a	
10. Angina					10 ^a	7 ^a								10 ^a	10 ^a
11. Insuficiência Cardíaca	5 ^a	3 ^a	6 ^a	7 ^a	3 ^a	3 ^a	10 ^a	6 ^a		1 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	3 ^a	2 ^a
12. Doenças cerebrovasculares	8 ^a	4 ^a		10 ^a	2 ^a	5 ^a	8 ^a	5 ^a	6 ^a	3 ^a	4 ^a	6 ^a	7 ^a	6 ^a	7 ^a
13. Diabetes melitus	7 ^a	5 ^a	10 ^a	6 ^a	4 ^a	6 ^a	5 ^a	8 ^a	8 ^a	10 ^a	10 ^a	10 ^a	9 ^a	7 ^a	4 ^a
14. Epilepsias													8 ^a		
15. Infecção no rim e trato urinário	6 ^a	8 ^a	3 ^a	8 ^a	8 ^a	9 ^a	1 ^a	4 ^a	1 ^a	5 ^a	6 ^a	3 ^a	4 ^a	4 ^a	8 ^a
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	6 ^a	9 ^a	8 ^a	5 ^a	9 ^a		6 ^a	7 ^a	5 ^a	7 ^a					
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos					7 ^a		3 ^a	3 ^a	3 ^a	7 ^a	9 ^a	5 ^a			
18. Úlcera gastrointestinal										9 ^a	8 ^a	9 ^a	8 ^a	9 ^a	
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto			7 ^a				2 ^a	9 ^a	7 ^a						

Fonte: SIH/DATASUS-MS, 2016.

O ICSAP, como instrumento de avaliação da atenção oferecida a populações com baixos níveis socioeconômicos é considerado marcador de qualidade dos cuidados primários e de avaliação do acesso aos serviços de saúde (Ansari, Laditka, Laditka, 2006:719-41). O incremento da produção de artigos científicos nos últimos anos sobre ICSAP mostra o interesse crescente na utilização do indicador em todo o mundo, mesmo que com distintas denominações e diferenças no que diz respeito às listas de enfermidades (Nedel, Facchini, Navarro, 2010: 61-75).

Quanto à mortalidade proporcional por causas, comparativa por região e quadriênio, 2003-2014 dos municípios selecionado verifica-se que a principal causa foi a denominada “mal definida”, seguida das doenças cerebrovasculares (DCV) como a segunda maior causa, exceto na região Centro-Oeste. Constata-se, portanto, uma tendência decrescente das causas mal definidas no decorrer dos quadriênios (Tabela 6).

Os dados sobre mortalidade proporcional foram obtidos do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do SUS, do Ministério da Saúde (DATASUS/MS). O cálculo da mortalidade proporcional foi efetuado sobre o total de óbitos do quadriênio, incluindo as causas mal definidas.

Na região Centro-Oeste observa-se que o suicídio por armas de fogo e outras causas foi a primeira causa, seguida das DCV como segunda; terceira, as doenças mal definidas, apresentando-se maior no terceiro quadriênio, e a quarta por acidente de transporte terrestre.

Referente aos suicídios, esses eventos podem ser atribuídos à presença de aldeias indígenas na região. No Brasil, segundo o Censo Demográfico de 2010, os 821,5 mil indígenas representavam 0,4% da população, os suicídios entre os indígenas representam 1,0%, ou seja, duas vezes e meia além do esperado pela participação demográfica. Conforme relatório emitido pelo Mapa da Violência, no estado do Mato Grosso do Sul a participação indígena nos suicídios é mais preocupante: de acordo com o Censo referido, são 2,9% da população, mas 19,9% nos suicídios, quase sete vezes mais. Dentre os 13 municípios com mais suicídios entre indígenas no País, esse estado figura com oito cidades, incluindo município que compõe a amostra desse estudo (Brasil, 2014).

Tabela 6 - Mortalidade proporcional por causas comparativa por região e quadriênio de municípios selecionados - 2003 -2014

Região	Centro-Oeste			Nordeste			Sudeste			Sul			Norte		
	2003 -	2007 -	2011 -	2003 -	2007 -	2011 -	2003 -	2007 -	2011 -	2003 -	2007 -	2011 -	2003 -	2007 -	2011 -
	2006	2010	2014	2006	2010	2014	2006	2010	2014	2006	2010	2014	2006	2010	2014
D. cerebrovasculares	7,0%	6,2%	3,7%	6,6%	12,4%	7,3%	5,5%	6,6%	8,3%	9,5%	8,7%	10%	5,0%	6,7%	8,8%
D. hipertensivas							2,9%	3,6%	5,5%				0,4%	0,2%	0,7%
Infarto agudo do miocárdio	1,2%	0,3%	1,5%	4,6%	8,9%	7,3%	2,0%	3,2%	4,7%	7,5%	6,2%	8,2%	0%	0,2%	0,5%
Neoplasias				0,8%	1,4%	2,6%	1,2%	2,2%	1,4%	3,3%	2,7%	6,5%	0%	0,29%	0,2%
Suicídios por arma de fogo e outras causas	7,0%	5,7%	5,0%										2,1%	4,6%	5,0%
Homicídios por arma de fogo e outras causas	1,8%	5,7%	2,2%	1,7%	3,0%	4,0%				1,9%	1,4%	1,5%	2,5%	5,6%	8,0%
Bronquite, enfisema, asma.				0,4%	1,6%	2,0%				8,7%	10,4%	8,7%			
Acidente de transporte terrestre	4,9%	5,1%	4,0%	3,0%	2,1	6,2%				1,6%	1,8%	2,3%	0,7%	1,0%	1,5%
Diabete mellitus							1,0%	1,2%	0,7%						
Pneumonias	0,6%	4,3%	4,0%				0,7%	0,8%	1,7%				3,2%	1,2%	3,2%
Doenças infec intest	0,6%	0,3%	1,0%												
Desnutrição	1,2%	0,8%	0,7%												
Nº Mal definidas	5,5%	3,0%	10,3%	36,6%	11,2%	7,0%	48,8%	44,2%	19,7%	14,2%	11,3%	6,4%	40%	28,%	23,7%

Fonte: SIM-DATASUS/MS, 2016.

Registra-se, ainda, que a mortalidade proporcional por infarto agudo do miocárdio (IAM) é a terceira maior causa nos municípios da região Nordeste e a quarta nas regiões Sudeste e Sul. Na região Sudeste, as doenças hipertensivas apresentam-se como a terceira causa. Esses achados podem refletir a ocorrência de diagnóstico tardio nesses territórios.

Os homicídios e os suicídios por arma de fogo e outras causas responderam, respectivamente, pela terceira e quarta causa na região Norte. Na região Centro-Oeste, os homicídios por arma de fogo e outras causas responderam como a quinta causa.

Quanto à tendência de aumento da mortalidade proporcional por doenças crônicas não transmissíveis, atribui-se tal fato à polarização da transição epidemiológica, à questão do diagnóstico tardio e à aproximação dos estilos de vida das pessoas que vivem em pequenos municípios com o das grandes cidades.

4.2 TERRITÓRIOS DIALÓGICOS E SOLIDÁRIOS

Prosseguindo-se com a apresentação dos territórios onde foram realizados os processos cartográficos, os quais nomino de territórios dialógicos e solidários. Nos processos foram construídas e representadas as potencialidades, necessidades, e dificuldades dos territórios, assim como as preocupações, implicações e desejos dos participantes por meio de mapas-imagens cartográficas.

Cartografar é adentrar-se nos afetos que permeiam os contextos e as relações que se pretende conhecer, permitindo ao pesquisador também se inserir na pesquisa e comprometer-se com o objeto pesquisado, buscando fazer um traçado singular do que se propõe a estudar. Nesse sentido, a cartografia tem como eixo de sustentação do trabalho metodológico, a invenção e a implicação do pesquisador, uma vez que, baseia-se no pressuposto de que o conhecimento é processual e inseparável do próprio movimento da vida e dos afetos que a acompanham (Rolnik, 1989).

Acrescenta-se que um grupo de pesquisa sob a coordenação de Brunet (2001) considerou o mapa tanto como resultado do processo de representação das estruturas elementares da realidade, quanto como ferramenta do processo cognitivo de generalização. Para o autor, os modelos gráficos não são meras abstrações, mas

resultado de procedimentos racionais de apreensão de relações existentes entre os elementos componentes do mundo sensível.

Partilha-se que cada cartografia representa um percurso próprio, um caminhar único na experiência do pesquisar, ritmos que se alternaram, nos momentos e rituais de avanço e recuo das longas negociações e pactuações para o acontecer. Um caminhar com roteiro mais ou menos planejado, porém influenciado pelo cotidiano vivo e pulsante de cada território, ou seja, por elementos do entorno como as instituições, pessoas, acontecimentos e contextos.

Todavia, para viabilizar o acontecimento das atividades cartográficas nos territórios, foram necessárias três viagens a cada um deles, após várias tentativas de articulações e contatos prévios com instituições do poder público e com as lideranças de movimentos sociais locais. As articulações com os movimentos sociais só foram possíveis no próprio território, sendo necessário persistir para apresentar o objeto da pesquisa, em três locais foi preciso repetir duas a três vezes e dialogar bastante para o convencimento e negociação com as lideranças.

Cada viagem teve sua história singular desde o percurso aéreo, com duração de quatro a seis horas e o terrestre, que foi de seis a doze horas de viagem em estrada de terra. Além da apreensão pela chegada no destino e a despeito de conhecer as informações básicas, sempre há surpresas em relação ao acolhimento, que foram amistosos e outros arredios. Nas primeiras viagens, eu sempre pernoitava na cidade próxima para chegar durante a manhã no município selecionado.

Na primeira chegada sempre houve a necessidade de buscar hospedagem, local de alimentação e meio de locomoção para as visitas às comunidades, tanto para as entrevistas, como para preparar o processo de acontecer dos trabalhos cartográficos. Para tanto, eu andava durante todo dia no município para conhecer, articular e conversar com os contatos que surgiam.

Assim, todos os processos cartográficos vivenciados e construídos nos territórios ocorreram a partir de segundo semestre de 2015 e 2016, nos finais de semana ou feriados, devido às diversas ocupações dos respectivos participantes nos cinco territórios previamente selecionados e contaram com o apoio e solidariedade de lideranças de movimentos sociais locais e profissionais de saúde que viabilizaram o apoio logístico e a infraestrutura.

Os custos com a alimentação e preparo para os participantes, bem como, os materiais utilizados nas construção das imagens cartográficas foram de responsabilidade da pesquisadora-facilitadora dos trabalhos.

Bonito de Minas

Município situado no norte de Minas Gerais, foi denominado como povoado Lagoa de Barro em 1939 e tornou-se município em 1995. Conta aproximadamente com 10.797 habitantes, PIB per capita de R\$ 7.528,3, IDH baixo na faixa de 0,537 e taxa de mortalidade infantil média de 80 para 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2016).

As atividades econômicas predominantes são a agricultura, os serviços públicos e o artesanato. Possui atrativos naturais como o Rio Pandeiro e as praias de rio Catulé, a sete quilômetros da sede. A festa tradicional acontece em agosto comemorando o padroeiro Bom Jesus, ocasião em que estava fazendo contatos e pactuações para articular o acontecer da cartografia.

O ecossistema principal é o cerrado permeado por rios, cachoeiras, riachos e veredas, destacam-se o rio Pandeiros afluente do rio São Francisco, considerado Área de Proteção Ambiental (APA) e a cachoeira Gibão.

A rede de serviços de atenção à saúde é composta por cinco centros de saúde / unidades básicas, uma unidade de vigilância à saúde e a sede da secretaria. Conta 100 % de cobertura de atenção básica. Diariamente, os usuários agendados para atendimentos especializados na região de saúde e cidades do entorno, a exemplo: Januária, Brasília de Minas e Montes Claros são encaminhados por transporte da prefeitura. Alguns usuários também são atendidos na rede de serviços de Brasília, DF.

Apresenta-se a localização de Bonito de Minas ao norte do estado de Minas Gerais e fronteira ao oeste do estado da Bahia, e o mapa do referido município circundado pelos Parque das Veredas do Oeste Baiano e Nacional Grande Sertão Veredas (Figuras 1 e 2).

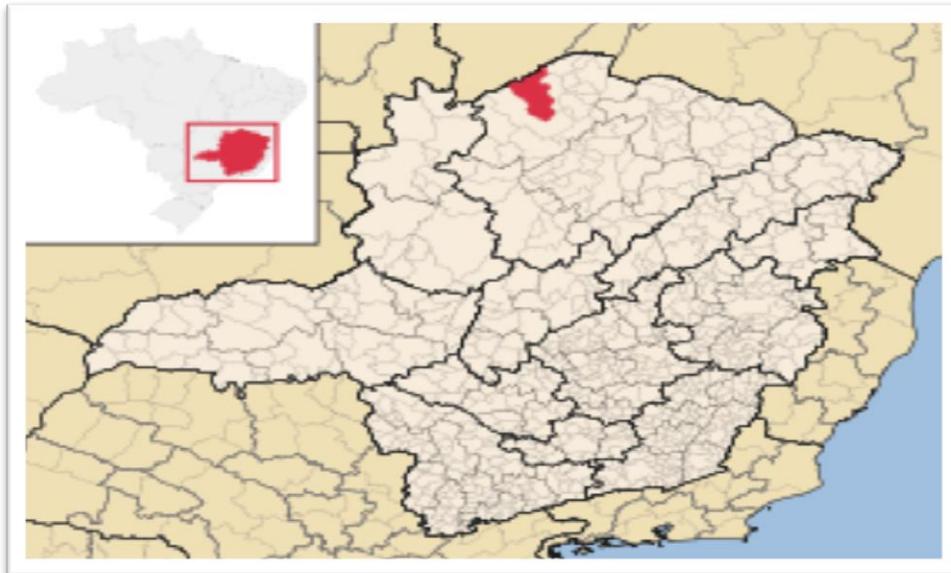


Figura 1 - Localização de Bonito de Minas em MG
Fonte: IBGE, 2016.

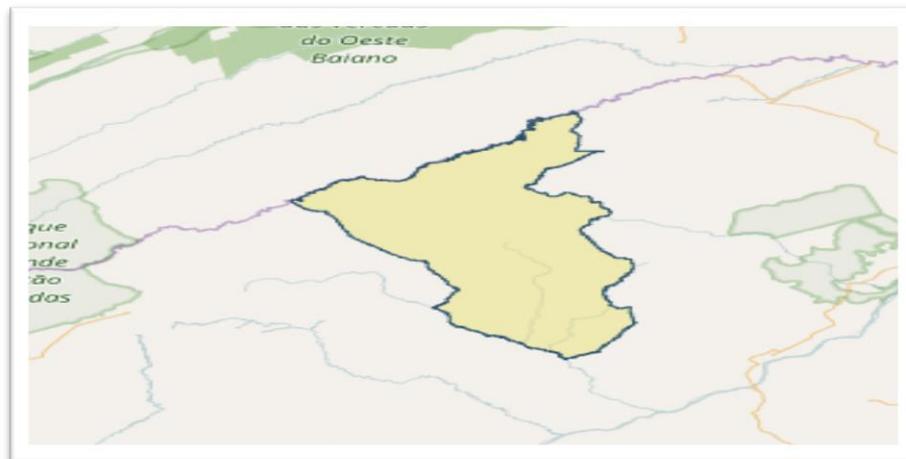


Figura 2 - Mapa de Bonito de Minas-MG
Fonte: IBGE, 2016



Figura 3 - Água Doce ao fundo
Foto: Pesquisadora.



Figura 4 - Escola municipal, Água Doce, Bonito de Minas, MG
Foto: Pesquisadora.

Nesse território, a cartografia foi realizada na comunidade de Água Doce e contou com a participação de moradores das comunidades de Pannels e São Domingos (Figura 3). Nesse território, por intermediação do Presidente da

Associação Comunitária dessas localidades citadas, hospedei-me na residência de um casal próximo a escola pública municipal Francisco Borges de Monteiro onde foi realizado o processo cartográfico (Figura 4).

Descreve-se o perfil dos participantes num total de 13 pessoas destacando-se a maioria do sexo feminino, faixa etária predominante 40 a 70 anos, quatro sem escolaridade, 10 veredeiro/lavradores e uma agente comunitária de saúde (ACS), uma solteira e uma viúva, apenas uma pessoa declarou-se negra (Tabela 7).

Tabela 7 - Perfil sociodemográfico dos participantes comunidades de Água Doce, Panelas e São Domingos. Bonito de Minas, MG - 2015

Inserção social	Sexo	Idade	Estado civil	Grau de instrução	Ocupação/ ativ. Trabalho	Cor da pele	Município
Usuário	M	57	Casado	Fundamental	Veredeiro/Lavrador	Branca	B. Minas
Usuário	M	72	Casado	Analfabeto	Veredeiro/Lavrador	Negra	B. Minas
Usuário	F	16	Solteira	Médio Fundamental	Veredeira/Estudante	Parda	B. Minas
Usuário	F	44	Casada	incompleto	Veredeira/Lavradora	Parda	B .Minas
Usuário	F	69	Casada	Analfabeto	Veredeira/Lavradora	Parda	B .Minas
Usuário	F	68	Casada	Analfabeto	Veredeira/Lavradora	Parda	B .Minas
Usuário	F	66	Viúva	Analfabeto	Veredeira/Lavradora	Amarela	B .Minas
Usuário	F	41	Casada	Médio Médio	Aux. Serv. Básicos	Parda	B .Minas
Usuário	F	30	Casada	incompleto Fundamental	Veredeira/Lavradora	Parda	B .Minas
Usuário Prof.	F	46	Casada	incompleto Superior	Aux. Serv. Básicos	Parda	B .Minas
Saúde Mov. Social	F	24	Casada	incompleto	ACS	Parda	B .Minas
Cons.	M	48	Casado	Fundamental Médio	Veredeiro/ Lavrador	Branca	B .Minas
Saúde	F	40	Casada	incompleto	Veredeira/Merendeira	Amarela	B .Minas

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.



Figura 5 - Grupo de participantes - 2015
Foto: Pesquisadora

Os trabalhos cartográficos foram construídos num sábado, na escola pública da referida comunidade, durante todo o dia (Figura 5). O apoio logístico foi realizado por duas pessoas da comunidade que prepararam a alimentação e procederam a limpeza do local após o término da atividade.

Assim, compartilha-se as imagens cartográficas do território, que foram trabalhadas em dois grupos. A imagem traduz as potencialidades locais para o viver e subsistir da comunidade, destacando-se os rios Pandeiro, São Domingos e as veredas Panelas e Água Doce que na compreensão dos participantes propiciam a manutenção da flora e fauna locais, o plantio de culturas como feijão, milho, mandioca e a criação de animais para consumo próprio. Essas comunidades se denominam veredeiras que são as pessoas que nasceram, cresceram, vivem e convivem com a vereda. Para essas pessoas, a vereda é a fonte de sua subsistência e força (Figura 6).

Prossegue-se na discussão, abordando a importância do Projeto Vereda Viva para a continuidade da manutenção da água e a fertilidade da terra, que naquele período estava em processo de negociação e articulação, junto à Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável (Semad) de Minas Gerais.

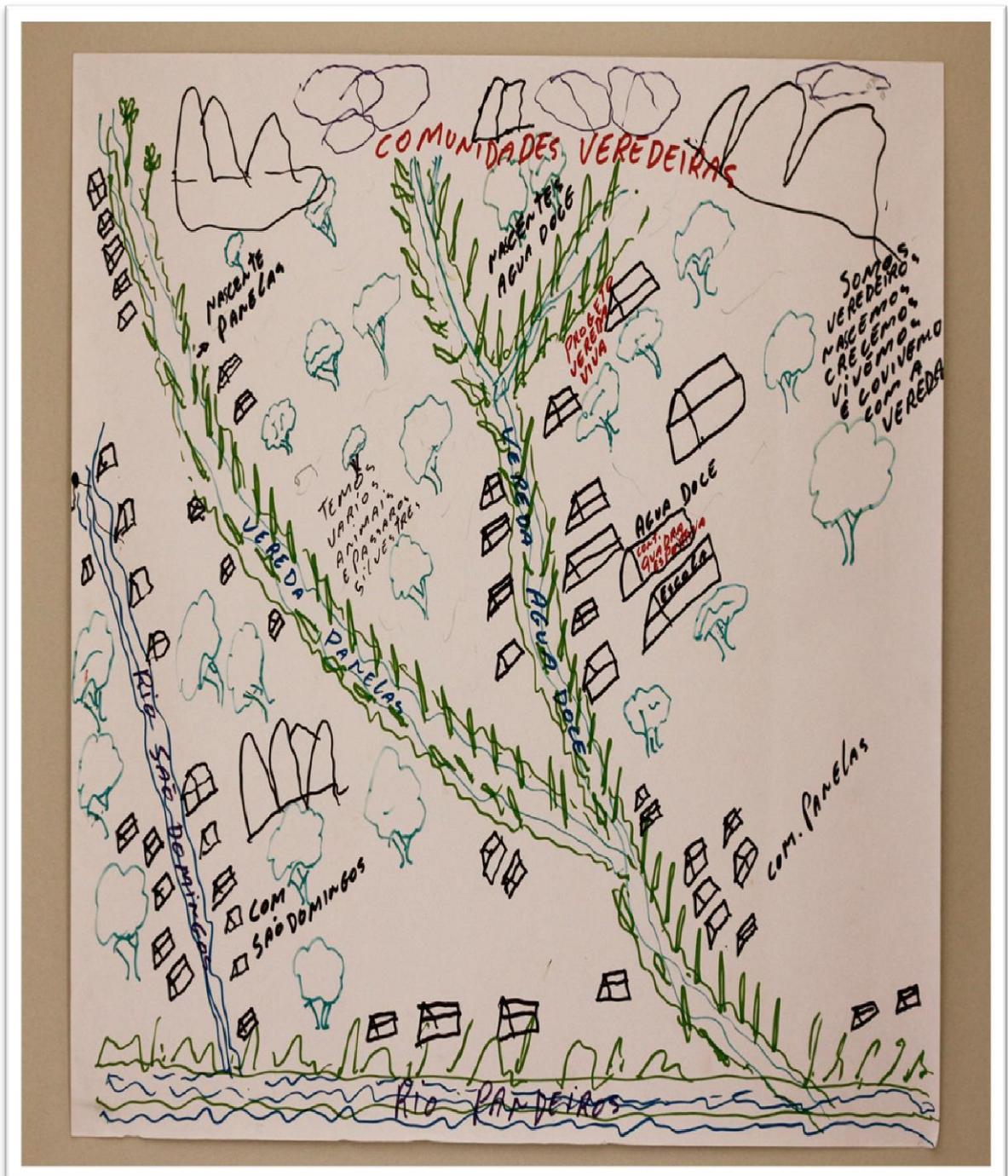


Figura 6 – Imagem do território, Água de Doce, Panelas e São Domingos, Bonito de Minas, MG - 2015

Fonte: Pesquisa de campo, 2015

Segue-se na apresentação e discussão da imagem cartográfica. Ainda, evidenciam o rio Pandeiros como o principal afluente para a produção de frutas nativas, e reforçam a necessidade de proteger as nascentes para a manutenção permanente de água visando garantir o abastecimento local (Figura 7).



Figuras 7 – Imagem do território: Água de Doce, Panelas e São Domingos, Bonito de Minas, MG - 2015
 Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

As veredas, típicas do cerrado, são fitofisionomias ocupadas por vegetação herbácea e arbustiva-arbórea localizadas próximas às nascentes. Funcionam como vias de drenagem, contribuindo para perenidade e regularidade dos cursos d'água, além de atuarem como bacias coletoras. São consideradas como áreas de interesse comum, ou seja, como ecossistemas de preservação e reservas ecológicas. As principais causas das perturbações nas veredas incluem o fogo, barragens, estradas, pisoteio de animais e monocultura.

Ainda, são conhecidas como “berço das águas”, não são paisagens restritas ou oásis limitados por ambientes áridos. Ao contrário, atuam como um corredor natural da fauna e da flora. Essas formações vegetais têm, além da relevância ecológica e hidrológica, um grande valor social, já que servem de fonte de subsistência para muitos veredeiros, além de ser uma paisagem apreciada no meio do cerrado. (Boaventura, 2007; Aguiar e Camargo, 2004). As fotografias seguintes ensejam complementar a compreensão de vereda (Figuras 8 e 9).



Figura 8 - Vista aérea da vereda do Catulé, APA do Rio Pandeiros, norte de Minas Gerais
Foto: Instituto Estadual de Floresta, 2009.



Figura 9 - Vereda circundada por vegetação típica de cerrado, na APA do rio Pandeiros, norte de Minas Gerais
Foto: Lilian de Lima Braga, 2009.

Na discussão travada acerca dos conteúdos representados nas imagens cartográficas que foram consensuados pelos participantes, apresentam-se classificados nas categorias potencialidades, ameaças e prioridades do território (Quadro 3). Percebeu-se a precariedade das moradias, a falta de saneamento básico, ausência de estradas e de dispositivos de atenção à saúde adicionada à falta de oportunidades de geração de renda e empregabilidade.

Quadro 3 - Resumo da discussão das imagens cartográficas comunidades de Água Doce, Panelas e São Domingos, Bonito de Minas, MG - 2015

Potencialidades	Ameaças	Prioridades
Ar puro Água Frutas Nativas Festa dos Reis/ Quadrilha	Falta de água potável Falta de estradas Fogo-Queimadas Condições precárias de moradia	Água potável Estrada Emprego / Renda Posto de Saúde
Lavoura/Pecuária Projeto Beneficiamento de Frutas do Cerrado Extrativismo Sustentável (eucalipto) Indústria do carvão (já explorada) Vereda e Saúde	Falta de saneamento básico Dificuldade de alimentação adequada Falta de trabalho / emprego Falta de posto de saúde	Moradia adequada Saneamento Básico

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Desse modo, as prioridades listadas acima e que foram a base para o plano de ação elaborado coletivamente, após os diálogos com as comunidades poderão contribuir para modificar o cenário representado nas imagens cartográficas, o que resultou na definição de cinco objetivos, metas, prazos e responsáveis por ações (Quadro 4).

Quadro 4 - Plano de ação do território, comunidades de Água Doce, Panelas e São Domingos, Bonito de Minas, MG - 2015

Objetivo 1: Manter água para a comunidade			
Meta 1	Ações/estratégia	Prazo	Responsáveis
Nascentes cercadas	1.Desenvolver projeto em parceria com o poder público para cercar as nascentes.	1 a 2 anos	Associação Comunitária de São Domingos e Prefeitura
Arvores nativas replantadas	2.Articular projeto em parceria com o poder público para o replantio de arvores nativas.	1 a 2 anos	Associação Comunitária de São Domingos e Prefeitura
Objetivo 2: Melhorar o acesso das estradas vicinais			
Meta 2	Ações/estratégia	Prazo	Responsáveis
Estradas encascalhadas	1.Desenvolver projeto em parceria com o poder público para encascalhar as estradas.	6 meses a 1 ano	Prefeitura e Associação Comunitária de São Domingos
Objetivo 3: Melhorar a renda das comunidades			
Meta 3	Ações/estratégia	Prazo	Responsáveis
Sistema de cooperativa implantado.	1.Buscar junto ao poder público o desenvolvimento de projetos em andamento-apoio técnico e financeiro para aumentar a produção de frutas do cerrado e o projeto vereda viva.	3 anos	Centro de Agricultura Alternativa - CAA/MG Associação Comunitária de São Domingos
Fábricas funcionando	2.Promover a implantação de fábricas de beneficiamento de frutas e sabão e derivados; e o projeto de hortas.	6 meses a 1 ano	Associação Comunitária de São Domingos (Grupo de Mulheres e de Jovens (a serem formalizados)).
Objetivo 4: Concluir e equipar o posto de saúde de água doce			
Meta 4	Ações/estratégia	Prazo	Responsáveis
Posto de Saúde concluído e equipado	1.Articular junto ao poder público a conclusão da obra, incluindo pintura e disponibilizar equipe de saúde.	6 meses	Prefeitura e Associação Comunitária de São Domingos-Grupo de Mulheres
Objetivo 5: Melhorar a moradia das comunidades			
Meta 5	Ações/estratégia	Prazo	Responsáveis
Moradias melhoradas, especialmente quanto ao saneamento básico.	1.Articulação junto a ABMinas para desenvolver projeto, incluindo saneamento básico.	3 anos	Prefeitura, COPASA/MG e Associação Comunitária de São Domingos

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Seguida a discussão das imagens cartográficas do território, construíram-se as imagens cartográficas do acesso que representam a saúde como direito social de todas as comunidades e focaram nas dificuldades de acesso, tais como: a falta de estradas adequadas, demonstrando o transporte atolado na areia, as longas distâncias para chegar aos serviços de atenção à saúde e a necessidade de meios de comunicação, exemplificados por internet e telefone, e, especialmente, a ausência de unidade e posto de saúde na comunidade. Ainda, as imagens representam o ecossistema, incluindo vereda, flora e plantações; moradias e circulação de pessoas (Figuras 10 e 11).

Ressalta-se que durante o processo de apresentação das imagens e discussões dos grupos afluíram emoções, sentimentos, lembranças, experiências e afetos, materializados em depoimentos sobre morte por ocasião dos trabalhos de parto, nascimento de crianças assistidas por parteiras, histórias acerca dos projetos, dos acontecimentos do lugar e das festas. Todavia, o diálogo era retomado, focando nas necessidades e demandas de saúde e o desejo que as territorialidades fossem desenvolvidas e houvesse a aplicação de políticas públicas adequadas.

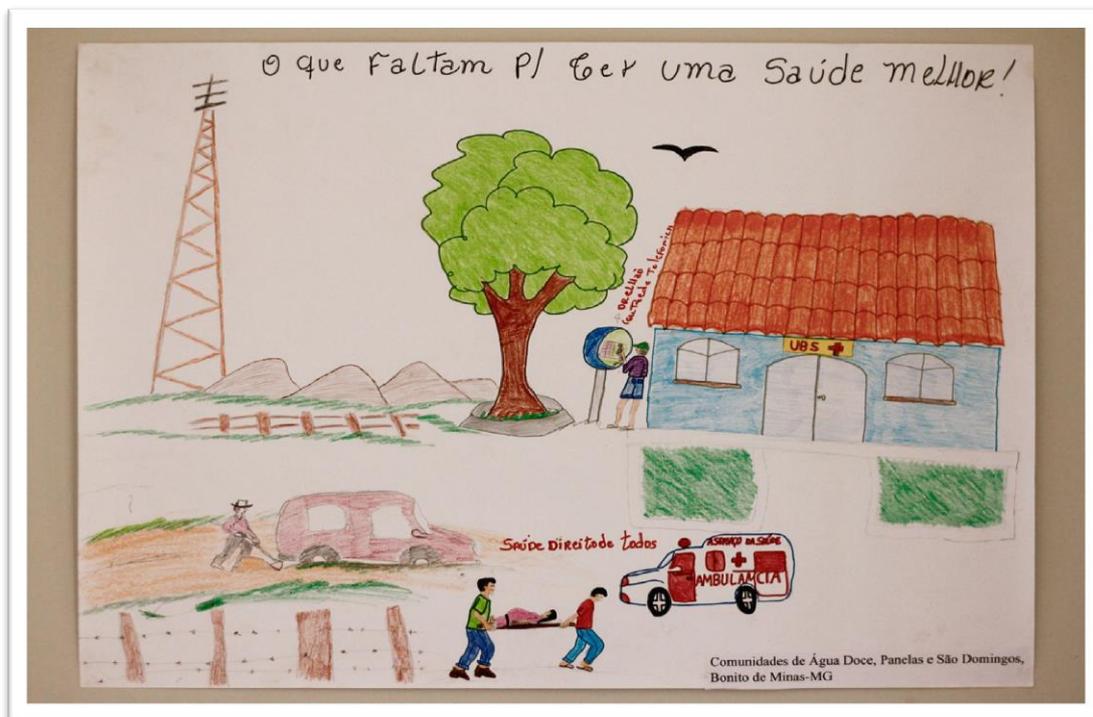


Figura 10 - Imagem cartográfica: acesso à saúde, Água de Doce, Pannels e São Domingos Bonito de Minas, MG - 2015
Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

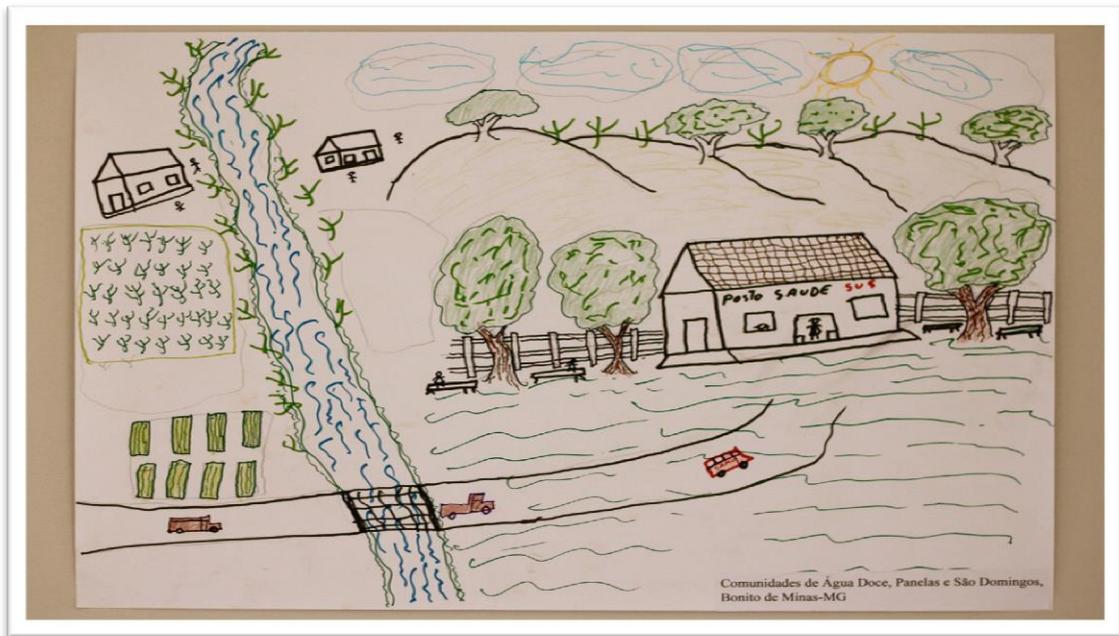


Figura 11 - Imagens cartográficas: acesso à saúde, Água de Doce, Panelas e São Domingos, Bonito de Minas, MG - 2015.
Fonte: Pesquisa de campo, 2015

Prossegue-se compartilhando o resultado das discussões que propõe um arranjo de atenção à saúde com o objetivo de atender às necessidades e demandas em saúde e facilitar o acesso às ações e serviços de saúde dos povos desse território (Quadro 5). Enfatizam-se questões citadas, diversas vezes, às longas distâncias de outros territórios, quando precisam de atenção à saúde, e, sobretudo, a dificuldade de transportar pacientes graves e crônicos.

Quadro 5 - Arranjo de atenção à saúde, comunidades de Água Doce, Panelas e São Domingos - 2015

Premissas do Arranjo de Atenção à Saúde
Unidade Básica de Saúde (UBS) local com médico que atenda tudo (generalista)
Acesso à internet na UBS
Posto de Saúde adequado, mais perto da comunidade com atendimento três vezes por semana e uma vez por semana na própria comunidade.
Boa expectativa de vida
Alimentação adequada
Transporte (pacientes que precisam de hemodiálise, vão três vezes por mês à Brasília de Minas)

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Cachoeira do Piriá

Município situado na microrregião de Guamá, mesorregião do nordeste paraense, chamava-se Cachoeira do Carimpo, em virtude das atividades predominantes de exploração mineral, com cerca de 32.139 habitantes, PIB per capita de R\$ 4.706,66, IDH muito baixo na faixa de 0,473 e taxa de mortalidade infantil média de 22.58 para 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2016). Atividades econômicas predominantes agropecuária, indústria (madeira) e serviços públicos.

O ecossistema principal é a Amazônia, apresenta vegetação rasteira mostrando sinais da exploração garimpeira, predominando as gramíneas e, outras áreas desmatadas devido ao desenvolvimento de atividades como a pecuária.

No início dos anos 80 houve uma grande exploração garimpeira nesse município resultando em uma área extremamente devastada. Atualmente as jazidas estão restritas às empresas de mineração. Porém, a presença de atividades como pecuária, pesca e agricultura de subsistência nas áreas de garimpo desativadas, podem estar refletindo em altos índices de contaminação por mercúrio em tecidos (pelos) de animais - gado, carneiros e porcos (Palheta e Taylor,1995).

A rede de serviços de atenção à saúde é composta por sete postos de saúde, duas unidades básicas, uma clínica / centro de especialidades, uma unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência, uma unidade terrestre, um centro de atenção psicossocial e a sede da secretária. A cobertura de atenção básica encontra-se na ordem de 82%.

O município localiza-se na mesorregião do nordeste do Pará e o mapa do território fronteiro com as terras indígenas do Alto Rio Guamá e o estado do Maranhão (Figuras 12 e 13).



Figura 12 - Localização de Cachoeira do Piriá no Pará
Fonte: IBGE, 2016.



Figura 13 - Mapa de Cachoeira do Piriá no Pará
Fonte: IBGE, 2016

A cartografia nesse território foi realizada na comunidade Quilombo Camiranga, num sábado, na sede do Ponto de Cultura Crioula Pano e Barro. (Figuras 14 e 15). O apoio logístico para alimentação do grupo ocorreu na casa da liderança da Associação Comunitária do referido quilombo, contando com duas pessoas da comunidade para proceder o preparo das refeições e limpeza do local após o término da atividade. A acolhida no município foi amistosa e solidária, o próprio secretário de saúde transportou-me no seu carro particular ao local dos trabalhos.



Figura 14 - Quilombo Camiranga, Cachoeira de Piriá, PA - 2015
Foto: Pesquisadora.



Figura 15 - Local da Cartografia, Quilombo Camiranga, Cachoeira do Piriá, PA - 2015
Foto: Pesquisadora.

Prossegue-se descrevendo os trabalhos do grupo na construção das imagens do processo cartográfico, que foi iniciado, precedido de uma saudação da liderança do quilombo aos participantes (Figura 16).



Figura 16 - Participantes, Quilombo Camiranga, Cachoeira do Piriá, PA - 2015
Foto: Pesquisadora

Em relação ao perfil sociodemográfico dos participantes num total de 14 pessoas destacam-se 11 mulheres, faixa etária predominante 20 - 40 anos, sendo oito casadas, cinco solteiros e uma viúva. Oito pessoas com ensino médio completo, quatro sem escolaridade e todos autodeclarados de cor negra (Tabela 8).

Tabela 8 - Perfil sociodemográfico dos participantes comunidade Quilombo Camiranga. Cachoeira de Piriá, PA - 2015

Inserção social	Sexo	Idade	Estado civil	Grau de instrução	Ocupação/ativ.trab.	Cor da pele	Município
Usuário Prof.	F	53	Casada	Analfabeto	Agricultora	Negra	C . Piriá
Saúde	F	34	Casada	Médio	ACS	Negra	C . Piriá
Usuário	F	43	Casada	Analfabeto	Agricultora	Negra	C . Piriá
Usuário Cons. de Saúde	F	20	Solteira	Médio	Agricultora	Parda	C . Piriá
Usuário	F	34	Casada	Médio	Agricultora	Negra	C . Piriá
Usuário	M	37	Casado	Médio	Agricultor	Negra	C . Piriá
Usuário	F	57	Casada	Médio	Agente Adm.	Parda	C . Piriá
Usuário	M	19	Solteiro	Médio	Estudante	Negra	C . Piriá
Usuário	M	13	Solteiro	Fundamental Incompleto	Estudante	Parda	C . Piriá
Usuário	F	48	Casada	Médio	Agricultora	Negra	C . Piriá
Usuário	F	32	Casada	Fundamental Incompleto	Agricultora	Negra	C . Piriá
Usuário Mov. Social	F	15	Solteira	Fundamental	Estudante	Negra	C . Piriá
	F	61	Viúva	Analfabeto	Agricultora	Negra	C . Piriá

Prof.
Saúde M 37 Solteiro Médio ACS Parda C . Piriá

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Segue-se apresentando a imagem cartográfica do território, cujo grupo destacou o lazer representado por atividades culturais populares e festas típicas, o Tambor de Criola, festejos de São Benedito e São Sebastião, que foram agrupados na categoria liberdade.

O Tambor de Crioula ou punga é uma manifestação cultural de matriz africana, um dos diversos elementos que compõem a cultura popular dos quilombolas, tocado e dançado a qualquer tempo, no Carnaval, nas festas juninas e fora dessas manifestações populares, geralmente em louvor a São Benedito. É uma dança alegre, marcada por muito movimento dos brincantes e muita descontração.

Os motivos que levam os grupos a dançarem o tambor de crioula são diversos e podem ser: pagamento de promessa para São Benedito, festa de aniversário, chegada ou despedida de parente ou amigo, comemoração pela vitória de um time de futebol, nascimento de criança, matança de bumba-meu-boi, festa de preto velho ou simples reunião de amigos.

Representam a renda proveniente da flora nativa como açaí, mandioca e cupuaçu, que também servem como fonte de alimentação da comunidade, o que foi destacado com orgulho pelos participantes. Na imagem, ainda, constam projetos que objetivam a ampliação da renda, como a confecção de artesanato.

Apresenta-se uma agenda de lutas por: água tratada, educação ambiental, preservação das áreas ambientais, redução da poluição do rio Gurupi e igarapés, ampliação de renda e capacitação para o beneficiamento de fruta típicas da flora local. Segue-se mostrando as ameaças materializadas na água não tratada, lixo exposto a céu aberto, árvores cortadas e queimadas; lixo e materiais plásticos jogados no rio Gurupi (Figura 17).

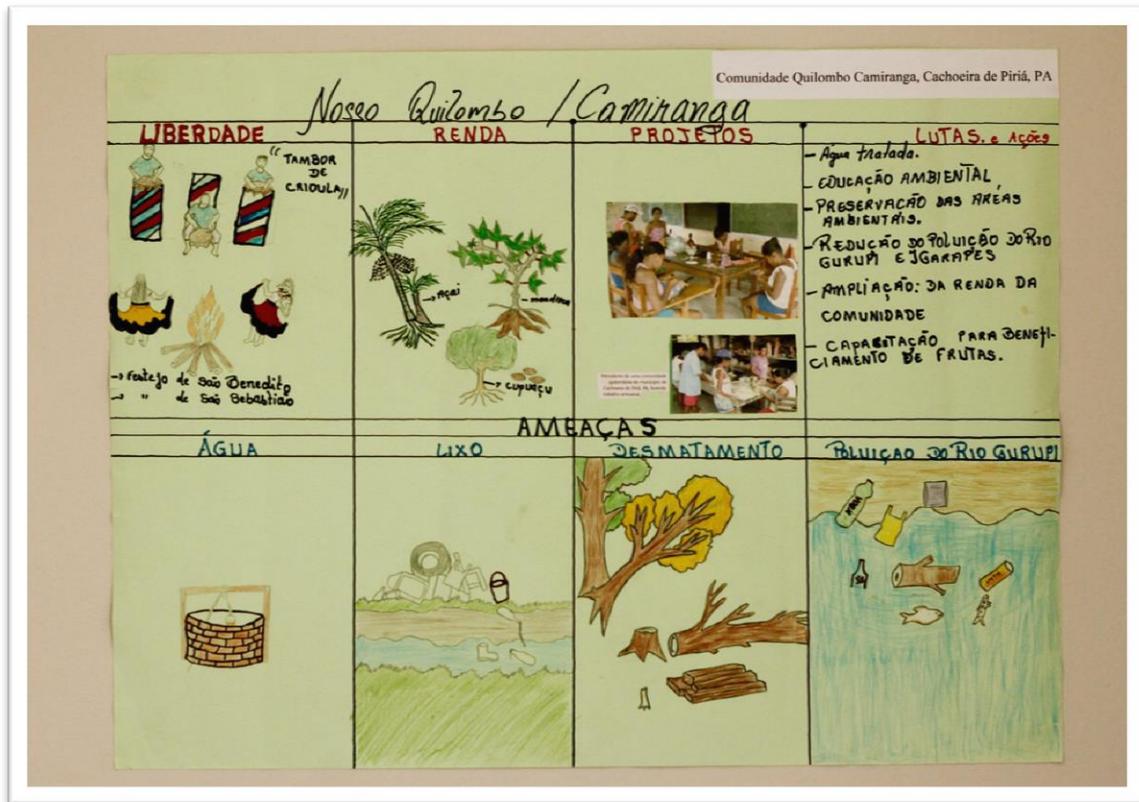


Figura 17 - Imagem cartográfica: território Quilombo Camiranga, Cachoeira de Piriá, PA - 2015
Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Na discussão coletiva referente à imagem cartográfica do território destacaram-se as potencialidades e ameaças que vivenciam no cotidiano. Enfatizaram a necessidade da retomada de projetos, tais como, o Reflorestamento para viver, Ponto de Cultura Crioula Pano e Barro e o fortalecimento da Associação do Quilombo. E, bastante emotivos e tristes, inclusive, alguns expressaram sentimento de impotência e raiva, abordaram a poluição do rio Gurupi e igarapés, o desmatamento e as queimadas no ambiente que provocam o adoecimento da natureza e dos povos, relacionando tais fatos à ação perversa dos grandes latifundiários do agronegócio (Quadro 6).

Quadro 6 - Resumo da discussão da imagem cartográfica, comunidade Quilombo Camiranga, Cachoeira de Piriá, PA - 2015

Potencialidades	Ameaças	Prioridades
Liberdade - dançar tambor da crioula Festa de São Benedito/ Festa de São Sebastião Renda: farinha, açaí mais forte, artesanato próprio. Agricultura: mandioca, feijão, milho, arroz, bacabal, cupuaçu e açaí. Pecuária: boi, galinha, porco, pato e peru. Pesca Projeto Reflorestamento para Viver Natureza Saudável (já foi saudável) Associação Quilombo Camiranga Ponto de Cultura Crioula Pano e Barro	Água não tratada Lixo queima ou enterra nas casas Desmatamento Queimadas constantes Poluição do Rio Gurupi e Igarapés	Renda Saneamento Básico Reflorestamento (ampliar) Redução da poluição

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

A discussão foi concluída elegendo-se as prioridades que nortearam a construção do plano de ação com objetivo de melhorar o cenário apresentado do território. O resultado gerou a definição de quatro objetivos, metas, prazos e responsáveis (Quadro 7).

Quadro 7 - Plano de ação do território comunidade Quilombo Camiranga, Cachoeira de Piriá, PA - 2015

Objetivo 1: Ampliar a renda da Comunidade Quilombo Camiranga (CQC)			
Meta 1	Ações/Estratégias	Prazo	Responsável
Produção ampliada de farinha, açaí e outras.	1. Criar uma Cooperativa na CQC; 2. Articular projeto-parceria para a compra de maquinário; 3. Apoio técnico em parceria com o SEBRAE, SAGRI e SENAI para a realização de oficinas de armazenamento e beneficiamento.	6 meses a 1 ano	Associação do Quilombo Camiranga (ACQC) SAGRI EMATER
Objetivo 2: Promover o saneamento básico no território.			
Meta 2	Ações/Estratégias	Prazo	Responsável
3 (três) Poços artesianos funcionando	1. Gestões junto aos poderes executivo, legislativo e judiciário para executar as instalações do sistema hidráulico dos poços; 2. Agendar diálogo, inicialmente, com a Prefeita e Secretários afins (Ambiente e Saúde e outras), em caráter de urgência, para tratar do assunto.	6 meses	ACQC
Objetivo 3: Recuperar o reflorestamento das áreas de preservação ambiental			
Meta 3	Ações/ Estratégias	Prazo	Responsável
Áreas de preservação ambiental reflorestadas	1. Gestões junto à SEMA e IBAMA para recuperar as áreas de preservação ambiental.	1 mês	ACQC Prefeitura da Cachoeira de Piriá (CP)
	2. Articular audiência pública na Assembleia Legislativa do Pará e na Câmara Municipal de Cachoeira do Piriá com participação de representante do IBAMA.	3 meses	ACQC
Objetivo 4: Reduzir a poluição do Rio Gurupi e Igarapés			
Meta 4	Ações/ Estratégias	Prazo	Responsável
Poluição reduzida do Rio Gurupi e Igarapés	1. Articular Encontro Intermunicipal CQC e Movimentos Sociais de Boa Vista do Gurupi com a participação das respectivas Câmaras Municipais.	3 meses	ACQC Movimentos Sociais de Boa Vista do Gurupi-BVG (Sindicato de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais, Colônia de Pescadores / Pescadoras, e outros).
	2. Desenvolver Projeto de Redução da Poluição do Rio Gurupi e Igarapés, incluindo a educação ambiental.	2 anos	SEMA e Prefeituras CP-PA e BVG-MA.

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Após a discussão da imagem do território, construiu-se a imagem do acesso à saúde do Quilombo que mostra a natureza representada pelo sol, lua e nuvens; a flora por árvores e flores. Os meios de locomoção: transporte escolar, carroça e barco para o acesso a UBS mais próxima no distrito de Alto Bonito, distante cerca de três horas (Figura 18).

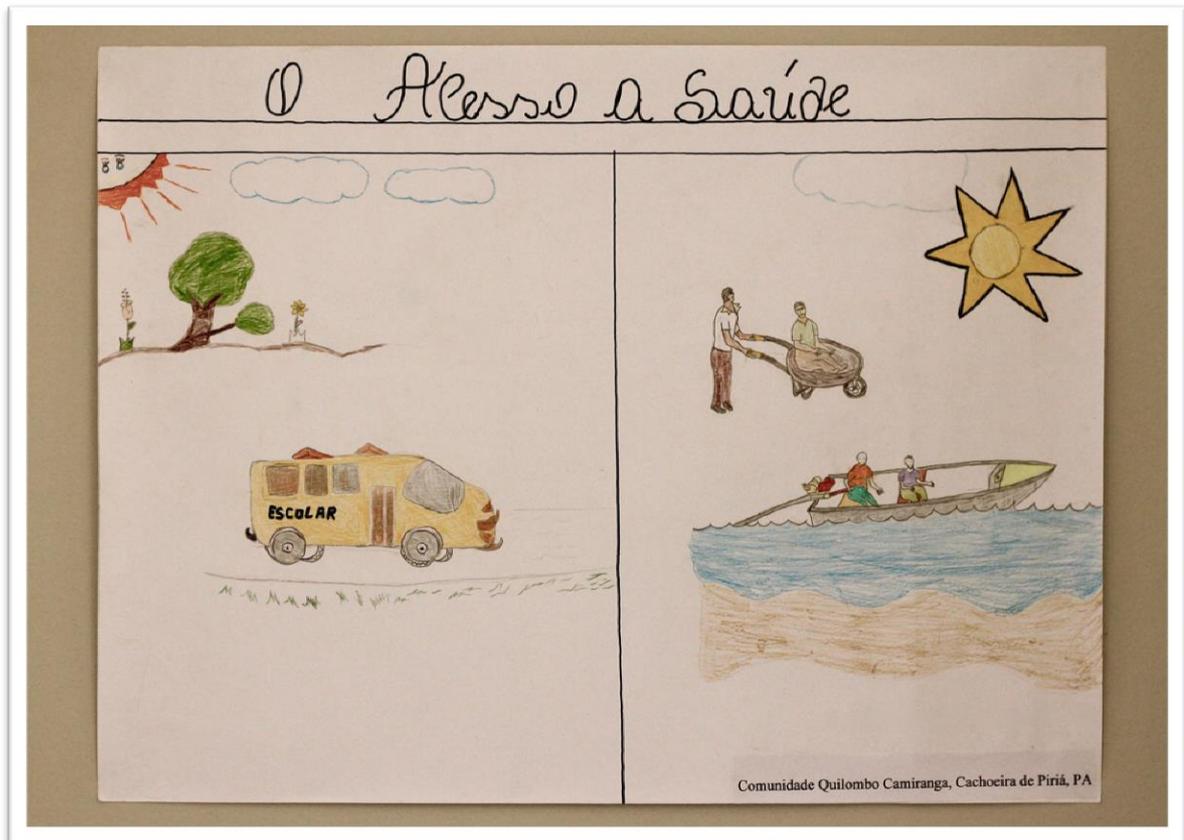


Figura 18 - Imagem cartográfica: acesso à saúde, Quilombo Camiranga, Cachoeira de Piriá, PA - 2015

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

A seguir ocorreu o processo de discussão acerca das potencialidades locais, como o uso de práticas tradicionais e crenças (chás de plantas medicinais ou remédios do mato, oferendas e rituais), existência de benzedeiros e parteiras. E, as dificuldades / ameaças traduzidas na falta de atendimento local, no deslocamento para serviços de saúde nos meios de transporte possíveis ou com a ajuda da comunidade, as longas distâncias e a falta de recursos financeiros para a compra de medicamentos. Durante as discussões foram contadas várias histórias de doenças, muitas vezes agravadas pelos motivos citados acima ou ocasionaram a morte da pessoa adoecida.

Apresenta-se a proposta de arranjo de atenção à saúde idealizada pelos participantes, com o objetivo de resolver as necessidades e demandas em saúde mais prementes da comunidade (Quadro 8).

Quadro 8 - Arranjo de atenção à saúde - 2015

Premissas do Arranjo de Atenção à Saúde
UBS local com Equipe do PSF completa
Funcionamento da UBS todos os dias.
Disponibilidade de transporte público para emergências e urgências.
Farmácia Básica.

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Mata Grande

Município localizado na micro região serrana do sertão alagoano, o povoamento que deu início a cidade data de 1771, denominado de Cumbe, ainda hoje, o nome da fonte que abastece a cidade e ao contraforte da Serra da Onça, tradicional ponto turístico na semana santa para os munícipes. Em 1870 foi denominada Paulo Afonso devido a motivos históricos e geográficos e pelo fato de situar-se próxima à Cachoeira de Paulo Afonso. Em 1929, tornou-se município.

De acordo com o IBGE, as principais atividades econômicas são comércio, serviços, agropecuária, silvicultura e extrativismo vegetal (carvão e madeira) evidenciando a existência de sérios problemas ambientais na região semiárida. A atividade agrícola consiste no cultivo de algodão herbáceo, banana, cana-de-açúcar, cebola, feijão, laranja, mamona, mandioca, manga, melância, melão, milho e tomate.

O ecossistema predominante é a caatinga, que está totalmente inserido na bacia do Rio São Francisco, seu principal afluente é o rio Moxotó, os afluentes e subafluentes são intermitentes.

Conta com cerca de 30. 589 habitantes, PIB per capita de R\$ 5.689,36, IDH baixo, de 0,504; e taxa de mortalidade infantil média de 19.07 para 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2016).

A rede de serviços de saúde possui três centros de saúde / unidade básica, uma unidade móvel fluvial, uma unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência, um centro de atenção psicossocial, uma central de regulação e a sede da secretaria. Conta com 82% de cobertura da atenção básica.

O município de Mata grande localiza-se no extremo norte do estado de Alagoas. Limita-se ao norte com os municípios de Manari e Inajá (PE), ao sul com Inhapi e Água Branca, a leste com Canapi e a oeste com Tacaratu (PE) e Água Branca (Figura 19 e 20).



Figura 19 - Localização de Mata Grande em Alagoas
Fonte: IBGE, 2016.

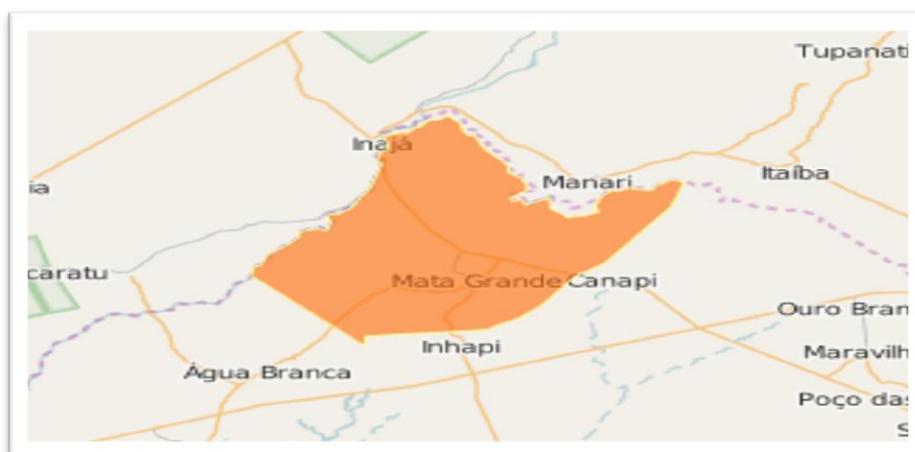


Figura 20 - Mapa de Mata Grande - Al
Fonte: IBGE, 2016.

Os trabalhos cartográficos foram realizados no território de Morro Vermelho numa sexta-feira (feriado local), na sala da capela de Nossa Senhora das Graças. O apoio logístico referente ao preparo das refeições para o grupo ocorreu na residência de uma professora, que situava-se ao lado da capela, local das atividades (Figuras 21 e 22).



Figura 21 - Morro Vermelho, Mata Grande, AL - 2015
Foto: Pesquisadora



Figura 22 - Capela Nossa Senhora das Graças, Morro Vermelho, Mata Grande, AL - 2015
Foto: Pesquisadora

Descreve-se o perfil sociodemográfico dos participantes num total de 13 pessoas, todas do sexo feminino, faixa etária predominante de 30-50 anos e uma com 72 anos. Seis solteiras, uma separada e duas viúvas. Grau de escolaridade destacando-se sete com ensino fundamental incompleto, duas sem escolaridade e uma com nível superior completo. Em relação à atividade de trabalho, dez agricultoras e uma professora. Autodeclaradas dez negras/pardas, duas amarelas e uma branca. Registra-se que vieram alguns homens para participar, mas não puderam permanecer devido a compromissos com o Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais de Mata Grande (Tabela 9).

Tabela 9 - Perfil sociodemográfico dos participantes, comunidade Morro Vermelho, Mata Grande, AL - 2015

Inserção social	Sexo	Idade	Estado civil	Grau de instrução	Ocupação / ativ.trab.	Cor da pele	Município
Usuário	F	72	Viúva	Analfabeto	Agricultora	Negra	Mata Grande
Mov. Social	F	40	Casada	Superior	Professora	Parda	Mata Grande
Usuário	F	21	Solteira	Médio	Agricultora	Parda	Mata Grande
Usuário	F	15	Solteira	Fundamental incompleto	Agricultora	Amarela	Mata Grande
Usuário	F	33	Solteira	Fundamental incompleto	Agricultora	Branca	Mata Grande
Usuário	F	44	Viúva	Analfabeto	Agricultora	Parda	Mata Grande
Usuário	F	38	Solteira	Fundamental incompleto	ACS	Parda	Mata Grande
Usuário	F	18	Solteira	Médio incompleto	Agricultora	Parda	Mata Grande
Usuário	F	43	Separada	Médio incompleto	Agricultora	Parda	Mata Grande
Usuário	F	46	Casada	Fundamental incompleto	Do Lar	Parda	Mata Grande
Usuário	F	37	Casada	Fundamental incompleto	Agricultora	Parda	Mata Grande
Cons. Saúde	F	50	Casada	Fundamental incompleto	Agricultora	Negra	Mata Grande
Usuário	F	36	Solteira	Fundamental incompleto	Agricultora	Amarela	Mata Grande

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

A seguir, participantes que se encontram na sala da capela, aguardando a chegada do conjunto do grupo para que fosse iniciado o processo cartográfico (Figura 23).



Figura 23 - Participantes em círculo, na sala da capela, Morro Grande, Mata Grande, AL - 2015.

Foto: Pesquisadora.

Prossegue-se compartilhando as imagens do território que mostra o açude Gravatá, considerado uma riqueza local, o qual possibilita o plantio de culturas locais e a criação de animais segundo os participantes. No entanto informaram que não chove há cerca de três anos, o nível da água do açude está muito baixo, com presença de muitas áreas secas. Ainda, representam a escola pública, como valor para o território (Figura 24).

Segue-se apresentando os tipos de cisterna com suas respectivas funções e enfatizam que foi uma conquista da comunidade (Figura 25). Na discussão do conteúdo das imagens, destacam a importância da aquisição das cisternas para a comunidade, relatam que antes a água era distribuída por carro pipa uma vez ao dia ou à cada dois dias e que não era suficiente para o abastecimento. Ainda, registraram que muitas vezes, ficavam na fila aguardando a chegada do carro, e não obtinham água. No decorrer do processo discursivo, contaram histórias sobre os acontecimentos locais que ocorriam quando o açude estava cheio, tais como o shows nos finais de semana e um bar. Destacaram que o território está muito vazio por motivo da seca, os homens e jovens foram para São Paulo e outros lugares para tentar trabalho / emprego para ajudar no sustento das famílias, confirmando o êxodo rural próprio das características desses territórios.



Figura 24 - Imagem cartográfica: território, comunidade de Morro Vermelho, Mata Grande, AL- 2015

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

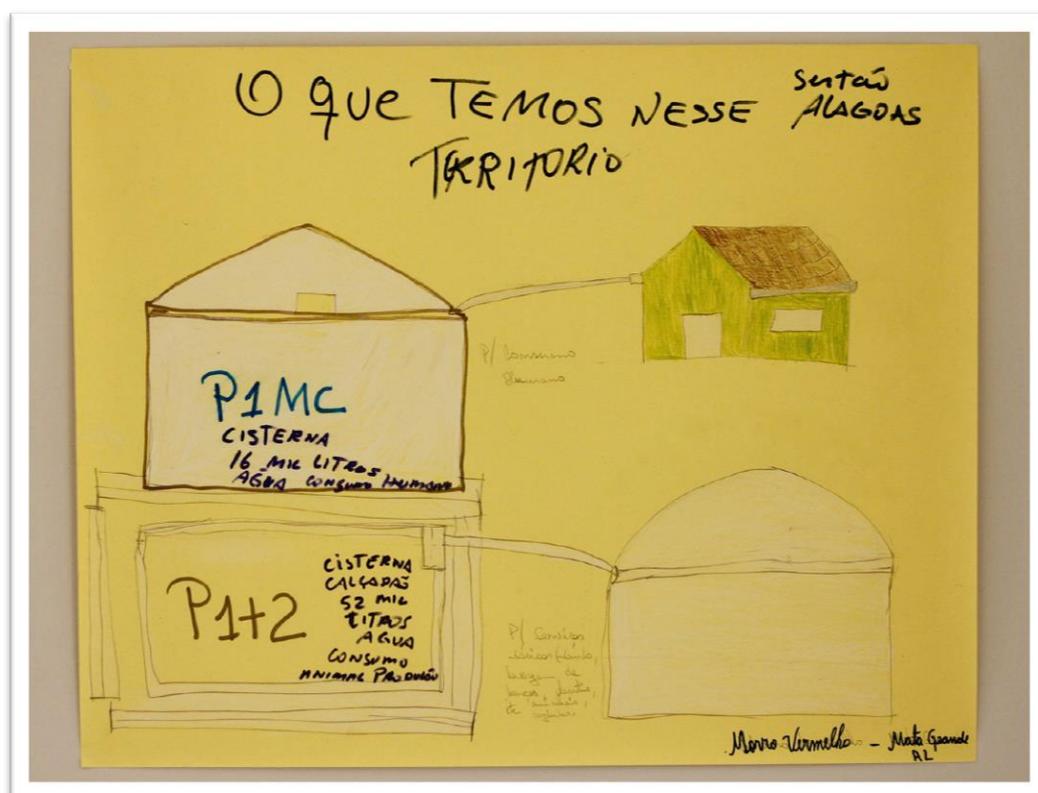


Figura 25 - Imagem cartográfica: território, comunidade de Morro Vermelho, Mata Grande, AL - 2015

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Prossegue-se apresentando as potencialidades, ameaças / dificuldades e prioridades que foram selecionadas e organizadas de forma sintética (Quadro 9). Durante a discussão acrescentou-se a falta de creche, lanchonete, farmácia e coleta de lixo. A necessidade de segurança foi destacada por todas as participantes, argumentando que a localidade é rota de fuga. Na primeira vez que estive no município, a agência do Banco do Brasil havia sido assaltada e a população estava bastante apavorada. Comentaram que tal fato já havia ocorrido outras vezes, tanto no município como nas cidades circunvizinhas.

Quadro 9 - Resumo da discussão das imagens cartográficas comunidade Morro Vermelho, Mata Grande, AL - 2015

Potencialidades	Ameaças	Prioridades
<p>Açude, antes da seca extensão de 6 a 8 km e atividade de pesca (grandes quantidades de peixe para venda e consumo próprio)</p> <p>Bar, festas / shows nos finais de semanas, quando o açude estava cheio.</p> <p>Cisternas</p> <p>Artesanato próprio</p> <p>Ter escola</p>	<p>Economia, atualmente devido à seca é sustentada pelos aposentados, a maioria dos homens estão trabalhando fora ou buscando trabalho / emprego.</p> <p>Há cerca de três anos que não chove, só chuva pouca.</p> <p>Falta de estradas asfaltadas.</p> <p>Ausência de Posto Policial</p> <p>Falta de transporte Coletivo</p>	<p>Renda</p> <p>Segurança</p> <p>Lazer</p> <p>Atenção à saúde</p>

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

A seguir expõe-se o plano de ação formulado coletivamente pelo grupo, que contém quatro objetivos, metas, prazos e responsáveis, visando contribuir para a modificação do cenário apresentado nas imagens e cotejados na discussão (Quadro 10).

Quadro 10 - Plano de ação do território, comunidade Morro Vermelho, Mata Grande, AL - 2015

Objetivo1: Ampliar a renda da Comunidade de Morro Vermelho e sítios circunvizinhos			
Meta 1	Ações/Estratégias	Prazo	Responsável
Renda ampliada	1. Articular a formação de Cooperativa de Artesanato e produção de material de limpeza; 2. Articular junto ao SEBRAE, SENAR, SENAI, Secretaria de Trabalho, Emprego e Renda /AL e Prefeitura a busca de linhas de financiamento.	1 ano 6 meses	Grupo de Mulheres / MMTRP-AL STTR/Mata Grande Grupo de Mulheres/ MMTRP-AL PM
Objetivo 2: Desenvolver espaços de lazer para os jovens			
Meta 2	Ações/Estratégias	Prazo	Responsável
Espaços de lazer funcionando	1. Articular gestão junto aos poderes executivo Prefeitura Municipal (PM) e legislativo (Câmara Municipal de Vereadores (CMV) para construir e equipar academia para jovens, sala de cinema e quadra de futebol; 2. Buscar parcerias com os governos federal e estadual - Secretaria de Esporte, Lazer e Juventude.	2 anos	Grupo de Mulheres/ MMTRP-AL STTR/Mata Grande PM CMV
Objetivo 3: Instituir mecanismos de segurança na Comunidade			
Meta 3	Ações/ Estratégias	Prazo	Responsável
Posto policial construído e funcionando	1. Articular junto ao governo estadual para construir e equipar o posto policial; 2. Desenvolver ações específicas para as mulheres em parceria com a Secretaria de Defesa da Mulher e dos Direitos Humanos-AL.	2 anos	Grupo de Mulheres/ MMTRP-AL PM
Objetivo 4: Ampliar e qualificar a atenção à saúde			
Meta 4	Ações/ Estratégias	Prazo	Responsável
Equipe de saúde contratada	1. Articular junto à PM a contratação de equipe de saúde: dois médicos (pediatra e clínico geral) e um dentista.	1 ano	Grupo de Mulheres/ MMTRP-AL

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Segue-se apresentando a imagem do acesso construída pelos participantes que mostra a necessidade de atendimento em todos os dias da semana, os profissionais de saúde e os respectivos dias que trabalham na unidade de saúde local e exemplificam a carência de procedimentos básicos de atenção à saúde, quando precisam e não há profissionais para executá-los. Representam o serviço fechado e os usuários desolados sem atendimento na porta. Durante os diálogos destacaram que esse episódio é recorrente nos feriados e finais de semana (Figura 25).

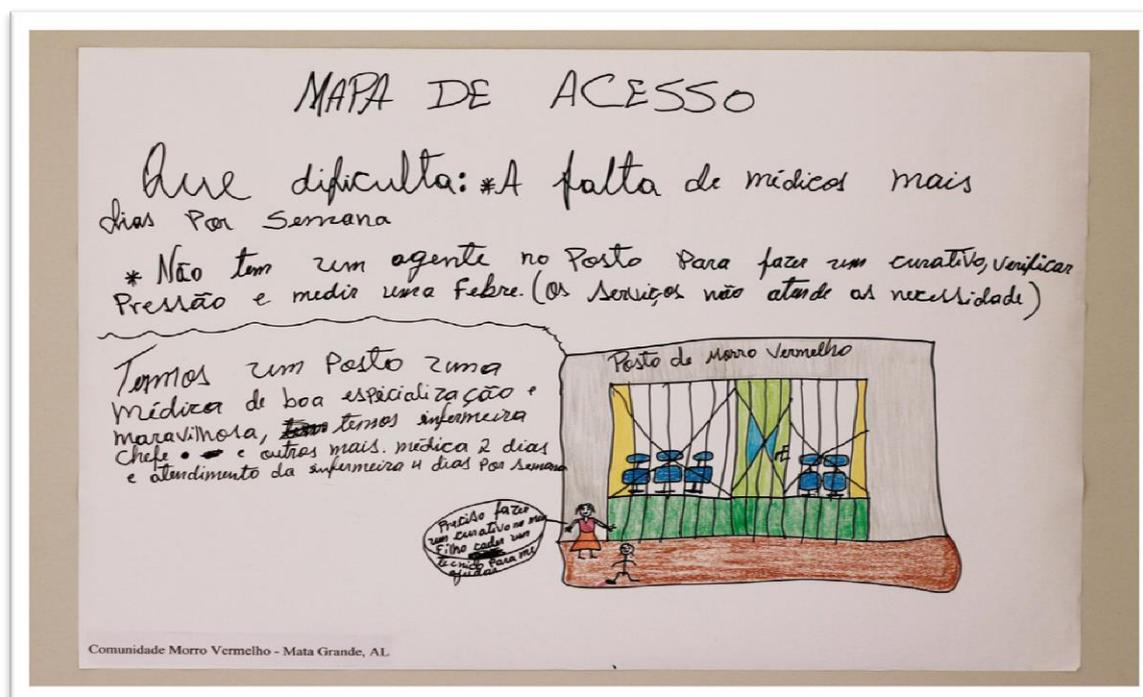


Figura 26 - Imagem cartográfica: acesso à saúde, comunidade de Morro Vermelho, Mata Grande, AL - 2015.

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Concluem a discussão apresentando uma proposta de arranjo de atenção à saúde para o território, que efetivamente atenda às necessidades e demandas, dando ênfase ao funcionamento diário, educação em saúde, aquisição de transporte, além da disponibilidade contínua de procedimentos básicos (Quadro 11).

Quadro 11 - Arranjo de atenção à saúde - 2015

Premissas do Arranjo de Atenção à Saúde
UBS local funcionando todos os dias da semana
Resultado de exames no máximo 30 dias
Atendimento de pequenas urgências (fraturas, cortes);
Aquisição de ambulância;
Palestras educativas e orientadoras para cuidar da saúde.

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Doutor Ulisses

Município situado em região montanhosa próximo à Serra do Mar, no Estado do Paraná, denominou-se inicialmente de distrito Varzeão em 1947, pertencente a Cerro Azul (município circunvizinho). Emancipou-se em 1990 com o nome de Vila Branca e em 1993, o município foi nominado de Doutor Ulisses. Possui em sua conformação natural saltos e corredeiras o que lhe confere alto potencial hidrelétrico, possui 14 fontes de águas alcalinas, sendo algumas delas utilizadas no abastecimento de água da cidade.

Conta aproximadamente com 5.794 habitantes, PIB per capita de R\$ 10.559,74, IDH muito baixo na faixa de 0,546, considerado o mais baixo do estado do Paraná e taxa de mortalidade média de 15.38 para 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2016).

As atividades econômicas predominantes são a agropecuária, indústria de madeira e serviços. O ecossistema principal é a Mata Atlântica, localizado no Vale do Ribeira que, historicamente, é uma das regiões mais pobres do Paraná, principalmente onde está situada a comunidade Quilombola do Varzeão.

A região do vale do ribeira destaca-se pelo alto grau de preservação de suas matas e pela grande diversidade ecológica. Cerca de 2,1 milhões de hectares de florestas que equivalem a aproximadamente 21% dos remanescentes de mata atlântica existentes no Brasil, considerada a maior área contínua desse importante ecossistema em todo o país. Nesse conjunto de áreas preservadas são encontradas não apenas florestas, mas importantes remanescentes de restingas estimadas em 150 mil hectares e de manguezais na ordem de 17 mil hectares (IBGE, 2016).

A rede serviços de atenção à saúde é composta por quatro postos de saúde, dois centros de saúde/unidade básicas, um consultório isolado, uma unidade móvel terrestre, uma unidade de vigilância à saúde, um polo de academia de saúde e a sede da secretária. Apresenta 97% de cobertura da atenção básica de saúde.

O município localiza-se no Paraná, na grande Curitiba e situa-se próximo do estado de São Paulo e ao noroeste da região metropolitana de Curitiba (Figuras 27 e 28).



Figura 27 - Localização de Doutor Ulisses no Paraná
Fonte: IBGE, 2016.



Figura 28 - Mapa de Doutor Ulisses no Paraná
Fonte: IBGE, 2006..

Nesse território, após diversas tentativas de locais para a realização dos trabalhos cartográficos, inicialmente agendado no Quilombo Varzeão, e depois numa comunidade próxima ao Sindicato de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais do município, não sendo possível a realização dos trabalhos, devido a problemas de ordem pessoal e adoecimento de lideranças. No entanto, a cartografia nesse território foi construída na residência de uma moradora da comunidade do Cerrado de Cima. E, só foi possível acontecer nessa localidade devido a solidariedade da comunidade e, sobretudo, da referida moradora (Figuras 29 e 30).



Figura 29 - Cerrado de Cima, Doutor Ulisses, PR- 2016
Foto: Pesquisadora



Figura 30 - Local da cartografia, Cerrado de Cima, Doutor Ulisses, PR, 2016
Foto: Pesquisadora.

Os participantes num total de 11 pessoas, apresentam o seguinte perfil sociodemográfico, todas do sexo feminino, faixa etária entre 25 a 40 anos e três adolescentes. Quanto ao estado civil, sete casadas, seis com ensino fundamental incompleto e uma com nível superior incompleto. Em relação à atividade de trabalho, cinco lavradoras e uma coletora de resina. Autodeclaradas, oito pardas, duas brancas e uma amarela (Tabela 10) .

Tabela 10 - Perfil sociodemográfico dos participantes, comunidade Cerrado de Cima, Doutor Ulisses, PR - 2016

Inserção social	Sexo	Idade	Estado civil	Grau de instrução	Ocupação / ativ.trab.	Cor da pele	Município
Prof. Saúde	F	27	Casada	Fundamental	ACS	Parda	Doutor Ulisses
Usuário Mov. Social	F	24	Casada	Fundamental	Coletora Resina	Parda	Doutor Ulisses
	F	50	Casada	Fundamental incompleto	Lavradora	Parda	Doutor Ulisses
Usuário Cons. Saúde	F	33	Solteira	Fundamental incompleto	Lavradora/Diarista	Parda	Doutor Ulisses
	F	38	Casada	Fundamental incompleto	Lavradora	Amarela	Doutor Ulisses
Usuário	F	27	Casada	Fundamental incompleto	Babá/ Lavradora	Branca	Doutor Ulisses
Usuário	F	49	Casada	Fundamental Superior	Recepcionista	Parda	Doutor Ulisses
Usuário	F	40	Casada	Fundamental incompleto	Lavradora	Branca	Doutor Ulisses
Usuário	F	16	Solteira	Fundamental incompleto	Estudante	Parda	Doutor Ulisses
Usuário	F	13	Solteira	Fundamental incompleto	Estudante	Parda	Doutor Ulisses
Usuário	F	12	Solteira	Fundamental	Estudante	Parda	Doutor Ulisses

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Segue-se demonstrando o grupo de trabalho concentrado na construção das imagens cartográficas do território (Figura 31).



Figura 31 - Grupo de participantes, Cerrado de Cima, Doutor Ulisses, PR - 2016
Foto: Pesquisadora.

Compartilha-se a seguir a imagem cartográfica do território que mostra a creche, a unidade de saúde, a flora local representada por frutas e flores (Figura 32).



Figura 32 - Imagem cartográfica: território, Cerrado de Cima, Doutor Ulisses - 2016
Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Durante as discussões estes dispositivos de serviços foram destacados como importantes para a comunidade, especialmente à creche, que cumpre uma função social de suporte para as mulheres.

Na próxima imagem cartográfica são traduzidas as carências de políticas públicas representadas na falta de asfaltos, saneamento básico, empresas para a geração de emprego e renda, lazer, oportunidades para juventude, falta de médicos e dentistas para a assistência local da comunidade. Ainda, revela o ensejo da existência de empresas locais e estradas asfaltadas (Figura 33).

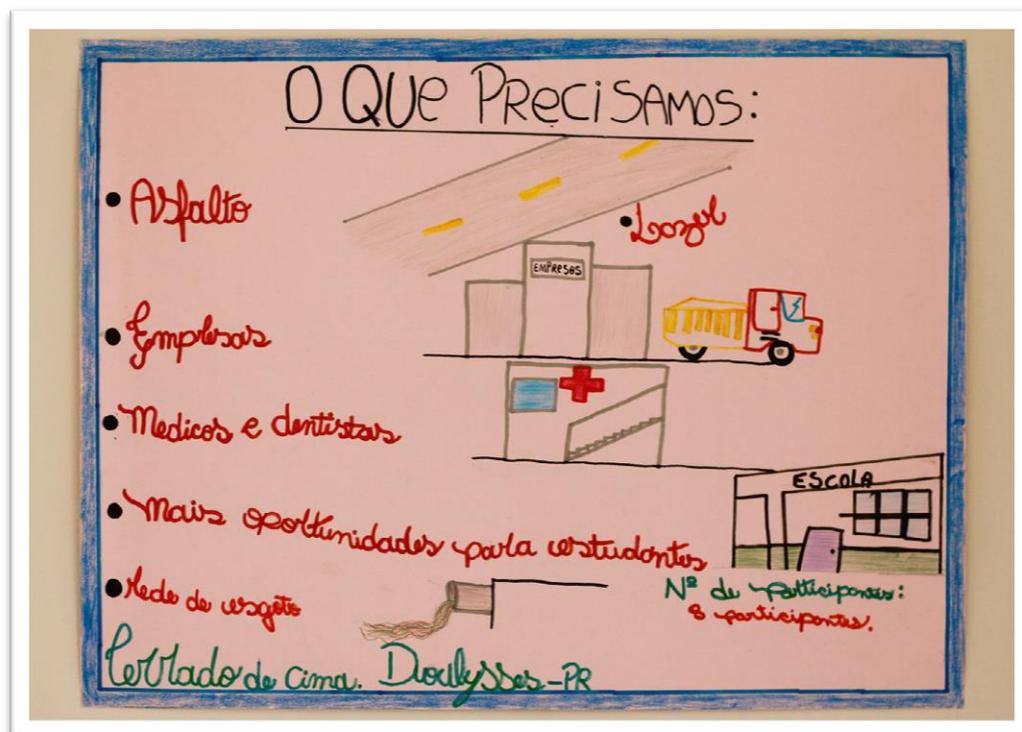


Figura 33 - Imagem cartográfica: território, Cerrado de Cima, Doutor Ulisses - 2016
 Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Durante a apresentação lembraram que já tiveram uma serralheria que empregava cerca de 800 trabalhadores permanentes. E enfatizaram o desejo pelo desenvolvimento de projetos de fomento com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da comunidade e, especialmente, de geração de renda e construção da estrada asfaltada.

A seguir demonstram-se as potencialidades, ameaças / dificuldades e prioridades resultantes do processo de discussão das imagens apresentadas aos grupos que subsidiaram a elaboração do plano de ação (Quadro 12).

Quadro 12 - Resumo da discussão imagens cartográficas comunidade Cerrado de Cima, Doutor Ulisses, PR - 2016

Potencialidades	Ameaças	Prioridades
Ar puro Tranquilidade As pessoas do lugar, todas muito solidárias e se conhecem. Creche	Falta de emprego Falta de estrada (asfalto) Falta de rede de esgotos Falta de coleta de lixo Falta de locais de lazer Falta pavimentação (muita poeira)	Renda Construção de estradas Saneamento Básico Atenção à saúde Lazer

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Apresenta-se o plano de ação com a finalidade de melhorar ou modificar o cenário do território, a partir das prioridades definidas, contendo quatro objetivos, metas, prazos e responsáveis (Quadro 13).

Quadro 13 - Plano de ação do território, Cerrado de Cima, Doutor Ulisses, PR - 2016

Objetivo 1: Ampliar a renda da Comunidade do Cerrado			
Meta 1	Ações/Estratégias	Prazo	Responsável
Renda da comunidade ampliada (empregos e produção local - roupas e outros).	1. Articular com a Prefeitura Municipal (PM) e a Câmara Municipal de Vereadores (CMV) gestões junto ao Governo Estadual para a construção da estrada (asfalto). Já existe o projeto, inclusive, já foi medido e mapeado o perímetro;	2 anos	Grupo de Mulheres /Cerrado PM /CMV /Governo Estadual-Secretaria de Infraestrutura e Logística.
	2. Discutir com a PM e a CMV estratégias para reabrir a Serralheria;	2 anos	Grupo de Mulheres e CMV
	3. Articular cursos de corte e costura junto ao SEBRAE e SENAI. Contato PM - Jessé;	3 a 6 meses	Grupo de Mulheres e PM
	4. Articular a criação da Associação da comunidade do Cerrado.	6 meses	Grupo de Mulheres e Pastoral da Saúde
Objetivo 2: Reabrir a Unidade Básica de Saúde (UBS).			
Meta 2	Ações/Estratégias	Prazo	Responsável
UBS funcionando	Gestões junto aos poderes executivo (PM) e legislativo (CMV) para contratar Equipe de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas e fisioterapeutas, dentre outros).	3 a 6 meses	Grupo de Mulheres PM CMV
Objetivo 3: Construir o saneamento básico (conjunto dos serviços, infraestruturas e instalações operacionais de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana, manejo de resíduos sólidos, manejo de águas pluviais e drenagem urbana) com foco no esgotamento sanitário.			
Meta 3	Ações/ Estratégias	Prazo	Responsável
Esgotamento Sanitário construído e funcionando	1. Articular junto à PM, CMV para gestões junto à FUNASA para a construção do esgotamento sanitário (rede de esgotos).	3 anos	Grupo de Mulheres PM CMV Secretaria do Meio Ambiente e Recursos Hídricos – PR
Objetivo 4: Construir áreas de lazer, especialmente, para as crianças			
Meta 4	Ações/ Estratégias	Prazo	Responsável
Áreas de lazer construídas (praça, academia ao ar livre e parque infantil)	1. Articular junto à PM e CMV para buscar parcerias como, por exemplo emenda parlamentar, MS (Programa Academia da Saúde) para a construção de praça, academia ao ar livre e parque infantil.	1 a 2 anos	Grupo de Mulheres PM CMV
	2. Entregar abaixo assinado da Comunidade reivindicando a construção de praça, academia ao ar livre e parque infantil ao Prefeito e à Câmara de Vereadores	2 meses	

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

A seguir compartilha-se a imagem do acesso à saúde projetada pelo grupo que apresenta a unidade de saúde fechada com corrente na porta, falta de profissionais de saúde, os meios de transporte para encaminhamento de usuários a cidades circunvizinhas - veículo da prefeitura, ponto de ônibus, a distância pela quilometragem, estradas precárias e solicitação de exames sobre a mesa para serem agendados (Figura 34).

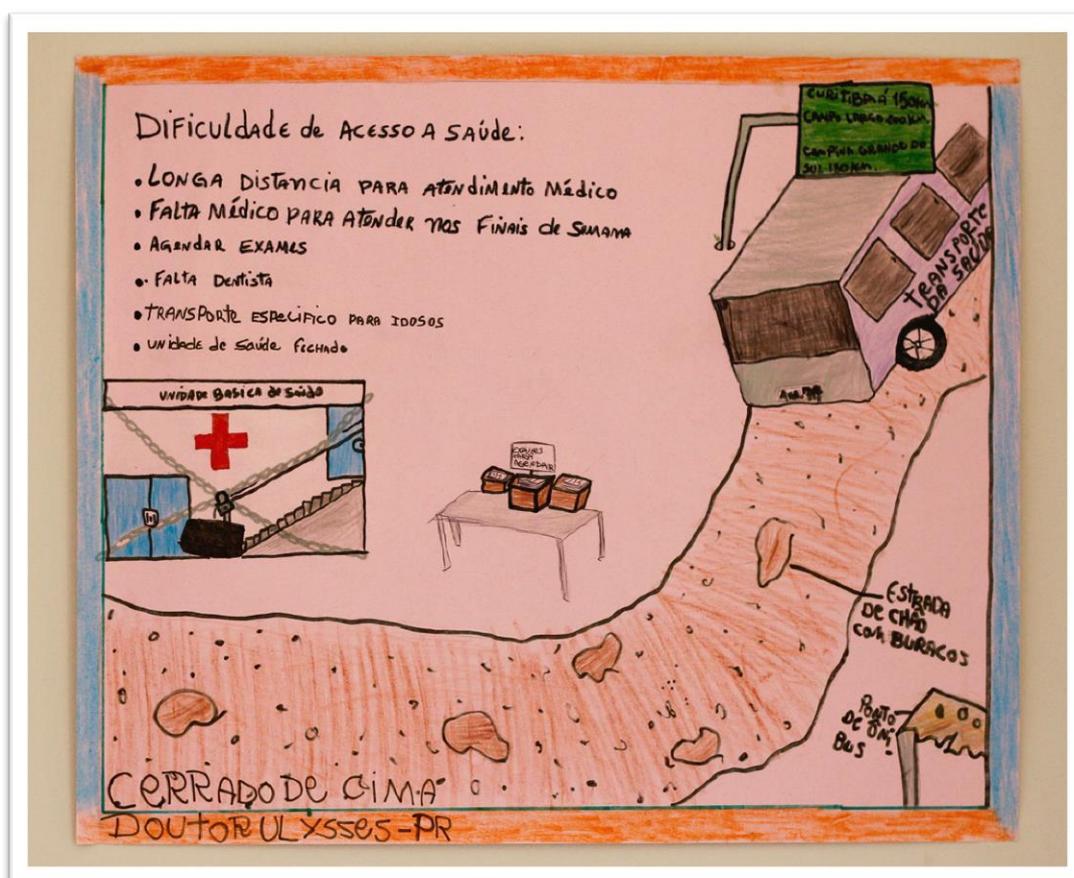


Figura 34 - Imagem cartográfica: acesso à saúde, Cerrado de Cima, Doutor Ulisses - 2016
Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Durante o processo de discussão focaram nas potencialidades afirmando que pouco adoecem, bem como citaram o uso de práticas tradicionais nas intercorrências de adoecimento (chás, benzedeiros, rezas) e as dificuldades traduzidas nas longas distâncias para até os locais de atendimento como Cerro Azul, Curitiba e outras cidades circunvizinhas. Geralmente saem às 03h00 da madrugada e quando chegam ao local de atendimento esperam muito tempo, e, às vezes retornam sem atendimento, mesmo com o encaminhamento formal. Abordaram, a difícil aquisição de frutas e verduras, que compram, mas sempre a

preços caros. Destacaram que o atendimento na vila ocorre apenas uma vez durante a semana no período da tarde, sendo muito difícil devido às atividades de trabalho.

Ao término das discussões em grupo foi proposta uma estratégia de arranjo de atenção à saúde que busca contribuir para o cuidado em saúde adequado, ou seja, que respeite as necessidades e demandas reais da comunidade (Quadro 14).

Quadro 14 - Arranjo de atenção à saúde - 2016

Premissas do Arranjo de Atenção à Saúde
UBS funcionando todos os dias e ter dentista
Retornar a fazer exames como ecografias e eletrocardiograma
Viabilizar o funcionamento do aparelho de raio X
Atendimento de pequenas urgências
Transporte para grandes emergências
Transporte específico para idosos.

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Tacuru

Município situado na mesorregião do sudoeste do estado do Mato Grosso do Sul, data de 1954, tornou-se distrito de Amambaí em 1958 e emancipou-se em 1981. Tem aproximadamente 11.160 habitantes, PIB per capita de R\$ 15.433,98, IDH 0,593 muito baixo, taxa de mortalidade infantil média 18.02 para 1.000 nascidos vivos (IBGE 2016).

Possui como principais fontes de renda a agropecuária, serviços e indústria, predominando a pecuária bovina, plantações de soja e mandioca. O ecossistema principal são os biomas, mata atlântica e cerrado, em pequenas porções aparecem o cerrado e a floresta estacional. A cobertura vegetal que predomina em mais de 85% da área é a pastagem plantada.

Está sob influência da Bacia do Rio da Prata e possui os seguintes rios: Iguatemi: afluente pela margem direita do rio Paraná; Jogui: afluente pela margem esquerda do rio Iguatemi e Puitã: afluente pela margem esquerda do rio Iguatemi que banha o município.

No que se refere aos aspectos culturais, há alguns traços da cozinha paraguaia, como a chipa e a sopa paraguaia, que são comidas típicas do Paraguai. Reúnem-se para apreciar e tomar tereré.

Possui dois idiomas oficiais, o português e o guarani, assim tornou-se a segunda cidade do País a adotar oficialmente um idioma indígena. A inclusão do idioma como oficial beneficia, também, os imigrantes paraguaios que moram no município.

Festas principais e eventos: reveillón, festa da mandioca, feira do peixe, semana do índio, arraiaí da paróquia de São Sebastião e o Rodeio, festa do peão realizada no aniversário da cidade.

A rede de atenção à saúde possui quatro centros de saúde / unidade básicas de saúde, um hospital geral, um consultório isolado, uma clínica / centro de especialidades, uma unidade de apoio diagnose, um serviço móvel e terapêutico (SADT isolado) e a sede da secretaria. Apresenta aproximadamente 64% de cobertura da atenção básica.

O município está situado no sudoeste do Mato Grosso do Sul, microregião de Iguatemi e localiza-se as cidades vizinhas, ao norte o Amambaí, ao sul Sete Quedas, ao leste Iguatemi e ao oeste Paranhos (Figuras 35 e 36).



Figura 35 - Localização ao sul do estado de Mato Grosso do Sul
Fonte: IBGE, 2016.

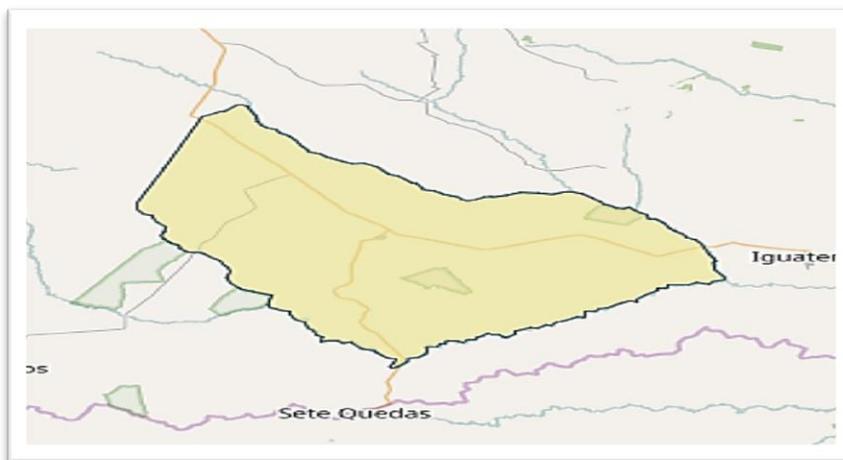


Figura 36 - Mapa de Tacuru-MS
Fonte: IBGE, 2016.

A cartografia nesse território realizou-se no Assentamento Vitória da Fronteira, na residência da presidenta da Associação de Mulheres Rurais “Pedra que Brilha”, que foi muito receptiva e solidária juntamente com a comunidade. O apoio logístico foi executado por duas pessoas indicadas que prepararam a alimentação, bem como procederam a limpeza do local ao término dos trabalhos (Figuras 37 e 38)



Figura 37 - Entrada do Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru, MS - 2016
Foto: Cristiana Leite do Nascimento



Figura 38 - Local da cartografia, Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru, MS - 2016
Foto: Pesquisadora.

No perfil dos participantes num total de 12 pessoas, observam-se 10 mulheres, faixa etária de 25-35, 45-65 e uma adolescente. Estado civil, dez casados e uma viúva; escolaridade, quatro com ensino fundamental incompleto, uma sem escolaridade, duas com nível superior, sendo uma incompleto. Todos desempenham atividades na roça, exceto, o agente comunitário de saúde. Cor da pele, oito negras / pardas e quatro brancas autodeclaradas (Tabela 11).

Tabela 11 - Perfil sociodemográfico dos participantes comunidade Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru, MS - 2016

Inserção social	Sexo	Idade	Estado civil	Grau de instrução	Ocupação / ativ.trab.	Cor da pele	Município
Usuário	F	15	Solteira	Fundamental incompleto	Estudante / Lavradora	Parda	Tacuru
Usuário	F	34	Casada	Médio	Do Lar / Lavradora	Branca	Tacuru
Cons. de Saúde	F	34	Casada	Fundamental Superior	Vendedora / Do lar/ Diarista na roça	Parda	Tacuru
Usuário	F	28	Casada	Fundamental incompleto	Do Lar / Lavradora	Branca	Tacuru
Usuário	F	61	Casada	Fundamental	Artesã / Lavradora	Negra	Tacuru
Usuário	F	35	Casada	Fundamental Médio	Ordenha Leite /Do lar	Parda	Tacuru
Mov. Social	F	32	Casada	Fundamental incompleto	Feirante / Lavradora	Branca	Tacuru
Usuário Prof. Saúde	F	47	Casada	Analfabeto	Ordenha Leite	Parda	Tacuru
Usuário	M	33	Casado	Superior Fundamental	ACS	Negra	Tacuru
Usuário	F	54	Casada	Fundamental incompleto	Ordenha Leite	Branca	Tacuru
Usuário	F	64	Viúva	Fundamental	Cuida de animais	Negra	Tacuru

				incompleto			
				Fundamental			
Usuário	M	56	Casado	incompleto	Criador de animais	Negra	Tacuru

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Segue-se demonstrando o grupo de trabalho em ação na construção do processo cartográfico (Figura 39).



Figura 39 - Grupo de participantes, Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru, MS - 2016
Foto: Pesquisadora.

Assim, compartilha-se as imagens cartográficas do território que apresenta a realidade atual traduzida na representação das moradias, da flora por meio de árvores e frutas nativas, plantações, estradas de terra, rio, córrego, capela, caixa d'água, local destinado para a construção da sede da associação, lotes demarcados, campo de futebol e represa (Figura 40).

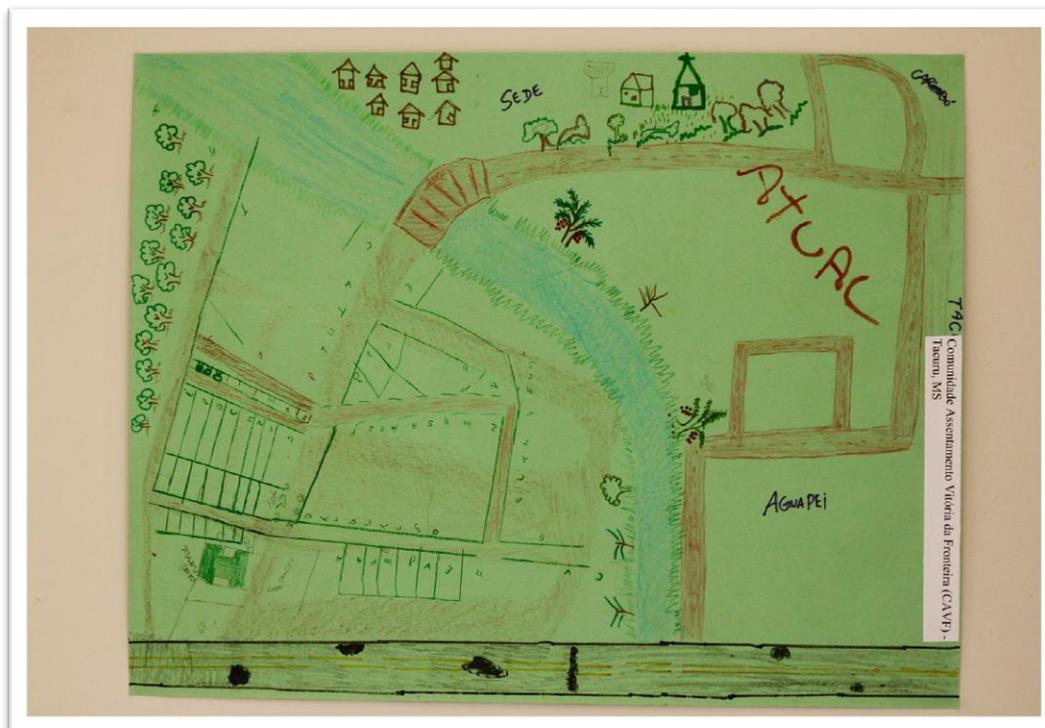


Figura 40 - Imagem cartográfica: território Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru, MS- 2016
Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

A seguir construiu-se a imagem do território ideal, dos desejos e dos sonhos dos participantes que representa as benfeitorias para o viver coletivo da comunidade e as estratégias para a proteção do ambiente. Representados por meio de sala de reunião, salão de festa, escola com as séries iniciais, creche, coleta de lixo, posto de saúde e academia popular na área que era a antiga sede da fazenda que deu origem ao assentamento; por plantações de mata auxiliar e árvores nativas para evitar erosão e assoreamento do córrego São José. Ainda, ilustrando o replantio de uma reserva de flora nativa. O assentamento é dividido em três setores: Mundo Novo, Aguapei e Carimbó que se encontram projetados na imagem (Figura 41).

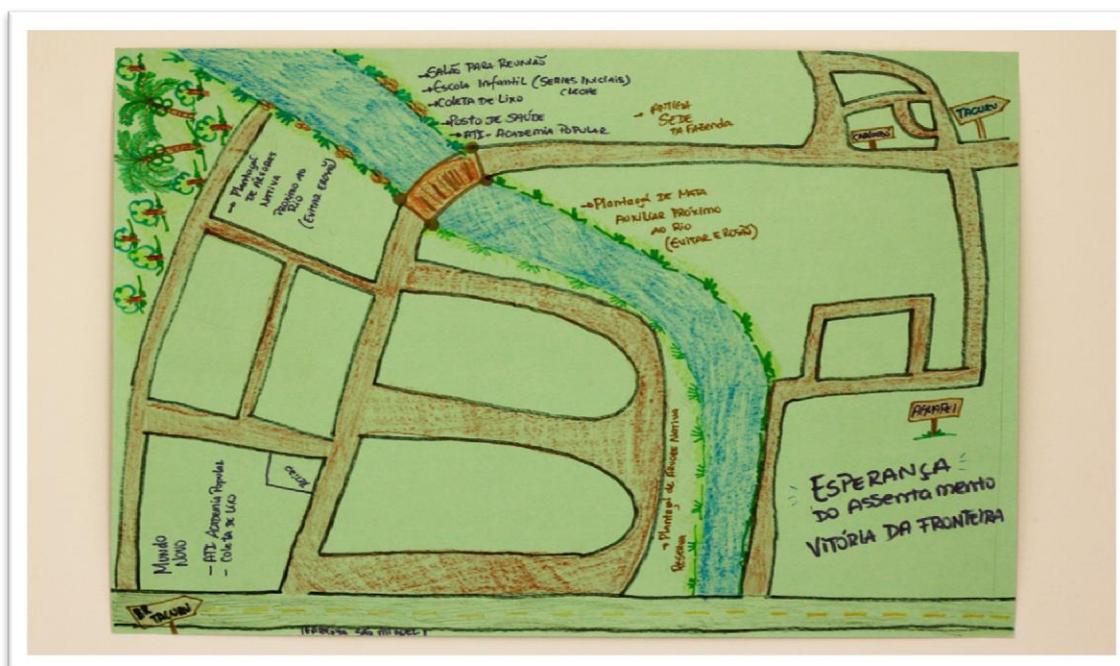


Figura 41 - Imagem cartográfica: território Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru, MS - 2016
Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Prossegue-se apresentando o resultado das discussões das imagens cartográficas que revelam as potencialidades, ameaças / dificuldades e prioridades que subsidiaram a elaboração do plano de ação que objetiva modificar o cenário representado (Quadro 15).

Quadro 15 - Resumo da discussão das imagens cartográficas Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru, MS - 2016

Potencialidades	Ameaças	Prioridades
Associação de Mulheres Rurais "Pedra que Brilha" Terra e moradia; Animais como: gado, galinha, porco e outros; Tranquilidade	Baixa renda Falta de coleta de lixo Redução do nível de água	Construção da Sede da AMR "Pedra que Brilha" Saneamento básico - coleta de lixo, tratamento da água e esgoto Aumento da Renda Atenção à saúde local Lazer

Fonte: Pesquisa de campo, Tacuru-MS, 2016.

O plano alicerçado nas prioridades definidas visa contribuir para mudança do cenário local e apoiar as negociações e intervenções da associação junto aos

poderes executivo e legislativos municipal e estadual. Contém cinco objetivos, metas, definição de prazos e responsáveis (Quadro 16).

Quadro 16 - Plano de ação do território, Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru, MS - 2016

Objetivo 1: Construir a sede da Associação de Mulheres Rurais “Pedra que Brilha” (AMRPqB).			
Meta 1	Ações/Estratégias	Prazo	Responsável
Sede própria construída.	1. Articular e negociar junto ao INCRA e à Prefeitura Municipal (PM) de Tacuru a doação do barracão; 2. Organizar atividades (festa, rifa, bingo) ou viabilizar projeto-parceria para arrecadação de recursos financeiros visando a compra do mobiliário; 3. Montar sala para cursos e estudos por meio de projeto-parceria (identificar instituição ou entidade).	6 meses a 1 ano	AMRPqB
Objetivo 2: Promover o saneamento básico no território.			
Meta 2	Ações/Estratégias	Prazo	Responsável
1.Coleta de Lixo semanal; 2.Nível da água mantido.	1.Gestões junto ao poder executivo (PM) para a coleta de lixo no território; 2.Buscar apoio do Vereador Ailton Milani Granjeiro (Ita) e do STTR/Tacuru para promover audiência pública com o objetivo de discutir a prioridade de reflorestamento do território; 3.Construir coletivamente o Projeto de Reflorestamento do território; 4. Buscar parcerias junto à PM/Tacuru e à Secretaria de Estado do Meio Ambiente e Desenvolvimento Econômico - SEMADE/MS; 4.Executar o Projeto de Reflorestamento	3 a 6 meses 2 meses 3 a 5 anos	AMRPqB STTR PM/ Tacuru
Objetivo 3: Ampliar a Renda da Comunidade			
Meta 3	Ações/ Estratégias	Prazo	Responsável
Renda ampliada	1. Buscar apoio junto ao poder público e ao STTR para viabilizar a construção de cooperativa comunitária com o objetivo de atuar na produção de alimentos (pães, bolos, outros); de material de limpeza e de artesanato; 2. Articular parcerias para o desenvolvimento de projetos que viabilize os objetivos da Cooperativa Comunitária.	1 ano	AMRPqB STTR
Objetivo 4: Construir Posto de Saúde Rural (PSR)			
Meta 4	Ações/ Estratégias	Prazo	Responsável
Posto de Saúde Rural funcionando na CAVF	1. Fazer o levantamento populacional para a justificativa da solicitação de construção do PSR; 2. Gestões junto à Câmara de Vereadores e Prefeitura Municipal de Tacuru; 3. Articular para incluir a construção do PSR no Plano Municipal; 4. Articular junto ao Vereador Ita para negociar emenda parlamentar de Deputado do MS para viabilizar a construção do PSR.	1 a 3 anos	AMRPqB
Objetivo 5: Construir espaços de lazer e de saúde na CAVF.			
Meta 5	Ações/ Estratégias	Prazo	Responsável

Academia de Saúde funcionando	1. Gestões junto à Câmara de Vereadores e Prefeitura Municipal de Tacuru para viabilizar a academia de saúde junto ao Ministério da Saúde; 2. Articular a manutenção de orientação profissional.	1 ano	AMRPqB
-------------------------------	---	-------	--------

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

A imagem cartográfica seguinte representa uma unidade de saúde e expressa os desejos dos participantes em relação às necessidades e demandas em saúde. Assim, projetando a necessidade de comunicação, melhorias nas estradas, disponibilidade de ambulância com equipe, educação em saúde, realização de procedimentos básicos e emergenciais, agendamento prioritário e atividades físicas. Durante a discussão e apresentação da imagem, enfatizou-se por diversas vezes a precariedade das estradas e as distâncias para os locais onde buscam atendimento, quando adoecem e a necessidade de ter unidade de saúde mais próxima ou na própria comunidade (Figura 42).

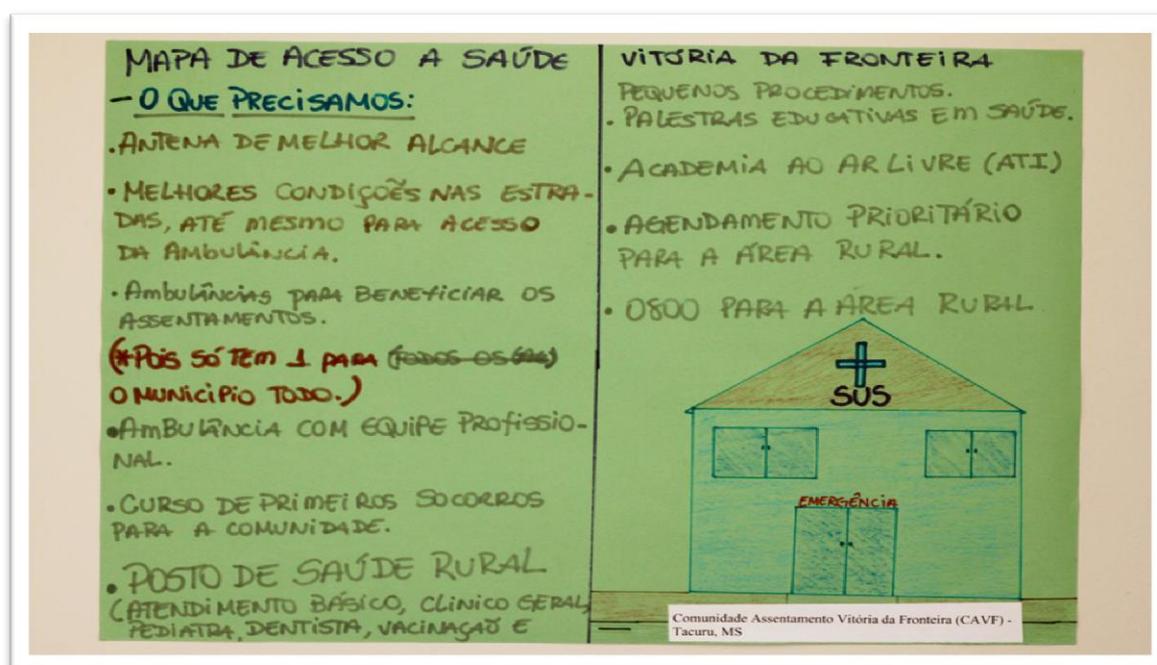


Figura 42 - Imagem cartográfica: acesso à saúde, Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru, MS - 2016

Fonte: Pesquisadora.

As discussões da imagem do acesso ensejaram a proposta de premissas para o arranjo de saúde idealizado pelo grupo (Quadro 17).

Quadro 17 - Arranjo de atenção à saúde - 2016

Premissas do Arranjo de Atenção à Saúde
Posto de Saúde Rural local com pré-natal, consulta, vacinação e coleta de exames
Atendimento todos os dias - especialidades básicas
Agendamento prioritário para a área rural nas unidades de saúde do município
Palestras educativas e orientadoras para cuidar da saúde.

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Nesse território os participantes elaboraram uma agenda por ordem de prioridade embasada nas construções anteriores com a finalidade de subsidiar as lutas e negociações com os poderes executivo e legislativos municipal e estadual e articular apoios junto aos movimentos sociais locais (Quadro18).

Quadro 18 - Agenda de luta, Associação de Mulheres Rurais “Pedra Que Brilha” (AMRPQB), Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru, MS - 2016

Agenda de Luta - Prioridades
Doação do barracão (Incra) para construção da sede da AMRPQB
Coleta de lixo
Projeto de reflorestamento do território
Cooperativa comunitária
Posto de saúde rural na comunidade
Academia de saúde.

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Ressalta-se que os produtos resultantes das cartografias realizadas nos territórios foram devolvidos aos respectivos grupos construtores, inclusive, tendo sido pactuado antes do início dos processos nas territorialidades.

4.3 ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE: OLHARES, PERCEPÇÕES E OPINIÕES DOS ENTREVISTADOS

As entrevistas foram aplicadas nos municípios que foram cartografados e destinadas aos atores denominados usuários, profissionais, conselheiros de saúde, representantes de movimentos sociais e aos componentes do Grupo da Terra-MS. As características sociodemográficas dos 17 entrevistados estão apresentadas na (Tabela 12). Verifica-se que procedem de todas as regiões do país e de 12 estados. Quanto ao sexo, nove mulheres e oito homens; 41,2% na faixa etária de 20-40 e 58,8% com 40 anos ou mais. No que se refere ao estado civil verifica-se apenas uma na categoria separada / divorciada, três solteiros e os demais casados. Quanto à escolaridade oito com nível superior e dois incompleto, três com ensino médio, sendo um incompleto e quatro com ensino fundamental, sendo dois incompletos. Quanto a profissão destacam-se seis agricultores / camponeses, três extrativistas/marisqueiras, dois educadores populares, um gestor, assessores e técnico de enfermagem. Negros/pardos autodeclarados 14 e três brancos.

Tabela 12 - Perfil sociodemográfico dos entrevistados, Grupo da Terra, MS - 2016

UF	Município	Inserção social	Sexo	Idade	Estado civil	Cor da pele	Grau de Instrução	Ocupação/ atividade trabalho
AC	Rio Branco	M. Social / Cons. Saúde	F	53	Separada	Parda	Superior	Assessora CNS
AM	Tefé	M. Social	M	28	Casado	Parda	Fundamental Incompleto	Extrativista
BA	Iramaia	M. Social	M	34	Solteiro	Negra	Superior	Técnico de Enfer.
BA	Candeias	M. Social	F	40	Casada	Negra	Fundamental	Marisqueira
CE	Serra Branca	M. Social	M	62	Casado	Parda	Superior	Secretário. Executivo
DF	Sobradinho	M. Social	F	46	Casada	Branca	Superior	Ass. C.Saúde / MST
MA	Alcântara	M. Social	F	56	Solteira	Parda	Fundamental	Agricultora
MA	Campestre	M. Social	F	25	Solteira	Negra	Superior	Pesquisadora C.Saúde/MST
MG	São Lourenço	M. Social	M	50	Casado	Branca	Superior	Gestor
MT	Cáceres	M. Social	M	70	Casado	Parda	Médio Incompleto	Agricultor
PA	Curuçá	M. Social	F	58	Separada	Parda	Superior Incompleto	Extrativista
PB	Mari	M. Social	M	37	Casado	Negra	Fundamental Incompleto	Agricultor
PE	Caruaru	M. Social	M	27	Solteiro	Negra	Superior	Camponês

PI	Francisco Santos	M. Social	F	43	Casada	Negra	Superior	Camponesa
RS	Erechim	M. Social	M	33	Casado	Parda	Superior Incompleto	Educador Popular
SC	Palmo Sola	M. Social	F	53	Casada	Branca	Médio	Trab. Rural
TO	Palma	M. Social / Cons. Saúde	F	45	Casada	Negra	Superior	Educadora Popular

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Apresenta-se a análise descritiva de orientação à atenção básica de acordo com as opiniões dos componentes do Grupo da Terra, MS demonstrada na (Tabela 13). Constata-se que os atributos de primeiro contato (utilização / acessibilidade) e longitudinalidade / atendimento continuado, considerados atributos essenciais tiveram como pontuação (5,9; 5,2). Portanto, não atingiram o ponto de corte (pc) considerado igual ou maior de 6,6). Os demais atributos, incluso, o derivado encontram-se acima do ponto de corte (10,7; 9,1 e 9,5). Os escores essencial e geral atingiram, respectivamente, as médias de 8,0 e 8,3.

Tabela 13 - Média dos escores por atributos, escore essencial e escore geral de orientação a APS, Grupo da Terra, MS - 2016

Escore médios dos atributos	
n=17	pc ≥ 6,6
Afiliação	5,7
Acesso de primeiro contato (utilização/acesso)	5,9
Longitudinalidade/atendimento continuado	5,2
Coordenação (cuidados e sistemas de informação)	10,7
Integralidade - serviços disponíveis	9
Integralidade - serviços prestados	12
Escore Essencial	8,0
Enfoque familiar / comunitário	9,5
Escore Geral	8,3

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Conforme a visão do grupo, a média de tempo de consulta foi de 10,9 minutos por consulta, nos 12 Estados originários dos respondentes. Segue-se apresentando os elementos promotores e dificultadores da vida, da saúde e do

acesso aos serviços de saúde, agrupados em oito percepções, contemplando o conjunto das 17 opiniões do grupo que dialogam com os atributos essenciais e derivados de orientação à APS (Quadro 19).

Quadro 19 - Percepções promotoras e dificultadoras da vida da saúde e do acesso aos serviços de saúde dessas populações, Grupo da Terra - 2016

Elementos promotores da vida e a saúde	Elementos dificultadores da vida e a saúde	Elementos promotores do acesso	Elementos dificultadores do acesso
Redução de desigualdades	Falta de emprego e oportunidades	Boa cobertura de SF	Transferência de responsabilidade das esferas do SUS
Terra, alimentação, trabalho e lazer	Violência no entorno e drogas como fumo e álcool	Conselhos e movimentos atuantes	Distâncias dos serviços
Moradia	Uso exagerado de agrotóxicos (referido por 13 entrevistados)	Serviço próximo da moradia	Profissionais desconhecem as necessidades e modos de vida dessas pop.
Natureza preservada e paz	Contaminação das águas e do solo	Referência e contrarreferência funcionando	Falta de atenção especializada/ ou demorada
Organização social	Falta de Infraestrutura e qualificação dos profissionais de saúde	Prof. formados numa perspectiva mais humanista.	Não implantação da PNSIPCFA de forma intersectorial
Respeito ao ser humano e aos saberes tradicionais	Exploração nas relações de trabalho e de produção da vida.	Informação e orientação sobre os direitos.	Atenção centrada na doença e no individual na atenção básica.
SUS para cuidar da saúde	Baixos salário, instabilidade e ingerência política	Escuta qualificada dos problemas de saúde	Usuários desconhecem os direitos.
Práticas educativas e tradicionais	Falta de vigilância à saúde	Boa infraestrutura dos serviços	Usuários desconhecem o funcionamento dos serviços

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

As características sociodemográficas dos 15 profissionais entrevistados estão apresentadas na (Tabela 14). Observando-se quanto ao sexo, 11 mulheres e quatro homens; 73,3% na faixa etária de 20-40 e 26,7 % com 40 anos ou mais. Referente ao estado civil verifica-se que apenas duas pessoas na categoria separada/divorciada e os demais casados. Quanto a escolaridade 11 de nível superior, quatro com médio e um fundamental incompleto. Quanto à profissão uma assistente social, uma farmacêutica, uma administradora, um biólogo, um analista de sistema, três enfermeiros, uma médica, quatro técnicos de enfermagem e dois

agentes comunitários de saúde (ACS). Negros/pardos autodeclarados nove, cinco brancos e uma amarela.

Tabela 14. Perfil sociodemográfico de profissionais de saúde entrevistados, territórios cartografados - 2016

Município / UF	Sexo	Idade	Estado civil	Grau de instrução	Profissão	Cargo	Cor da pele
Tacuru-MS	F	41	Casada	Superior	Assistente Social	Sec. de Saúde	Branca
Tacuru-MS	F	34	Casada	Superior	Farmacêutica	do Setor	Parda
Tacuru-MS	F	33	Casada	Médio	Téc. Enferm	-	Parda
Bonito de Minas-MG	F	36	Casada	Superior	Administradora	Sec. de Saúde	Parda
Bonito de Minas-MG	F	40	Casada	Médio	Téc. Enferm	-	Parda
Bonito de Minas-MG	F	32	Casada	Superior	Enfermeira	Coord. APS	Parda
Doutor Ulisses-PR	F	46	Casada	Médio	Téc. Enferm	Sec. de Saúde	Branca
Doutor Ulisses-PR	M	32	Casado	Superior	Enfermeiro	-	Branca
Doutor Ulisses-PR	F	50	Casada	Médio	Téc. Enferm	-	Branca
Cachoeira de Piriá-PA	M	40	Separado/Divorciado	Superior	Biólogo	Sec. de Saúde	Parda
Cachoeira de Piriá-PA	F	51	Casada	Superior	Médica	-	Negra
Cachoeira de Piriá-PA	M	28	Separado/Divorciado	Superior	ACS	-	Amarela
Mata Grande-AL	M	35	Casado	Superior	Analista de Sistemas	Sec. de Saúde	Parda
Mata Grande-AL	F	30	Casada	Fundamental	ACS	Adj	Parda
Mata Grande-AL	F	30	Casada	Incompleto	ACS	-	Branca
Mata Grande-AL	F	32	Casada	Superior	Enfermeira	Chefia PSF	Parda

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

As informações produzidas por profissionais de saúde dos cinco territórios estão demonstradas na (Tabela 15), os escores essenciais e derivados, e, respectivas médias, constatando-se que os escores essencial é de 8,1 e geral de 7,4 encontrando-se mais alto do que o ponto de corte o que revela boa orientação a APS. As médias do primeiro contato - acessibilidade e da organização comunitária não atingiram o pc.

Tabela 15 - Média dos escores por atributos, escore essencial e escore geral de orientação à APS, profissionais de saúde dos territórios - 2016

Escore médios dos atributos	
n=15	pc ≥ 6,6
Primeiro Contato - Acessibilidade	5,9
Longitudinalidade/Atendimento Continuado	6,3
Coordenação - Cuidados e Sistemas de Informação	7,8
Integralidade - Serviços Disponíveis / Prestados	12,3
Escore Essencial	8,1
Orientação Familiar	7,2
Organização Comunitária	4,7
Escore Geral	7,4

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Prossegue-se com os olhares e percepções desses profissionais acerca dos elementos promotores e dificultadores da vida, da saúde e do acesso nesses territórios (Quadro 20).

Quadro 20 - Percepções promotoras e dificultadoras da vida, da saúde e do acesso aos serviços de saúde, profissionais de saúde - 2016

Elementos promotores da vida e a saúde	Elementos dificultadores da vida e a saúde	Elementos promotores do acesso	Elementos dificultadores do acesso
Renda	Baixa renda	Conhecimento	Distâncias para moradores de assentamentos e sítios
Tranquilidade	Falta de emprego e oportunidades	UBS nas localidades e transporte disponível	Estradas precárias e falta de transporte
Segurança	Falta de lazer	Equipe de saúde comprometida	Descomprometimento dos profissionais
Sem poluição ambiental	Falta de estradas, transporte e distâncias	Conselhos de saúde funcionando	Referência e contrarreferência não funcionam
Baixo índice de violência	Drogas	Médicos cubanos	Morosidade dos processos licitatórios
Exercícios físicos	Desmatamento e queimadas	Boa infraestrutura dos serviços	Questões políticas e favorecimento

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

As características sociodemográficas dos entrevistados por territórios num total de 68 sujeitos estão demonstradas na (Tabela 16). Observa-se que se confirmam os critérios definidos para amostra em relação à inserção social. Em todos os territórios há maior percentual de mulheres, referente a idade em três territórios constata-se maior percentual na faixa de 20-40 anos e na de 40 ou mais,

apenas um. Negros /pardos autodeclarados na maioria. Em todos verifica-se maior percentual de casados. A escolaridade predominante é o ensino fundamental incompleto e analfabetos. A atividade de trabalho principal é a de agricultor / agricultora e atividades afins.

Tabela 16 - Perfil sociodemográfico de usuários entrevistados por territórios, regiões do Brasil, 2016

Variáveis	Território 1	Território 2	Território 3	Território 4	Território 5
	n=13	n=14	n=15	n=13	n=13
	%	%	%	%	%
Inserção social					
Usuário	77	79	76	62	70
Movimento Social	16	14	16	31	15
Conselheiro de Saúde	7	7	8	7	15
Sexo					
Feminino	77	86	54	46	62
Masculino	23	14	46	54	38
Idade					
20-40	46	78	46	77	30
Mais de 40	54	22	54	23	70
Estado civil					
Casado (a)	77	65	60	54	70
Separado/Divorciado (a)	7	14	13	15	
Solteiro (a)		7	14	16	15
Viúvo (a)	16	14	13	15	15
Cor autopercebida					
Negra	46	43	46		15
Parda	16	53	46	62	54
Branca	38	8	8	23	23
Amarela				15	8
Grau de escolaridade					
Não alfabetizado (a)	7	7	33	23	31
Fundamental incompleto	38	72	40	8	8
Fundamental	16	14		8	15
Médio incompleto		7	7		8
Médio	7		20	30	23
Superior incompleto	16			23	15
Superior	16			8	
Ativ. Trab. / Ocupação					
Agricultor (a) / Trabalha na roça/ Cuidador(a) de animais / Pescador(a)	54	43	60	54	54
Ordenha leite/ Veredeiro(a)					
Do Lar /Doméstica /Cuida de casa/Artesã/ Vendedora	24	7	13	7	23
ACS / Téc. de Enfermagem	15		13		
Comerciante		14			
Professora/Orient. Social				23	8
Serviços	7	22	7		8
Gerais/Recepcionista					
Merendeira					7

Gari			8
Manicure/Pedicure	14	7	
Desempregado(a)			
Aposentado(a)			8

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Apresenta-se à orientação à APS, observando-se que apenas no território um a média do grau de afiliação está menor que o ponto de corte. As médias do grau de afiliação, acesso do primeiro contato e coordenação de serviços, somente no território cinco, encontram-se maior que o pc. Os escores essenciais e gerais dos territórios não atingiram o ponto de corte. (Tabela 17).

Tabela 17 - Média dos escores por atributos, escore essencial e escore geral de orientação a APS por territórios, regiões do Brasil - 2016

Territórios	Território 1	Território2	Território 3	Território 4	Território 5
	n=13	n=14	n=15	n=13	n=13
Escore médios dos atributos					
Afiliação	8,0	7,7	7,2	6,0	7,8
Acesso de Primeiro Contato (Utilização/Acesso)	5,6	4,9	5,5	5,8	7,7
Longitudinalidade/Atendimento Continuado	5,5	5,3	5,3	5,2	5,4
Coordenação (Cuidados e Sistemas de Informação)	4,6	6,0	5,5	4,2	8,0
Integralidade - Serviços Disponíveis	5,2	-0,06	1,8	1,3	5,8
Integralidade - Serviços Prestados	6,1	2,8	5,7	2,7	4,8
Escore essencial	5,9	4,4	5,2	4,2	6,5
Enfoque Familiar / Comunitária	5,8	4,5	4,9	4,6	2,3
Escore geral	5,8	4,4	5,0	4,3	5,9

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

A média do tempo de consulta por minutos foram as seguintes: território um de 12,9; território dois de 13,6; território três de 15, 2; território quatro de 13 e do território cinco de 15,8 minutos.

Segue-se demonstrando as percepções dos 68 usuários entrevistados quanto aos elementos promotores e dificultadores da vida, da saúde e do acesso aos serviços e ações de saúde que foram agrupadas em 10 opiniões.

Quadro 21 - Percepções promotoras e dificultadoras da vida, da saúde e do acesso aos serviços de saúde, usuários - 2016

Elementos promotores da vida e a saúde dessas populações	Elementos dificultadores da vida e a saúde dessas populações	Elementos promotores do acesso aos serviços de saúde	Elementos dificultadores do acesso aos serviços de saúde
Tranquilidade, calma e paz	Falta de emprego, oportunidades e renda, especialmente, para os jovens	UBS perto da moradia e atendimento todos os dias	Falta de UBS próxima ao assentamento e bom atendimento
Liberdade e sossego	Falta de saneamento básico.	Tem UBS, todos são atendidos, mas problemas simples	Falta de equipamento e profissionais especializados
Felicidade	Falta de estradas e asfalto para acesso a bens e serviços.	Educação em saúde	Falta de meios de transporte e de medicamentos
Emprego e renda	Falta de políticas de financiamento para o plantio , no momento ainda há um pouco.	Ambulâncias do SAMU, PS, transporte e equipe de saúde completa	Falta de estradas e longas distâncias para os serviços que resolvem os problemas quando adoece
Pertencimento	Falta de transporte, muito distante dos serviços públicos	Profissionais conhecidos e competentes para agilizar o atendimento	UBS atende, mas não resolve tudo, encaminha para outros serviços
Natureza cuidada - ar livre, rios, veredas, vento e pássaros	Descompromisso do gestor	Solidariedade da comunidade para levar ao serviço quando adoece	Os serviços não atendem, vão mal, para quem mora no sítio é complicado
Produção de alimentos	Desmatamento e garimpo	Ter associação para lutar por melhorias nos serviços	Falta de capacitação dos profissionais, que são poucos
Segurança	Falta de políticas e conforto	Consulta com enfermeiro acolhe bem e mora perto da UBS, médico sempre falta.	Demora na marcação de consulta e exames, resultados ficam prontos em 6 ou 8 meses
Exercícios físicos	Trabalho no sol, difícil, cansativo e pode ocasionar câncer de pele e envelhecimento precoce	Os médicos cubanos atendem muito bem, explicam melhor	Falta de infraestrutura e vontade política do gestor
Proximidade de familiares	Falta lazer e academia de saúde	Ter meios de transporte próprio (carro, barco, canoa a motor, moto)	Políticos não melhoram os serviços, só têm interesse pessoal-bolso

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

5. CAPITULO IV - DESCOBERTAS E APONTAMENTOS DIALÓGICOS

5.1 DESCOBERTAS E APONTAMENTOS PROPOSITIVOS

Verifica-se que a população dos municípios varia entre 3.029 e 26.484 habitantes, situando-se o universo na classificação de pequeno porte do IBGE, nas faixas de até 5 mil a 50 mil habitantes. Destaca-se que somente quatro municípios, apresentaram maior contingente populacional rural na ordem de mais de 80%, cerca de 80% e mais de 70%, respectivamente, nas regiões Sul, Norte, Sudeste e Nordeste.

Geralmente, os municípios de pequeno porte exercem um papel de caráter local, de atendimento às necessidades básicas da população e dependem de municípios de médio ou grande porte para diversos serviços. Quanto aos serviços do setor saúde, são organizados de acordo com o processo de regionalização preconizado pelo Ministério da Saúde.

No que tange à rede serviço de saúde disponível, todos os territórios estão aderidos à estratégia de Saúde da Família e ao Programa Mais Médicos. No ano de 2014, foram implantadas equipes de saúde bucal em 14 municípios e apenas um município da região Sul não incorporou esse componente.

Registra-se que todos os municípios fizeram adesão ao processo de regionalização e têm fluxo de referência aos serviços de média e alta complexidade da rede de serviços do SUS, nas suas respectivas regiões de saúde.

Quanto à expectativa de vida comparada com as unidades federadas e as regiões, constatou-se que o município de Mata Grande, da região Nordeste, apresentou média de 66,0 sendo a menor dos territórios e diferente do estado e da região. O município que apresenta maior expectativa de vida é Dom Feliciano, da região Sul, na ordem de 74,1, aproximando-se da média nacional de 75 anos. Os municípios da região Norte apresentaram-se mais próximos das médias da unidade federada e da região entre 71,4 a 73,4 anos.

As informações sobre morbidade das populações desses territórios com base no ICSAP revelaram que todas regiões, têm como causa de internação, as gastroenterites infecciosas e complicações, sendo nove municípios como a primeira, dois municípios a segunda, três a terceira e um a quarta, o que dialoga com a precariedade do saneamento básico e as condições socioeconômicas.

A análise do perfil de morbimortalidade da população brasileira tem mostrado que nos últimos anos, as internações por gastroenterites são mais representativas nas populações residentes em regiões onde há maior concentração de pobreza e precárias condições socioeconômicas, aumentando o risco de diarreia principalmente quando associadas à falta de saneamento básico e a deficientes condições de vida (Vanderlei; Silva, 2004).

Apesar da tendência à redução nas taxas de internações e mortalidade por gastroenterites e da existência de medidas terapêuticas efetivas e de baixa complexidade (reidratação oral e a antibioticoterapia associada), as gastroenterites ainda possuem alta representatividade no perfil de morbidade da população no país (Genser et al., 2008).

Constata-se que três municípios apresentaram como primeira causa de internação a insuficiência cardíaca, o que pode significar o diagnóstico tardio nos respectivos territórios. É uma síndrome complexa, frequentemente de difícil diagnóstico, que exige dos profissionais que atuam na atenção primária uma competência técnica e uma elevada percepção para decidir quanto a melhor conduta.

As doenças cardiovasculares representam um grupo de alta prevalência na atenção primária. A insuficiência cardíaca, causa mais frequente de ICSAP nesse estudo, representa também, a principal causa de internação no sistema público brasileiro em indivíduos acima de 65 anos de idade (Araújo e Queiroz, 2012).

Observa-se, ainda, que dois municípios têm como a primeira causa de internação, a infecção no rim e trato urinário, dois como primeira causa, as doenças pulmonares e três como segunda causa de internação, as pneumonias bacterianas. O aumento das internações por infecção de rim e trato urinário, e angina pectoris, pode significar que a atenção primária está menos organizada para atender a tais diagnósticos ou que estes possam ser menos sensíveis a esse nível de atenção (Bastos et al., 2014).

Segundo Moura (2010) e colaboradores, as gastroenterites, asma e as pneumonias bacterianas foram as causas mais frequentes de internações hospitalares em menores de 20 anos entre aquelas sensíveis à atenção primária no Brasil, no período de 1999 a 2006. As tendências temporais revelaram mudanças positivas na evolução das taxas de internações por asma e gastroenterites infecciosas e negativas nas internações por pneumonia.

Assim, esses achados podem contribuir para o processo de avaliação do desempenho do sistema de saúde e da estratégia de saúde da família nos territórios pesquisados, e apontam a necessidade de priorização de atenção primária resolutiva e de qualidade.

As principais causas de mortalidade proporcional dos municípios selecionados de todas as regiões foram as doenças mal definidas, seguidas das cerebrovasculares como a segunda maior, exceto, na região Centro-Oeste. Nessa região, os suicídios por armas de fogo e outras causas foram a primeira, sendo a terceira as doenças mal definidas, apresentando-se maior no terceiro quadriênio. Nas demais regiões verificou-se tendência decrescente.

A redução da mortalidade proporcional ao longo dos quadriênios por causa mal definida pode ser atribuída à melhoria da capacidade diagnóstica, à presença de políticas públicas e de iniciativas para estimular o registro e ao preenchimento correto das causas do óbito nos pequenos municípios.

Segundo o Ministério da Saúde, observa-se uma tendência geral de redução progressiva da proporção de causas mal definidas, indicando melhoria qualitativa das estatísticas de mortalidade. Não obstante, as mal definidas, ainda se mantêm em patamares elevados, sobretudo nas regiões Nordeste e Norte (Brasil, 2010).

Verificou-se uma queda no aumento do risco da mortalidade proporcional por causas mal definidas. Comparativamente, a tendência de redução também ocorreu na média nacional, que se encontra no patamar de 7%. Na última década (2000-2010), a proporção da mortalidade por causas mal definidas no Brasil permaneceu em diminuição gradativa, passando de 14% no início do período para cerca de 7% em 2009 (Brasil, 2010).

Na região Centro-Oeste, especialmente nos estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, a presença de povos indígenas e os conflitos de demarcação de terras contribuem para a ocorrência de suicídios. Entre os anos de 2002 e 2016 ocorreram 49 suicídios no povo da etnia Karajá, que vive em Mato Grosso, Tocantins e Goiás. Desse total, 46 foram homens e três mulheres, cuja causa ainda não é muito clara (Brasil, 2016). Entretanto, pode-se atribuir à entrada da globalização nas aldeias, acesso aos meios de comunicação, a intensificação da educação escolar que abriram portas para o mundo urbano e os modos de consumo.

No Brasil, segundo o Censo Demográfico de 2010, os 821,5 mil indígenas representavam 0,4% da população, os suicídios entre os indígenas representam 1,0%, ou seja, duas vezes e meia do esperado pela participação demográfica. Conforme relatório produzido pelo Mapa da Violência, em Mato Grosso do Sul, a participação indígena nos suicídios é mais preocupante, de acordo com o Censo referido, são 2,9% da população, mas 19,9% nos suicídios: quase sete vezes mais. (Brasil, 2014).

Ademais, a mortalidade proporcional por IAM é a terceira causa nos municípios da região Nordeste e a quarta nas regiões Sudeste e Sul. Na região Sudeste, as doenças hipertensivas apresentam-se como a terceira causa. Esses achados podem refletir a ocorrência de diagnóstico tardio nesses territórios.

No Brasil, as cinco principais causas específicas de morte em 2013 foram as DCV, IAM, pneumonias, diabetes e homicídios. As DCV lideraram a lista a nível mundial, sendo a doença isquêmica do coração e o acidente vascular cerebral as que mais mataram nos últimos anos. Considerado o principal grupo de causas de morte no Brasil, em todas as regiões e para ambos os sexos, citamos as doenças do aparelho circulatório, as DCV e IAM que continuam em posição de liderança desde 2000 (Brasil, 2015).

Quanto à tendência de aumento da mortalidade proporcional por doenças crônicas não transmissíveis atribuem-se à transição epidemiológica, à questão do diagnóstico tardio e à aproximação dos estilos de vida das pessoas que vivem em pequenos municípios com o das grandes cidades.

Os homicídios e os suicídios por arma de fogo e outras causas responderam, respectivamente, pela terceira e quarta causa na região Norte e, como, a quinta e primeira na região Centro-Oeste. Esses eventos podem revelar os conflitos da luta pela terra que tensionam a vida cotidiana, aprofundam as desigualdades e promovem injustiças visíveis, especialmente aos povos do campo, da floresta e das águas; a presença de aldeias indígenas e de garimpo, situações características dessas regiões.

Entretanto, as causas externas no País representam a terceira causa de morte na população geral, sendo a primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 14 anos e acima de 40 anos. Entre as violências, os homicídios são a primeira causa de morte na faixa etária de 15 a 35 anos, com 64,2% dos acidentes e 70,4% das violências registrado na população masculina (Brasil, 2015).

Em 2013, foram registrados 10.533 suicídios (considerados indivíduos acima de 5 anos de idade) sendo 78,9% de homens e 21,1% de mulheres. A taxa de mortalidade por suicídio teve crescimento de 30,5% no período de 2000 a 2013, e variou de 4,3 suicídios por 100 mil habitantes em 2000 para 5,7 suicídios por 100 mil habitantes em 2013 (Brasil, 2015).

Nos últimos anos, as doenças não transmissíveis têm sido a principal causa de morte no mundo, apresentando tendência crescente, sendo responsáveis por 60% das mortes em 2000 e por 68% em 2012. No Brasil, em 2013, houve predomínio das doenças não transmissíveis (73%) e importante carga de mortes por causas externas, predominantes no sexo masculino (uma a cada cinco mortes), representando a principal causa de morte dependendo da faixa etária (Brasil 2015).

Neste contexto, o conhecimento possível dos territórios propiciou delinear a tipologia da cada unidade de pesquisa e contribuiu para preparar o caminho metodológico no trabalho de campo.

5.2 DISCUSSÃO DOS DIÁLOGOS NOS TERRITÓRIOS

Os resultados cartográficos

Água Doce

O território produzido pelos participantes traduziu as potencialidades locais para o viver e subsistir da comunidade por meio dos rios Pandeiro, São Domingos e as veredas Panelas e Água Doce que propiciam a manutenção da flora e fauna local e possibilitam o plantio de culturas como feijão, milho, mandioca e a criação de animais para consumo próprio. Essas comunidades se denominam veredeiras que são as pessoas que nasceram, cresceram, vivem e convivem com a vereda, que para eles, representa a fonte de sua subsistência e força.

As veredas, típicas do cerrado, são fitofisionomias ocupadas por vegetação herbácea e arbustiva-arbórea localizadas próximas às nascentes. Funcionam como vias de drenagem, contribuindo para perenidade e regularidade dos cursos d'água e atuam como bacias coletoras. São consideradas de interesse comum, como ecossistemas de preservação e reservas ecológicas. Essas formações vegetais

têm, além da importância ecológica e hidrológica, um grande valor social, já que servem de fonte de subsistência para muitos veredeiros, além de serem uma paisagem apreciada no meio do cerrado (Boaventura, 2007; Aguiar e Camargo, 2004).

Enfatizaram que precisam negociar projetos e parcerias que incentivem a produção de frutas nativas e outras culturas, e favoreçam a proteção das nascentes para a manutenção permanente de água visando ao abastecimento da comunidade.

No que tange ao acesso representaram a compreensão de saúde como direito social de todas as comunidades, e, focaram nas principais dificuldades como, à falta de estradas adequadas, as longas distâncias, a necessidade de meios de comunicação e, especialmente, a ausência de unidade e posto de saúde local. Ainda, projetaram o ecossistema, incluindo veredas, flora, moradias e pessoas.

Durante o processo de apresentação das imagens e discussões afloraram emoções, sentimentos, lembranças, experiências e afetos, materializados em depoimentos sobre morte, nascimento de pessoas e narrativas acerca de acontecimentos mobilizadores da comunidade como a implementação de projetos de incentivo e festas. Mas, a centralidade das discussões foram as necessidades e demandas de saúde e o desejo de que as territorialidades lograssem o desenvolvimento por intermédio de políticas públicas inclusivas e adequadas.

Assim, sintetizam-se as prioridades definidas pelo grupo como: a falta de oportunidades de geração de renda e empregabilidade, a inadequação das moradias, a falta de saneamento básico, ausência de estradas e dispositivos de atenção à saúde. Essas prioridades originaram um plano de ação com a finalidade de apoiar as intervenções por melhorias para as territorialidades e as premissas para um arranjo de atenção à saúde que atendam às reais necessidades da comunidade.

Note-se que a comunidade vivencia no cotidiano situações provocadoras de necessidades e demandas, mas são capazes de desenhar estratégias de modificação do cenário sentido e vivido, identificando os poderes responsáveis e parcerias. Presume-se, que caso as estratégias desenhadas sejam operacionalizadas, imprimirão mudanças significativas na resolução de problemas locais.

Quilombo de Camiranga

As potencialidades do território foram representadas com ênfase nas tradições culturais, traduzidas pelo tambor de crioula, festejos e os saberes e experiências simbólicas. As ameaças são materializadas na agressão ambiental, tanto a terra devido ao desmatamento e queimadas constantes e a poluição dos rios e igarapés, atribuídas à ação perversa do agronegócio.

As prioridades condensadas no plano de ação contemplaram a ampliação de renda, a preservação ambiental, o saneamento básico e a redução da poluição da água. Enfatizando-se, ainda, a retomada de projetos de reflorestamento, do espaço de cultura e de fortalecimento do movimento social quilombola.

Destaca-se o compromisso e a responsabilidade do grupo com o território e a comunidade, ao propor formas de resolução das situações-problema geradoras das necessidades e demandas.

Nas discussões referentes à imagem de acesso, o grupo destacou como potencialidades o uso de práticas tradicionais e crenças (chás de plantas medicinais ou remédios do mato, oferendas e rituais) e a ação de benzedeiras e parteiras. Como dificuldades, ressaltaram a falta de atendimento local, deslocamentos para serviços de saúde nos meios de transporte possíveis, longas distâncias e falta de recursos para a compra de medicamentos.

Essas situações-problema representadas, segundo as narrativas do grupo, em diversos momentos ocasionaram o agravamento do adoecimento ou morte de pessoas da comunidade.

Assim, essas situações foram resumidas nas premissas de um arranjo de atenção que atendam às necessidades e demandas do povo quilombola e respeite os seus aspectos culturais, simbólicos, crenças e saberes.

Morro Vermelho

As imagens representativas do território focaram no processo de seca que ocorre há mais três anos na região e entornos, a redução do nível de água do principal açude, considerado riqueza local e atrativo turístico. A aquisição de cisternas que minorou o abastecimento de água potável, a escola como um valor da comunidade e o artesanato gerador de renda. Enfatizaram como fatores

ameaçadores da sobrevivência, a economia sustentada pelos aposentados, o êxodo rural, a falta de emprego, de segurança (pois, referiram que a territorialidade é utilizada como rota de fuga), de estradas, de transporte coletivo e de atenção à saúde. O plano priorizou ações e estratégias que incidissem na renda, segurança, lazer e atenção à saúde.

Note-se, que os participantes, além de identificarem as situações potenciais e ameaçadoras ao viver no território, buscaram produzir estratégias que contribuirão para resolução dos problemas prioritários que compõem o plano, a partir dos saberes, vivências e experiências.

A imagem que retratou o acesso destaca a necessidade de atendimento todos os dias da semana na UBS e a carência de procedimentos básicos de saúde quando precisam. Representam o serviço fechado e os usuários desolados na porta, sem atendimento nos feriados e finais de semana.

O grupo propõe um arranjo de atenção para o território que efetivamente atenda suas necessidades e demandas, dando ênfase ao funcionamento diário, educação em saúde, aquisição de transporte e disponibilidade de procedimentos básicos.

No processo de construção da PNSIPCFA e nas agendas de luta desses povos, o funcionamento da unidade de saúde todos os dias, incluindo finais de semana e feriados foi uma reivindicação permanente.

Cerrado de Cima

As imagens do território representam, a creche e a unidade de saúde, como dispositivos importantes para a comunidade. As carências de políticas públicas e projetos de fomento, sobretudo, na falta de asfaltos e pavimentação, de saneamento básico, de empresas para a geração de emprego e renda, de lazer, de oportunidades para juventude, de médicos e dentistas para a assistência local da comunidade, representadas como ameaças / dificuldades no viver local.

Foram priorizadas a renda, construção de estradas, atenção à saúde, saneamento básico e lazer no plano de ação como problemas prementes dessa comunidade, o que remete a deduzir que as comunidades têm a capacidade de identificar necessidades e estratégias que contribuem para o enfrentamento de

situações provocadoras de problemas de ordem econômica, social e estrutural, a que estão submetidas.

A representação do acesso à saúde mostrou a unidade de saúde fechada, falta de profissionais de saúde, os meios de transporte para encaminhamento de usuários referidos, a precariedade das estradas e distâncias, e exames solicitados a serem agendados. A imagem retrata a restrição do acesso às ações e serviços de saúde da comunidade, aliada à ausência de requisitos fundamentais contributivos a manutenção da saúde e do viver, como a empregabilidade, renda, saneamento básico e lazer.

Esses elementos ensejaram a proposição de premissas para um arranjo de atenção à saúde local que contribua efetivamente para o acesso.

Assentamento Vitória da Fronteira

O grupo mostrou o território atual representado por moradias, flora, plantações, estradas de terra, rio, córrego, capela, caixa d'água, campo de futebol e local destinado a construção da sede da associação.

Projetaram o território ideal dos desejos e sonhos do grupo traduzido por espaços do viver coletivo, tais como: escola; creche; posto de saúde; locais de reuniões associativas; de festa e academia popular; e com saneamento básico. E ações protetivas do ambiente, como o reflorestamento de plantas nativas com o objetivo de conter a erosão e o assoreamento do rio.

Essas ilustrações das potencialidades e dificuldades locais confirmam os saberes e a capacidade dessas comunidades de conviver, cuidar e resistir às situações-problemas locais e de buscar modos de desenvolver seus territórios e torná-los provedores de suas demandas.

O plano com o objetivo de modificar a situação do território priorizou a construção da sede da associação, o saneamento básico, a ampliação da renda, atenção à saúde e o lazer.

A projeção da imagem do acesso representou uma unidade de saúde e expressou as necessidades e demandas da comunidade, pontuando a dificuldade de comunicação, melhoria das estradas, disponibilidade de ambulância com equipe, educação em saúde, realização de procedimentos básicos e emergenciais, agendamento prioritário e atividades físicas.

As discussões enfatizaram a precariedade das estradas, as distâncias para os locais onde buscam atendimento quando adoecidos e ter unidade de saúde mais próxima ou na própria comunidade. As identificações destes elementos produziram a proposta de arranjo idealizada pelo coletivo.

Os elementos identificados como situações-problema compuseram uma agenda de luta com a finalidade de subsidiar as negociações junto ao poder público local e articular apoio junto aos movimentos sociais.

De modo geral, o processo cartográfico nos territórios ressaltou que a ampliação de renda, empregabilidade, direito à terra, preservação ambiental, água potável, saneamento básico e lazer, foram consideradas as principais prioridades garantidoras da vida e da saúde nos territórios, o que dialoga com o conceito ampliado de saúde, a noção de cidadania e de justiça ambiental.

Compreende-se justiça ambiental como um processo histórico emergente num movimento de construção subjetiva da cultura dos direitos humanos, sociais, culturais e ambientais para e com as próprias populações vulnerabilizadas pelos riscos advindos de grandes empresas agroexportadoras e indústrias transnacionais que degradam o ambiente e seus entornos. Na experiência recente, a justiça ambiental surgiu da criatividade dos movimentos sociais, constituindo a Rede Brasileira de Justiça Ambiental, alterando a configuração de forças sociais envolvidas nas lutas ambientais e, em determinadas circunstâncias, buscando produzir alterações no marco regulatório responsável pela proteção ambiental (Acserald, 2009: 223; Porto e Pacheco, 2009).

Esse movimento congrega diferentes movimentos sociais, populações atingidas, povos indígenas e quilombolas, pesquisadores e ambientalistas, articula agendas e produz campanhas de casos concretos de injustiças ambientais. Emergiu da constatação de que a crescente escassez de recursos naturais, a desestabilização dos ecossistemas, a concentração de bens ambientais nos grandes empreendimentos afetam de modo desigual e, muitas vezes, injusto, diferentes grupos sociais desfavorecidos economicamente ou áreas geográficas (Porto e Pacheco, 2009). Essas situações provocam a transferência de riscos e produção de adoecimentos aos povos e ao ambiente, como foi revelado nas narrativas dos coletivos participantes do processo cartográfico.

As categorias garantidoras e promotoras de vida e saúde definidas pelo coletivo conferem que os participantes carregam o sentimento de pertencimento, de

solidariedade e de alteridade na definição de prioridades e soluções para o enfrentamento das situações-problema dos territórios e da atenção à saúde das comunidades.

As proposições estratégicas apontadas pelos grupos respeitam as singularidades, especificidades e diversidades dos povos e a preservação e cuidado com o ambiente / natureza, focando na importância da intervenção coletiva junto aos poderes públicos e gestores, e o fortalecimento de formas associativas.

As necessidades em saúde projetadas nas imagens dialogam com as sínteses discursivas e as narrativas dos participantes, as informações secundárias das unidades de pesquisa e a capacidade instalada dos serviços de saúde locais ou referenciados.

A necessidade em saúde é categoria fundamental para definir conteúdos e metas de ação no âmbito da saúde coletiva. Entretanto, aponta duas interpretações que se confrontam sobre o que seja necessidade. A ideia de necessidade humana como “valor relativo”, que depende de opções individuais e das possibilidades de cada pessoa e sua família para adquiri-las no mercado - corrente liberal; e a necessidade como “um processo determinante da vida, cuja realização constitui um direito humano”, o qual se deve alcançar por meio de uma distribuição equitativa e coletiva por parte de todos os integrantes de uma sociedade ou de um território, que deve ser construída de forma solidária em prol do bem comum - corrente solidária (Breilh, 2006:169 -170).

Durante os processos construtivos e discursivos surgiram muitas narrativas dos acontecimentos, focando o sentimento de pertença aos territórios e aos entornos (festas, crenças, símbolos, projetos de fomento), e dos problemas como adoecimentos e mortes determinados pela insuficiência de políticas públicas nos territórios.

Entretanto, a centralidade das discussões e proposituras foi a busca de estratégias e soluções para o desenvolvimento socioeconômico ambiental emancipador de seus territórios e a melhoria das condições de acesso à saúde integral e contínua, emergindo o sentimento de pertença e de solidariedade dos coletivos.

Assim, o fazer cartografia coaduna-se com o reconhecimento da diversidade epistemológica do mundo, o pensamento pós-abissal na compreensão de Boaventura Santos que deve tomar a forma de uma ecologia de saberes. Nessa

linha, a principal diferença quanto ao modelo epistêmico soberano: “o reconhecimento de uma pluralidade de formas de conhecimento além do conhecimento científico” (Santos, 2010: 54). Isto posto, essas ideias remetem ao trabalho construído com e para os coletivos, valorizando a escuta e respeitando seus saberes vividos e apreendidos que foram materializados nas imagens de suas realidades e nas propostas de intervenção, como os planos de ação e os arranjos de atenção à saúde.

Pois, o autor defende a ecologia de saberes como um processo coletivo de produção de conhecimentos que visa reforçar as lutas pela emancipação social (Santos, 2014). As abordagens e o pensamento desse autor dialogam e interagem com o pensamento e as práticas freirianas.

5.2.1 Resultados dos olhares, percepções e opiniões sobre o acesso

Grupo da Terra

As percepções dos participantes do Grupo da Terra apontaram que os atributos de primeiro contato (utilização / acessibilidade) e longitudinalidade / atendimento continuado, atributos essenciais, não atingiram o ponto de corte (pc) considerado igual ou maior de 6,6). Os demais atributos, incluso, os derivados situaram-se acima do ponto de corte (10,7; 9 e 9,5). Os escores essencial e geral atingiram o ponto de corte.

Mesmo assim, avalia-se que os achados apontam a necessidade de melhor provimento da atenção básica, nos diversos serviços dos 12 Estados originários dos entrevistados. Na atenção básica, uma das vantagens da longitudinalidade é contribuir por intermédio da assistência integral e contínua, aliada ao conhecimento do histórico de saúde do usuário de um determinado serviço (Almeida et al., 2010).

O grupo refere que os elementos promotores da vida e da saúde de um território são, principalmente, a redução de desigualdades sociais que propicie o acesso à terra, trabalho, moradia, alimentação e lazer, articulada com a preservação ambiental, organização social e respeito aos saberes tradicionais.

Deduz-se que essas sejam as dimensões básicas para um viver digno e saudável desses povos, cujas dimensões referidas são reconhecidas como

determinantes sociais e econômicos para o alcance dos níveis de saúde. Assim, somente a redução das desigualdades sociais e econômicas de forma equitativa produzirá modificação nas situações apontadas. Quanto à questão ambiental, indispensável para a preservação da vida, sacramentada na Constituição brasileira no artigo 225, que estabelece que todos têm direito ao ambiente ecologicamente equilibrado e essencial a qualidade vida saudável, o que impõe aos poderes públicos e ao coletivo defendê-lo e preservá-lo para as atuais e futuras gerações.

No entanto, o primado dessas dimensões clama pela adoção de políticas públicas adequadas nesses territórios, que transformem os cenários e elevem a qualidades de vida desses povos, e conseqüentemente a saúde.

Todavia, destacaram-se como elementos dificultadores ao viver e à saúde, o uso exagerado de agrotóxicos, contaminação das águas e do solo, drogas, violência, e a exploração das relações de trabalho. Essas percepções traduzem os impactos sobre os povos e os territórios determinado pelo modelo agrário brasileiro centrado no capitalismo, caracterizado por seu caráter perverso em relação ao modo de apropriação, exploração, expropriação da natureza e da força de trabalho. O agrotóxico é uma expressão de seu potencial morbígeno e mortífero, que transforma os recursos públicos e os bens naturais em oportunidades de negócios (Abrasco, 2015).

O uso abusivo dos agrotóxicos no Brasil tem gerado graves conseqüências, tanto para o ambiente como para a saúde humana, em especial das populações do campo e da floresta e de suas famílias. Essa situação é acentuada pela precariedade das condições socioeconômicas da maioria da população do campo e dos trabalhadores rurais, o que amplia a vulnerabilidade a que estão expostos face à toxicidade dos agrotóxicos (Oliveira-Silva et al., 2001; Sobreira; Adissi, 2003).

Os participantes referiram que os elementos promotores do acesso são: boa cobertura, serviços próximos da comunidade, escuta qualificada dos problemas de saúde, referência e contrarreferência funcionando, conselhos e movimentos sociais atuantes. Nestas considerações, identificam-se a longitudinalidade, coordenação do cuidado e gestão do serviço, integralidade e a organização comunitária, componentes essenciais de um serviço para o cuidar em saúde desses povos.

Sinaliza, pois, que é preciso engendrar arranjos de atenção à saúde, centrados nas reais necessidades de saúde, nas singularidades, peculiaridades e diversidades do território vivo e dos saberes e experiências das pessoas, que

conecte todos os serviços e pontos de atenção em redes com colaboração e participação dos produtores de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), buscando a almejada promoção da saúde. Entende-se que a participação ativa de todos poderá gerar movimentos inovadores, que aportem modos do cuidar em saúde.

O exercício da participação cidadã, pode ser compreendido como a capacidade dos indivíduos e da coletividade de intervir nas tomadas de decisões no âmbito da gestão das políticas públicas, com o propósito de melhorar a qualidade de vida e saúde, sobretudo na região onde vive (Cotta et al., 2011; Müller Neto; Artmann, 2012).

Profissionais de Saúde

As opiniões dos profissionais resultaram nos valores dos escores essencial (8,1) e geral (7,4) revelando boa orientação à APS. As médias do primeiro contato - acessibilidade (5,7), longitudinalidade / atendimento continuado (6,3) e da organização comunitária (4,7) não atingiram o ponto de corte.

Esses resultados indicam que as gestões locais devem estabelecer mecanismos para atender as necessidades dessas populações, especialmente, na atenção de problemas novos ou nos casos de acompanhamentos rotineiro e ao longo de tempo. Ainda, sendo preciso, o desenvolvimento de ações para apoiar o fortalecimento do controle social nos territórios.

Os olhares e percepções dos profissionais quanto aos elementos promotores de vida e saúde nos territórios focaram no aumento de renda, segurança, ausência de poluição ambiental e baixos índices de violência. Depreende-se que essas percepções indicam aquilo que almejam que fosse garantido nos territórios, destacando-se que a ampliação de renda foi referida por todos. Entretanto, conforme as opiniões dos profissionais, parece que as questões básicas estão asseguradas no cotidiano.

Quanto às percepções /opiniões acerca dos elementos promotores do acesso enfatizam que os serviços sejam localizados nos territórios com infraestrutura adequada, disponibilidade de transporte, equipe comprometida e o funcionamento dos conselhos de saúde. Ainda, salientaram que a presença de médicos cubanos é um fator promotor da melhoria da atenção.

Sabe-se que a implementação do Programa Mais Médicos nos últimos anos, representou um amplo pacto para a melhoria da atenção à saúde no SUS, o qual previu investimentos de infraestrutura das unidades de saúde e de hospitais, e designou médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, contando com a participação de médicos cubanos (Brasil, 2016).

Notem-se que essas percepções idealizadas estão em consonância com os resultados dos atributos da atenção básica que indicaram a adoção de mecanismos para a melhoria da atenção à saúde nesses territórios, ressaltando a necessidade de suporte para a referência e contrarreferência.

Almeida et al. (2010) apontam a referência e contrarreferência como importante instrumento para integração dos serviços de saúde. Em seus estudos, perceberam que fluxos de referência e contrarreferência entre atenção básica e especializada encontram-se formalmente implantados. No entanto, a maior parte dos gestores entrevistados referiram que a contrarreferência não é comumente praticada.

Ainda, para Franco e Magalhães Júnior (2003), a integralidade das ações é promovida pela articulação entre os diversos níveis assistenciais, partindo da rede básica em direção às tecnologias necessárias para a produção do cuidado. Nesse contexto, a contrarreferência configura-se como elemento fundamental para a equipe de saúde da família, que responde pelo cuidado e acompanhamento contínuo do usuário.

Usuários

Nos resultados das entrevistas com os usuários dos territórios cartografados quanto à orientação à APS observou-se que apenas um território apresenta o grau de afiliação (6,0) menor que o ponto de corte. As médias dos atributos do acesso do primeiro contato (7,7) e coordenação de serviços (8,0) somente em um território encontram-se mais altas que o pc. Os escores essenciais e gerais dos territórios não atingiram o ponto de corte.

Esses achados mostram que os serviços de atenção básica dos cinco territórios não atendem às características de orientação à APS, uma vez que a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde nos âmbitos individual e coletivo, a qual abrange a promoção, a proteção da saúde, a prevenção

de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (Brasil, 2012). Desse modo, sinaliza-se que é preciso reinventar arranjos locais que potencializem a ação da atenção básica e o cuidado continuado e integrado de saúde em redes vivas e solidárias nos territórios.

Agrega-se, que o tempo de consulta segundo o Grupo da Terra não atingiu os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde, e apenas dois territórios apresentaram aproximadamente a média de 15 minutos. Tomando-se como parâmetro a classificação fundamentada na Portaria nº 1101, de 12 de junho de 2002, do Ministério da Saúde e a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de que o tempo sugerido para que a consulta seja adequadamente realizada é de 15 minutos. Mesmo, assim, a média obtida de tempo de duração da consulta não atende às perspectivas consideradas para o referido procedimento, há trabalhos que afirmam que 20 minutos é considerado tempo razoável para a duração de uma consulta num determinado serviço (Comes et al, 2016).

Nos comentários dos usuários, também confirmou-se a incipiência do tempo de duração da consulta: *“Nem sempre fala tudo na consulta, não dá tempo, e às vezes fica com vergonha”*; *“ As vezes não dá tempo de dizer o que sente...”*; *“ A médica nunca olhou para mim, tudo muito rápido”*. Esses sentimentos foram representados por quase todos os usuários entrevistados.

Entende-se por ato de consulta procedimento centrado nas necessidades humanas e sociais, incluindo os aspectos históricos, culturais, psicossociais e religiosos. Considera-se, especialmente, na atenção básica, porta de entrada do sistema, a consulta como o ato de acolher, escutar, oferecer e orientar quanto à experiência do adoecimento compartilhada com o profissional, além do processo diagnóstico e itinerário terapêutico singular, influenciando no vínculo ao serviço e ao profissional.

O tempo da consulta, centrado no paciente deve permitir acontecer: a agenda do médico relacionada aos sintomas e à doença; a agenda do paciente que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer; e a integração entre as duas agendas (Ballester et al, 2010).

As percepções dos usuários relacionadas aos elementos promotores de vida e saúde estão consoantes com as opiniões emitidas pelos componentes do Grupo da Terra, sendo acrescentadas das categorias liberdade, felicidade e pertencimento.

Denota-se que esses povos, além do sentimento de pertença, almejam condições sociais e econômicas dignas, bem como serem felizes e livres nos territórios.

Vivenciar a felicidade e a liberdade parece ser um desejo comum a todas as pessoas nos diferentes períodos históricos. A felicidade é um fim perseguido por todos, é uma necessidade natural. A ideia de liberdade está ligada intrinsecamente ao conceito de autonomia. Aristóteles, filósofo grego da antiguidade, já reconhecia a necessidade de elementos básicos, como a boa saúde, a liberdade (em vez da escravidão) e uma boa situação socioeconômica para alguém ser feliz (Franciscatti, 2002). Compartilhando com dessas ideias, infere-se que a busca para alcançar tanto a liberdade como a felicidade e a autonomia associa-se às lutas, à saúde e aos desejos humanos.

Ademais, a declaração de independência dos Estados Unidos, de 1776, no seu parágrafo segundo é permeada por valores como liberdade, busca da felicidade e autonomia individual. Recentemente, o conceito foi adotado pela Organização das Nações Unidas, recomendando aos governos que elaborem políticas públicas visando à felicidade geral (Magro e Basile, 2012) .

As percepções dificultadoras do acesso nos três grupos, evidenciam as dimensões geográficas (rios, precariedade das estradas, longas distâncias entre os serviços e os usuários; falta de UBS próxima ao assentamento e dos sítios); organizacionais (demora na marcação de consulta e exames, resultados ficam prontos em seis ou oito meses; UBS atende, mais não resolve tudo, encaminha para outros serviços; falta de atenção especializada / ou demorada; referência e contrarreferência não funcionam); socioculturais (profissionais desconhecem as necessidades e modos de vida dessas populações; atenção básica centrada na doença e no individual ; falta de infraestrutura e vontade política do gestor; falta de capacitação dos profissionais, que são poucos); e econômicas (falta de meios de transporte; falta de medicamentos; perdem muito tempo para serem atendidos) .

Desse modo, os olhares, opiniões e percepções dos grupos estão sobejamente confirmadas na literatura como sendo os entraves e gargalhos concernentes ao acesso às ações e serviços de saúde, especialmente a essas populações (Donabedian,1984; Fekete, 1996; Starfield, 2002). As questões econômicas são destacadas quase sempre em estudos relacionados ao acesso aos serviços de saúde (Elias et al., 2006; Ribeiro et al., 2006), sendo constante, nesses

estudos, a referência a uma relação inversamente proporcional entre a situação socioeconômica dos indivíduos e a possibilidade de acesso.

Nas ações de saúde ainda persiste a prática ancorada no modelo biomédico, sendo necessária a continuidade de esforços tanto das escolas, como dos serviços que incidam numa prática promotora de saúde. Na percepção do Grupo da Terra, há dificuldade de implantar e implementar a PNSIPCFA de forma intersetorial. Vale lembrar, que nos territórios, os trabalhadores de saúde e usuários desconheciam a existência da PNSIPCFA, portanto, faz-se imperioso a sua publicização nos meios de comunicação, como as grandes mídias e nos mecanismos comunicacionais locais existentes, quais sejam, rádios, murais de igrejas, mídias dos movimentos sociais, dentre outros.

Os achados apontam a necessidade de melhoria da capacidade de gestão, incremento na formação dos trabalhadores acerca das especificidades e singularidades da clientela, quando designados ou lotados em determinados territórios para a qualificação das práticas e cuidados de saúde; organização dos serviços em redes vivas e solidárias conectando e interconectando os pontos de atenção na região e buscando articular os limites geográficos regionais que possibilitem o real acesso desses povos aos dispositivos de saúde.

É importante construir redes vivas de cuidado que conectem os diversos serviços existentes nos territórios, de forma a permitir o encontro entre os trabalhadores e usuários e potencializar a formulação e implementação de projetos terapêuticos singulares, focando prioritariamente as necessidades em saúde (Reis AAC et al, 2017). O arcabouço normativo do setor saúde estabelece a regionalização como um princípio norteador da organização político-territorial do SUS, e mais recentemente instituiu as redes de atenção à saúde (RAS), conceituadas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que são integradas por meio de sistemas de apoio técnico logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010), o que parece alinha-se mais a complexidade do sistema e o cuidar contínuo e integrado em saúde.

As redes de atenção à saúde foram propostas pela primeira vez, no Relatório Dawson, de 1920, contudo, são consideradas proposições recentes, pois foram inicialmente conhecidas na implementação de sistemas integrados de saúde, no início da década de 90, nos Estados Unidos (Mendes, 2011). No Brasil o conceito

de rede vem sendo tecido desde a reforma sanitária que resultou na construção do SUS.

Os grupos representam nas opiniões / percepções a importância da participação comunitária e a intervenção ativa dos conselhos de saúde para que os serviços de fato e em ato funcionem e atendam suas necessidades. A participação popular requer sujeitos e coletividades com poder e autonomia para provocar respostas articuladas da gestão diante de suas demandas (Lima, 2010).

Nesse contexto, a intervenção autônoma e política dos conselhos de saúde requer o desenvolvimento constante de políticas que apoiem e sustentem a formação política dos movimentos sociais e dos conselheiros, favorecendo a participação ativa em ato e o exercício da democracia participativa.

Porém, mostra-se premente a compreensão dos movimentos sociais enquanto matriz de democratização e solidariedade política, que contribuem para a melhoria da qualidade da participação social em saúde, uma vez que a articulação dos movimentos sociais nos conselhos gestores de políticas públicas é fundamental para a formação de agenda, para os processos decisórios e para a implementação de políticas públicas (Kauchakje, 2008)

A atenção básica, como porta de entrada, ordenadora do sistema de saúde, considerada uma estratégia de viabilização do acesso de pessoas com complexas necessidades sociais às ações e serviços de saúde, revela-se uma porta ainda estreita, exigindo um olhar mais distinto, que adote como ponto de partida as situações provocadoras de vulnerabilidades, riscos e adoecimentos, que particularizam os indivíduos ou uma coletividade demandante de suas ações e a organização dos serviços com base nas necessidades e demandas precípuas dos sujeitos.

Os processos de constituição de redes de atenção em saúde, recentes, parecem que ainda não produziram as conexões e inter-relações dos pontos de atenção à saúde e de seus fluxos de forma desejada, dada a complexidade das necessidades em saúde e do sistema, o preside recriar novos arranjos referenciados no arcabouço normativo vigente, mas que consigam superar os aspectos burocráticos, desarticulados e travados como mostraram os achados.

No entanto, essas redes de atenção à saúde foram apresentadas como estratégia de reestruturação, sobretudo, no que se refere à superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde, com vistas a assegurar

aos usuários o conjunto de ações e serviços que necessitam, com efetividade e eficiência (Brasil, 2010). Mas, a realidade das práticas, exige buscarmos nos aproximar e reconhecer a realidade local e suas relações históricas, políticas, culturais, ambientais e econômicas, e, talvez menos da perspectiva normativa, para construir modos do fazer saúde nos territórios.

Nesse estudo, a compreensão de acesso caracterizou-se como o acolhimento oportuno nos serviços de saúde de um determinado território diante das necessidades e demandas da população, conjuntamente com a resolução, a continuidade e a qualidade do cuidado aos problemas que a acomete. O acesso relaciona-se, ainda, às condições socioeconômicas, de vida, nutrição, trabalho, habitação e educação dos usuários; à presença de profissionais devidamente remunerados e preparados para o atendimento; à existência de instalações equipadas e inseridas em espaços nos quais usuários e profissionais possam interagir (Donabedian, 1973; Penschanszy e Thomas, 1981; Silva, et al, 2010).

Porém, essa compreensão não foi validada tanto no processo cartográfico, como na avaliação dos serviços dos territórios estudados pelo método PCATool-Brasil e nas percepções / opiniões dos grupos entrevistados. Todavia, a relação do acesso com as condições socioeconômicas, de vida, nutrição, trabalho e habitação; a presença de profissionais devidamente remunerados e preparados para o atendimento; a existência de instalações equipadas e inseridas em espaços nos quais usuários e profissionais possam interagir foram confirmadas como dimensões importantes para promover o acesso nos territórios.

Em que pese o acesso universal aos serviços de saúde ser uma garantia constitucional, é também uma bandeira de luta dos movimentos sociais, evidenciando-se em todas as jornadas e agendas dos movimentos do campo, da floresta e das águas. Constituí-se, pois, em um dos direitos fundamentais de cidadania que ainda não foi alcançado por esses povos.

Dessa feita, os princípios doutrinários do SUS, em especial a equidade ainda carecem de largos esforços dos governos e da sociedade no sentido de serem reconhecidas as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades e demandas das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais. Aliado a isso, imperam as questões antigas como, por exemplo, o desfinanciamento crônico, a relação público e privado que compõe permanentemente a agenda de debates do setor, a educação permanente e a

formação que produza novos sujeitos para o cuidar promotor em saúde.

Enfim, mostra-se premente a busca constante por assistir e cuidar em saúde de modo contínuo e integrado, aos grupos populacionais, respeitando seus saberes, peculiaridades e subjetividades e as diversidades dos seus territórios, o que desafia a recriação de novos formatos do fazer saúde em tempos de redução do escopo do SUS. Recentes iniciativas intentam congelar os gastos públicos por duas décadas, apontando para a inviabilidade definitiva do SUS (Reis et al, 2017), o que impõe a tarefa cidadã de articular e mobilizar um forte movimento social plural, aos moldes do que engendrou-se na conquista do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, o processo cartográfico e as percepções dos grupos ressaltaram que a ampliação de renda, empregabilidade, direito a terra, moradia, alimentação, preservação ambiental, água potável, saneamento básico, liberdade, felicidade e lazer, são as principais prioridades garantidoras da vida e da saúde nos territórios, o que dialoga com o conceito ampliado de saúde, a noção de cidadania e de justiça ambiental. Assim, infere-se que esses povos carregam o sentimento de pertencimento, de solidariedade e de alteridade na busca de soluções prioritárias para o enfrentamento das situações-problema dos territórios, a partir de seus saberes e experiências.

Assim, essa experiência evidencia a capacidade dos atores e autores participantes de intervir para transformar a realidade local e comunitária, esta capacidade pode ser fruto de um acúmulo de conscientização coletiva forjada em torno da última década, em que o Estado se fez presente por meio de políticas afirmativas e diversas iniciativas dialógicas, intentando a participação cidadã e a prática da democracia participativa.

As necessidades em saúde projetadas dialogaram com as sínteses discursivas e as narrativas dos coletivos, as informações secundárias das unidades de pesquisa e a capacidade instalada dos serviços de saúde locais ou referenciados. Porém, a centralidade das discussões e proposituras concentrou-se na busca de estratégias e soluções para o desenvolvimento emancipador de seus territórios, assim como o fortalecimento de formas associativas e a melhoria das condições de acesso à saúde integral e contínua.

A redução das desigualdades sociais apontadas poderão ser enfrentadas por meio da aplicação de políticas equitativas e sustentáveis nos territórios, de forma a garantir os direitos básicos em articulação com o desenvolvimento socioeconômico ambiental com justiça, a organização social e o respeito aos saberes tradicionais, o que poderá modificar os cenários dos territórios, elevar a qualidade de vidas desses povos e preservar as atuais e futuras gerações.

Presume-se que o uso exagerado de agrotóxicos, a contaminação das águas e do solo e a exploração das relações de trabalho, traduziram os impactos sobre os povos e os territórios. Tais impactos foram determinados pelo modelo agrário

brasileiro centrado no capitalismo, caracterizado por seu caráter perverso em relação ao modo de apropriação, exploração, expropriação da natureza e da força de trabalho. Essas situações provocadoras de vulnerabilidades, riscos e adoecimentos remetem à continuidade estratégica da luta do movimento ambientalista em âmbitos nacional e internacional primando pelo alcance de um desenvolvimento emancipador, promotor de vida e saúde da população, em especial, desses povos.

Os fatores dificultadores do acesso evidenciados nas dimensões geográficas, organizacionais, socioculturais e econômicas identificaram os principais entraves, gargalos e desarticulações, que impedem o funcionamento das ações e serviços de saúde nos territórios.

Essas dificuldades expõem a atenção básica, como porta de entrada do sistema, considerada uma estratégia de viabilização do acesso de pessoas com complexas necessidades sociais às ações e serviços de saúde, revelando-a como uma porta ainda estreita, exigindo a reinvenção de arranjos solidários e participativos centrado nas necessidades em saúde e que respeite as especificidades, singularidades e diversidades das territorialidades e os saberes próprios dos grupos populacionais.

As informações sociodemográficas, o perfil de morbimortalidade dos territórios, a capacidade dos dispositivos de saúde, adicionados aos resultados cartográficos e as percepções dos grupos poderão contribuir para o aporte de arranjos territoriais que conecte e interconecte os pontos de atenção à saúde em uma rede viva e solidária na perspectiva da realidade loco-regional, buscando propiciar o real cuidar em saúde promotor, integral e contínuo a esses povos.

Em suma, é imperiosa, uma forte ação política dos movimentos sociais com o objetivo de fortalecer os conselhos de saúde para que se tornem atuantes e vigilantes na implementação das políticas equitativas de saúde, o que exige estratégias de formação política constantes visando ao alcance da participação popular ativa e efetiva e do exercício da democracia participativa em defesa do direito humano à saúde e do Sistema Único de Saúde.

ARRANJO TERRITORIAL SOLIDÁRIO E PARTICIPATIVO EM SAÚDE

A presente propositura fundamenta-se nas concepções de promoção da saúde, conceito ampliado de saúde, do desenvolvimento socioeconômico e ambiental emancipador e nos saberes, experiências e vivências dos grupos nos territórios estudados.

O acesso é central para qualificar a organização do serviço de saúde no território, de modo que é preciso pensar um arranjo de atenção à saúde que seja apropriado às necessidades em saúde desses povos, considerando as suas especificidades, singularidades e diversidades e às características locais e regionais.

Não obstante, o arcabouço normativo do SUS, é singular na perspectiva teórico - conceitual, mas ainda não logrou a sua completude nas práticas do cuidar em saúde. Nessa linha, a fala de uma entrevistada, foi enfática ao afirmar que “ pensar saúde é um grande desafio, pois é colocar-se contra forças econômicas e empreendimentos poderosos nos territórios, não se avança na proporção que se precisa e provoca muitos processos de adoecimento”

Neste contexto, na tentativa de contribuir para o cuidado integral e continuado das populações do campo, da floresta e das águas, propõe-se um arranjo territorial solidário e participativo centrado nos direitos e nas necessidades em saúde, decorrentes das situações provocadoras de vulnerabilidades, riscos e adoecimentos, das características loco-regionais e das relações micropolíticas ancoradas nas dimensões políticas, econômicas, sociais, históricas, culturais, ambientais, biológicas e tecnológicas, determinadas e condicionadas pelo desenvolvimento global e suas consequências locais.

Sistematiza-se elementos e perspectivas que estão associadas aos achados e aos processos discursivos e narrativos do presente trabalho, enquanto forma do pensar contributivo. Deduz-se que estão implícitas a interdisciplinariedade e transdisciplinariedade, integrando-se conhecimentos de várias áreas temáticas das ciências e dos saberes locais na proposta (Figura 43).

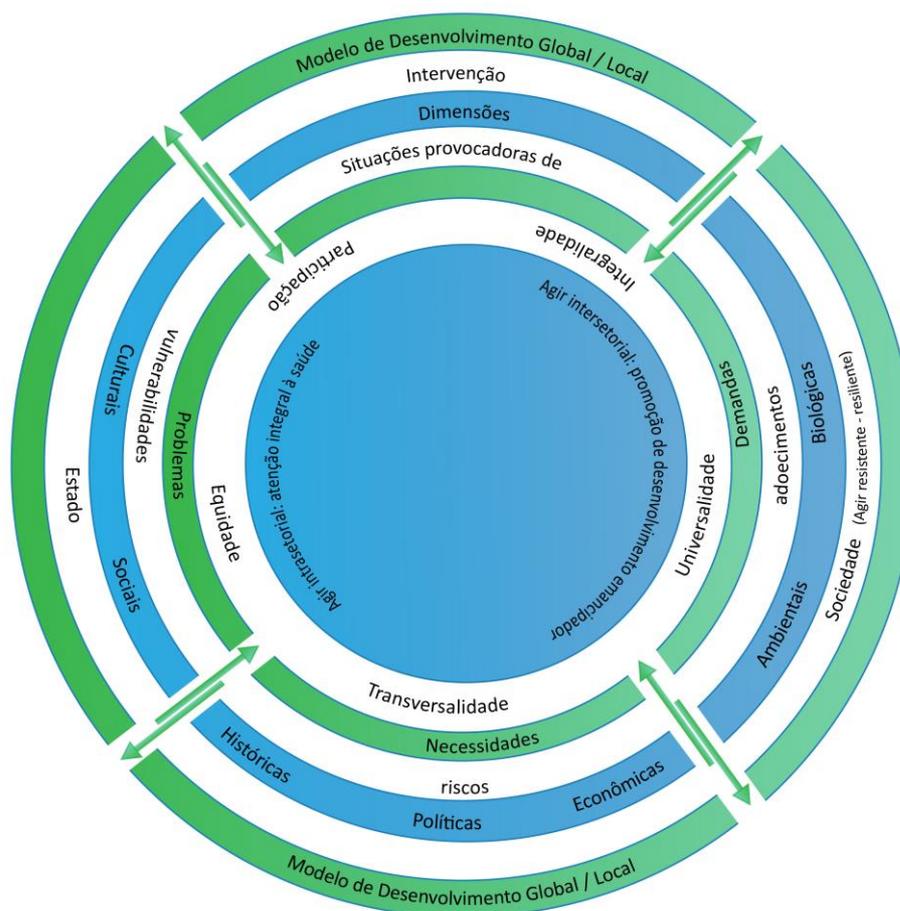


Figura 43 - Arranjo territorial solidário e participativo de atenção à saúde, 2017

Fonte: Autora

O desenho de forma circular do arranjo simboliza esperança e processos de transformação, tendo como bases de sustentação o território e a coletividade. Representa um movimento contínuo interdependente / dependente do desenvolvimento global e consequências locais, produzindo conexões e interconexões dos elementos circundantes, dispostos e interpostos em sete planos:

Plano 1 Modelo de Desenvolvimento Global / Local

Plano 2 Estado - Intervenção - Sociedade (agir resistente-resiliente)

Plano 3 Dimensões Culturais - Sociais - Históricas - Políticas - Econômicas - Ambientais - Biológicas - Tecnológicas

Plano 4 Situações provocadoras de vulnerabilidades - riscos - adoecimentos

Plano 5 Problemas - Necessidades - Demandas

Plano 6 Universalidade - Integralidade - Equidade - Transversalidade - Participação

Plano 7 Agir intersetorial: promoção de desenvolvimento emancipador
Agir Intrasetorial: atenção integral à saúde

A ação do governo nas três esferas de gestão deverá incidir na aplicação de políticas sustentáveis, estabelecimentos de normas e planejamento estratégico - participativo para o desenvolvimento de ações promotoras de vida e saúde.

A ação resistente e resiliente dos movimentos sociais nos seus diversos espaços, setorialmente nos conselhos gestores e conselhos de saúde. A intervenção e participação dos movimentos, compreendida como uma atuação política, solidária, efetiva e transformadora das condições e situações locais. A essência desse agir é a implementação e fiscalização de políticas de desenvolvimento socioeconômico e ambiental e da PNSIPCA, cujo objetivo superior é a busca de um viver saudável com acesso à terra e um cuidar em saúde integral e contínuo.

As dimensões culturais, sociais, históricas, políticas, econômicas, ambientais, biológicas e tecnológicas que iluminarão a construção dos cenários, de forma sistêmica, para o entendimento da complexidade das relações pessoas - natureza - território - situações provocadoras de vulnerabilidades, riscos e adoecimentos - fazer saúde.

Os problemas advindos dessas situações são geradores de necessidades em saúde, seguidas das demandas que deverão ser acolhidas, assistidas e cuidadas por meio de um projeto terapêutico singular numa rede solidária e viva de atenção à saúde.

Os princípios norteadores do SUS, quais sejam, universalidade, integralidade, equidade, transversalidade e participação, dialógicos com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, basilares na implementação da estratégia política e da prática de gestão das ações e serviços, e iluminadores do pensar proposições de arranjos, que poderão ser materializados nas práticas promotoras e cuidadoras de saúde por meio de um pacto solidário e vivo loco-regional que envolva todos os entes - usuários, gestores, trabalhadores e parceiros.

Agir intersetorial equitativo fundamentado no desenvolvimento socioeconômico ambiental emancipador, que poderá desencadear políticas locais de geração de renda, preservação ambiental, saneamento básico, acessibilidade à

água potável, estradas acessíveis, fomento à agricultura familiar e camponesa, moradias adequadas, unidades de saúde equipadas, espaços de lazer, dentre outras, contando com parcerias governamentais e não-governamentais.

Agir intrasetorial equitativo sustentado nos princípios dos SUS, nas diretrizes da PNSIPCFA e nas necessidades em saúde locais, que garanta a atenção integral à saúde: promoção, prevenção, vigilância e assistência em rede solidária e viva às ações e serviços locais e dos entornos. Ressalta-se que os pontos de atenção horizontais dessa rede deverão contar com fluxos coerentes e acessíveis, considerando os limites geográficos facilitadores para o funcionamento adequado e não apenas a conformação normativa regional já estabelecida. A gestão e coordenação do cuidado integral e contínuo à saúde, deverá contar com participação popular, além de parcerias governamentais e não governamentais.

Sabe-se que a adoção de processos inovadores ou articuladores de capacidades políticas e técnicas e de vontades políticas requer a mobilização dos atores e de condições para o acontecer de fato e em ato. Assim, almeja-se que a construção e implementação de um consistente arranjo territorial, deve refletir de fato às dinâmicas relacionais compreendidas numa articulação virtuosa entre os entes da região e do Estado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Portaria nº 2. 311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Diário Oficial da União. Brasília, DF. 23 dezembro 2014.
2. Arruda R. "Populações Tradicionais" e a proteção de recursos naturais em Unidades de Conservação. In: Ambiente & Sociedade, 1999: II (5).
3. Cunha MC, Almeida MWB. populações tradicionais e conservação ambiental. In: Capobianco, João Paulo Ribeiro et al. Biodiversidade na Amazônia brasileira: avaliação e ações prioritárias para a conservação, uso sustentável e repartição de benefícios. São Paulo, Estação Liberdade: Instituto Socioambiental, 2001.
4. Diegues ACS. et al. Biodiversidade e Comunidades Tradicionais no Brasil. São Paulo: NUPAUB-USP, PROBIO-MMA, CNPq, 2000.
5. Almeida M. Quem são os povos da floresta?. Cadernos SBPC 30. Povos da Floresta: Cobertura jornalística a partir de conferências e mesas-redondas apresentadas na 59ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), 2007.
6. Brasil. Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Diário Oficial da União. Brasília, DF. 3 dezembro 2011.
7. Diegues A. Água e Cultura nas Populações Tradicionais Brasileiras. I Encontro Internacional: Governança da Água, São Paulo: NUPAUB-USP, novembro 2007.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE Contas Nacionais Trimestrais, 2014.
9. Hämäläinen P, Saarela KL, Takala J. Global trend according to estimated number of occupational accidents and fatal work-related diseases at region and country level. Journal of Safety Research. 2009; 40:125-39.

10. Takala J, Hämäläinen P, Saarela KL, Yun LY, Manickam K, Jin TW, Heng P, Brasileiro - federação, suas unidades e municipalidades, 2009:116.
11. Instituto de Pesquisas Econômicas, IPEA. (Paiva M. Org.) Presença do Estado Brasileiro - federação, suas unidades e municipalidades, 2009:116.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. [Internet]. Censo Agropecuário 2006. [acesso em 2016 Mai 6]. Disponível:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/agropecuaria/censoagro/2006/>
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. [Internet]. Censo Demográfico 2010: resultados do universo. [acesso em 2014 Dez 5]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>.
14. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamentação da Lei nº 8.080/90. Brasília, DF. 29 junho 2011 (a).
15. _____. Portaria n.º. 2.460, 12 de dezembro de 2005. Cria e define a coordenação e os representantes no Grupo da Terra. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 13 dezembro 2005.
16. _____. Portaria n.º. 3.071, 27 de dezembro de 2012. Redefine a composição e as atribuições do Grupo da Terra no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 28 dezembro 2012.
17. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care, 1966. The Milbank quarterly, United States. 2005;83 (4): 691-729.
18. Carr-Hill R. et al. Access and the utilization of healthcare services. In: Ferguson B. et al. (Editors) - Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare, 1997.
19. Penschansky DBA, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med. Care. 1981;19: 127- 40.

20. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J. Health Soc. Behav.* 1995;36:1-10.
21. Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: a "porta". In: Starfield B, organizadora. *Atenção primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Ministério da Saúde. 2002. p 207-45.
22. Travassos C., Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 2004; 20: S190 - S198.
23. Silva JES, Medina MG, Aquino R, Fonseca ACF, Vilas-Boas ALQ. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*. 2011;10 Suppl 1:49-60.
24. *Saúde em Debate* . Rio de Janeiro, out/dez 2013; 37(99):550.
25. Cunha ABO. *Acesso e utilização de serviços de saúde no Estado da Bahia [tese]*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 2007.
26. Akerman M. *Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
27. Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M (orgs.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008; 274 . ISBN: 978-85-7541-159-9.
28. Santos M. *Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento*. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2003;1(8): 309-14.
29. Saquet M A. *O território: diferentes interpretações na literatura italiana*. In: Ribas AD.; Sposito E S.; Saquet M A. *Território e desenvolvimento: diferentes abordagens*. Francisco Beltrão: Unioeste, 2004.
30. Haesbaert R. *Território e Multiterritorialidade: um debate*. *GEOgraphia*. 2007;IX (17): 19-46.
31. Sack R. *Human Territoriality: its theory and history*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

32. Andrade MC. Territorialidades, Desterritorialidades, Novas Territorialidades: os limites do poder nacional e do poder local. In: Santos, Milton (Org.) Território: Globalização e Fragmentação. São Paulo: Hucitec. 1993. p 213 - 20.
33. Sánchez Gamboa S. Pesquisa em educação: métodos e epistemologias. 1 ed. Chapecó: Argos. 2007; 77- 88.
34. Inojosa RM. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. In: Cadernos Fundap. 2011; (22): 102-10.
35. Junqueira LAP. Novas Formas de Gestão na Saúde: Descentralização e Intersetorialidade. Saúde e Sociedade. 1997; 6 (2):31- 46.
36. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.
37. Santos NR. Saúde em Debate.set/dez 2004; 28 (68): 279-88.
38. Ribeiro ACT. Regionalização: fato e ferramenta. In: Limonad E, Haesbaert R, Moreira AR. (Org.). Brasil, século XXI – por uma nova regionalização?: agentes, processos e escalas. São Paulo:Max Limonad. 2004. p 194-212.
39. Brasil . Lei n.8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 20 setembro 1990; Seção1, p.18055.
40. Lima ICP. A transversalidade do controle social no contexto das políticas públicas In: Seminário Ceará Acessível: a transversalidade do controle social no contexto das políticas públicas. 2010, Fortaleza. Resumos. Fortaleza: JANUS – Instituto de Consciência Global. 2010. p 5-6.
41. Bourdieu P. O Poder simbólico. Trad. Fernando Tomaz. Coleção Memória e Sociedade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

42. Denzin N K, Lincoln Y S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: Denzin N K, Lincoln Y S. (Orgs.). O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2006. p 15-41.
43. Vieira MMF, Zouain DM. Pesquisa qualitativa em administração: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.
44. Creswel JW. Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007
45. Diehl A. Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas. São Paulo: Prentice Hall, 2004.
46. Godoy AS. Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. Revista Eletrônica de Gestão Organizacional, mai /ago 2005; 3 (2):81- 89.
47. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13a ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p 22-25.
48. Thompson JB. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002: 47.
49. Habermas J. Teoria de la acción comunicativa: complementos y estudios previos. Madrid: Cátedra, 1982: 400-495.
50. Gomes R. Pesquisa qualitativa em saúde. Instituto Sírio-libanês de Ensino e Pesquisa, São Paulo, 2014: 45 (Pós-Graduação).
51. Cochran WG. Sampling Techniques. 3.ed. New York: John Wiley & Sons, 1977.
52. Goode WJ, Hatt PK. Métodos em pesquisa social. Trad. Carolina Mastuscelli Bori. 7ªed. São Paulo: Ed. Nacional, 1977.
53. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care, 1966. The Milbank quarterly, United States. 2005; 83 (4): 691-729.
54. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Social Science & Medicine, England. 2000; 51 (11):1611-1625.

55. Pasarín M I. An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. *Aten Primaria, Spain*. 2007; 39 (8):395-401.
56. Lee, J H. Development of the Korean primary care assessment tool-measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Health Care, England*. 2000; 21(2):103-11.
57. Harzheim E, Duncan B, Stein A. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Services Research, Londres*. 2006;6 (156):1-13.
58. Oliveira MMC. Teoria da resposta ao item: aplicação na avaliação de orientação para atenção primária à saúde [Tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
59. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. [Tese]. Universidad de Alicante; 2004.
60. Kirst PG., Giacomel, AE., Ribeiro, CJS., Costa LA., Andreoli GS. (2003). Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. Int. Fonseca MG., Kirst PG (Orgs.), *Cartografias e devires: a construção do presente* (p. 91-101). Porto Alegre: UFRGS.
61. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez, 2005.
62. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool - Pcatool - Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
63. Oliveira VBCA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde da criança no município de Colombo, PR. [Dissertação]. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2012.
64. Freitas VM et al. Diagnóstico de utilização do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde - PCATool-Brasil versão adulto - para população idosa *Cad. Saúde Colet.*, 2015, Rio de Janeiro, 23 (3): 330-335.

65. Franco T B., Magalhães Júnior H M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E (Org). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p125-133.
66. Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto RM, Friedrich K, Búrigo AC.(Org). Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.
67. Fernandes BM. Agronegócio e Reforma Agrária. [Internet]. Nera, 2004. [acesso em 2016 Ago 25]. Disponível em: <http://www4.fct.unesp.br/grupos/nera/publicacoes/>
68. Brasil. MAPA, Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento. Brasil - Projeções do Agronegócio 2015 / 2016 a 2025 / 2026. [Internet]. Brasília, DF: MAPA, 2015.[acesso em 2017 Mar 25]. Disponível em: http://www.agricultura.gov.br/arq_editor/file/acs/2016/projecoes-agronegocio-2016-2026.pdf>
69. Fernandes BM. Reforma agrária no governo Lula: a esperança. [Internet]. Nera, 2005. [acesso em 2017 Mar 25].Disponível em: www4.fct.unesp.br/grupos/nera/publicacoes/
70. Altieri MA. Agricultura Sustentável. In: Revista Agricultura Sustentável, Jaguariúna: EMBRAPA-CNPMA. 1995; 1(1): 5-11.
71. Ploeg JD. Camponeses e impérios alimentares: lutas por autonomia e sustentabilidade na era da globalização. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.
72. Girardi EP. Proposição teórico-metodológica de uma cartografia geográfica crítica e sua aplicação no desenvolvimento do atlas da questão agrária brasileira. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2008.
73. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária; UFPR. Seminário Mercado de Agrotóxico e Regulação, Brasília, DF; 2012.
74. Faria NMX, Fassa AG, Facchini, LA. Intoxicação por agrotóxicos no Brasil: os sistemas oficiais de informação e desafios para realização de estudos epidemiológicos. Ciência & Saúde Coletiva. jan-mar. 2007; 12(1):2538.

75. Oliveira-Silva JJ et al. Contaminação por agrotóxicos. Rev Saúde Pública 2001; 35 (2): 130-135.
76. Sobreira, AGP; Adissi PJ. Agrotóxicos: falsas premissas e debates. Ciência & Saúde Coletiva. 2003; 8(4): 985-90.
77. Komatzu, E; Vaz, JM. Otimização dos parâmetros de extração para determinação multiresíduo de pesticidas em amostras de água empregando microextração em fase sólida. Química Nova, São Paulo. 2004; 27(5): 720-40.
78. Carneiro, FF; Almeida, VES. Os riscos socioambientais no contexto da modernização conservadora da agricultura. Ciência & Saúde Coletiva. 2007;12 (1): 22-3,7.
79. Turci SRB. A exposição aos agrotóxicos e os riscos à saúde. [Internet]. Em Pratos Limpos. [acesso em 2017 Mar 25]. Disponível em www.pratoslimpos.org.br.
80. Pignati, WA. et al. Acidente rural ampliado: o caso das “chuvas” de agrotóxicos sobre a cidade de Lucas do Rio Verde-MT. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2007;12 (1): 299-311.
81. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP). [Internet]. Programa Mais Médicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso 2016 Set 28]. Disponível em: <https://maismedicos.saude.gov.br/>
82. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 216 p.: il.
83. _____. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Conselho Nacional de Desenvolvimento Sustentável. Institucionalidade e Protagonismo. Político: Os 10 anos do Condraf. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2010.
84. _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de

Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 232 p. (Série C.). Projetos, Programas e Relatórios.

85. _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Documento orientador da 15ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 31 p.

86. _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18)

87. _____. Brasil. Conferências e Conselhos Nacionais (dados gerais). Brasília, DF: Secretaria Nacional de Articulação Social, Departamento de Participação Social, Coordenação Geral de Mecanismos e Instâncias de Participação Social, 2016.

88. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 137p. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica), ISSN 1516-3296: 35)

89. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

90. _____. Portal da Saúde [Internet]. Departamento da Atenção Básica (DAB). Brasília, DF: MS; 2015 [acesso 2016 Set 25]. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

91. _____. Mapa de Saúde [Internet]. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso 2016 Out 30]. Disponível em: <http://mapadasaude.saude.gov.br>

92. _____. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso 2016 Out 30]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>

93. Ansari Z, Laditka JN, Laditka SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med Care Res Rev.*2006; 63(6):719-41. DOI: 10.1177/1077558706293637.
94. Nedel FB, Facchini LA, Martín M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol Serv Saude.* 2010; 19 (1): 61-75.
95. Brasil. Mapa da violência: Mortes Matadas por Armas de Fogo [Internet]. Brasília, DF: Secretaria-Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2015. [acesso 2017 Ago 25.] Disponível em www.juventude.gov.br/juventudeviva.
96. Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação liberdade, 1989.
97. Brunet R. Le déchiffrement du monde. Paris: Belin; 2001.
98. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, 2017. [Internet]. Cidades @. Panorama dos municípios, atualização 12.09.2016 [acesso em 2017 Mai 20]. Disponível: [http:// www.cidades.ibge.gov.br](http://www.cidades.ibge.gov.br).
99. Boaventura R S. Veredas: berço das águas. Belo Horizonte: Ecodinâmica, 2007. 264p.
100. Aguiar L M S.; Camargo AJA. Cerrado: ecologia e caracterização. Planaltina: Embrapa Cerrados, 2004. 249p.
101. Acselrad H. Justiça Ambiental: Narrativas de Resistência ao Risco Social Adquirido In *Encontros e Caminhos: Formação de Educadoras (es) Ambientais e Coletivos Educadores*. Brasília, DF: Ministerio do Meio Ambiente, 2005. pp. 223-226.
102. Firpo Porto MF., Pacheco T. Conflitos e injustiça ambiental em saúde no Brasil *Tempus.*, actas em saúde colet. 2009;4 (4): 26 - 37.
103. Breilh J. Epidemiologia crítica - ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. pp.100 - 70.

104. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia dos saberes. In Santos BS.; Menezes MP. Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez, 2010: 31- 83
105. Carneiro FF., Krefta NM., Folgado CAR. A Praxis da Ecologia de Saberes: entrevista de Boaventura de Sousa Santos. *Tempus, actas de saúde colet.* 2014; 8(2): 331-38.
106. Palheta D., Taylor A. Mercury In Environmental And Biological Samples From A Gold Mining Area In The Amazon Region Of Brazil. *The Science Of The Total Environment.* 1995; 168: 63 - 9.
107. Vanderlei LCM., Silva GAP. Diarreia aguda: o conhecimento materno sobre a doença reduz o número de hospitalizações nos menores de dois anos? *Rev Assoc Med Bras.*2004;50 (3): 267-81.
108. Genser B, Strina A, Santos LA, Teles CA, Prado MS, Cairncross S, et al. Impact of a city-wide sanitation intervention in a large urban centre on social, environmental and behavioural determinants of childhood diarrhoea: analysis of two cohort studies. *Int J Epidemiol.* 2008;37:831-40
109. Araújo KL, Queiroz AC. Análise do perfil dos agentes causadores de infecção do trato urinário e dos pacientes portadores, atendidos no Hospital e Maternidade Metropolitano,SP. *J Health Sci Inst.* 2012; 30 (1): 7-12.
110. Bastos RMR, Campos SEM, Ribeiro LC, Filho MGB, Teixeira MTB. Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 e 2010. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(6):958-967.
111. Moura BLA. et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*2010; 10 (1): 83-91.
112. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

113. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
114. Almeida PF. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cadernos de Saúde Pública, 2010;26 (2): 286 - 98.
115. Cotta RMM. et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos conselhos de saúde. Physis, 2011: 21 (3): 1121- 137.
116. Müller Neto, JS., Artmann E. Política, gestão e participação em saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. Ciência & Saúde Coletiva, 2012;17(12): 3407- 416.
117. Comes Y et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. Ciência & Saúde Coletiva, 2016: 21(9): 2749-759.
118. Ballester D, Zuccolotto SMC, Gannam SDSA, Escobar AMU. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. Rev. bras. educ. med. 2010; 34(4): 598-606.
- 119 Franciscatti, K.V.S. “À felicidade na liberdade ou à felicidade na ausência de liberdade”. Psicologia & Sociedade. 2002; 14 (1): 123-140.
120. Magro M, Basile J. Direito à felicidade (reportagem). Jornal Valor Econômico. 2012 mar 23; Caderno Semanal: 4-9 (Eu&Fim de Semana).
121. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Ediciones Copilco, 1984.
122. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços. [Internet]. Projeto GERUS. s.l.. s.n., 1996. [acesso em 2017 Jun 20] Disponível em: <www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T1.pdf

123. Elias PE. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cienc. Saude Colet.*, 2006: 11 (3): 633-41.
124. Ribeiro MCA. et al. Perfil sóciodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD2003. *Cienc. Saude Colet.*, 2006:11 (4): 657-6.
125. Reis AAC et al. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1045 - 54, 2017.
126. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. 31 dezembro 2010.
127. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2ª ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana em Saúde; 2011.
128. Kauchakje S. *Solidariedade política e constituição de sujeitos: a atualidade dos movimentos sociais*. *Sociedade e Estado*, Brasília, DF. 2008: 23 (3): 667- 96.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FICHA DO ENTREVISTADO (A) PROFISSIONAIS DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde

FICHA DO ENTREVISTADO (A)

Nº do Questionário _____

Profissionais de Saúde.

Entrevistador (a) apresente-se e diga:

Quero contar-lhe um pouco sobre esta pesquisa. O objetivo desta pesquisa é falar diretamente com as pessoas sobre sua experiência com o atendimento de saúde na sua cidade.

(A seguir leia o TCLE e colete a assinatura e não esqueça de numerar o TCLE com o número

DADOS DO (A) ENTREVISTADO (A)

1 Nome: _____

2 Sexo: Masc. Fem. 3 Idade: _____

4 Est. Civil: Casado (a)/ Tem companheiro/ Ajuntado (a) Separado (a)/ Divorciado (a) Solteiro (a)
 Viúvo (a)

5 Grau de instrução: Não alfabetizado(a) Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Ensino Médio Incompleto Ensino Médio Ensino Superior Incompleto Ensino Superior Pós-graduação

6 Profissão: _____ 7 Cargo: _____

8 Qual você diria que é a cor da sua pele (IBGE): Negra Branca Amarela Parda Indígena

9.. Você possui Cartão SUS: Sim Não

10 Município: _____ UF: _____

Telefone () _____ Celular () _____

e-mail: _____

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - BRASIL PROFISSIONAIS DE SAÚDE (ADAPTADO)



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº do Questionário _____

PCATool - Brasil Profissionais de Saúde (adaptado)

A - PRIMEIRO CONTATO (ACESSIBILIDADE)				
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza (4)	Sim (3)	Não (2)	Não sei / não lembro (9)
A1 - Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3 - Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8 - É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A9 - Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B - LONGITUDINALIDADE				
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza (4)	Sim (3)	Não (2)	Não sei / não lembro (9)
B1 - No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B12 - Quais as medidas adotadas, caso os usuários/pacientes não consigam as medicações prescritas ou tiverem dificuldades de pagar por elas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C/D - COORDENAÇÃO (INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS/ SISTEMAS DE INFORMAÇÕES)				
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza (4)	Sim (3)	Não (2)	Não sei / não lembro (9)
C3 - Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4 - Quando seus pacientes são encaminhados, são fornecidas informações escritas para levar ao especialista ou serviço especializado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C6 - Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, como é recebida a informação do usuário/paciente referido?	<input type="checkbox"/> Relatório escrito <input type="checkbox"/> Informação verbal do usuário <input type="checkbox"/> Resultados de exames trazidos pelo usuário/paciente <input type="checkbox"/> Não há retorno do usuário/paciente			
D2 - Você permite aos usuários acesso aos seus prontuários?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E/F - INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS/ SERVIÇOS PRESTADOS)				
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza (4)	Sim (3)	Não (2)	Não sei / não lembro (9)
E1 - Ações de vigilâncias alimentar e nutricional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3 - Verificação se as famílias participam de algum programa ou benefício de assistência social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4 - Ações de saúde bucal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E8 - Orientação para problemas de saúde mental e referência a serviço especializado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E15- Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E22 - Programa de vigilância à saúde: () Hipertensão, () Hanseníase () Tuberculose () DSTs e Hepatites Virais () Acidentes Ofídicos, Aracnídeos, Escorpíoncos () Por outros animais silvestres (morcego e raposa) () Saúde do Trabalhador () Suplementação alimentar. () Acuidade visual () DCNT () Saúde da Mulher () Outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F8-Possíveis exposições a substâncias perigosas: veneno para formiga/para rato, água sanitária no lar, no trabalho, ou na vizinhança; e exposição a agrotóxicos. Nessas situações há acompanhamento e controle dos casos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F 12- O seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR				
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza (4)	Sim (3)	Não (2)	Não sei / não lembro (9)
G1- No serviço se pergunta aos usuários quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2 – No serviço se pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H - ORGANIZAÇÃO COMUNITÁRIA				
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza (4)	Sim (3)	Não (2)	Não sei / não lembro (9)
H3 – Existe ouvidoria ou similar para coletar as opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H5 - Existem mecanismos de sondagens e acompanhamento do perfil epidemiológico da comunidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6 - Existe Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7- Existem outras formas de organização formas (movimentos sociais, coletivos, redes, grupos, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I - INDAGAÇÕES COMPLEMENTARES				
Quais os fatores/elementos que facilitam/promovem a vida e a saúde dessas populações? Quais os fatores/ elementos que dificultam/ameaçam a vida e a saúde dessas populações? Cite quais os elementos/dimensões que promovem/favorecem o acesso aos serviços de saúde? Cite quais os elementos/dimensões que ameaçam/dificultam o acesso aos serviços de saúde?				

**APÊNDICE C - FICHA DO ENTREVISTADO (A) USUÁRIO / CONSELHEIROS / REP.
MOVIMENTOS SOCIAIS**



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde

FICHA DO ENTREVISTADO (A)

Nº do Questionário _____

Usuário/Conselheiros/Rep. Movimentos Sociais.

Entrevistador (a) apresente-se e diga:

Quero contar-lhe um pouco sobre esta pesquisa. O objetivo desta pesquisa é falar diretamente com as pessoas sobre sua experiência com o atendimento de saúde na sua cidade.

(A seguir leia o TCLE e colete a assinatura e não esqueça de numerar o TCLE com o número do questionário).

DADOS DO (A) ENTREVISTADO (A)

1 Inserção Social: Usuário Conselheiro de Saúde Representante Movimento Social Outros

2 Sexo: Masc. Fem. 3 Idade: _____

4 Est. Civil: Casado (a)/ Tem companheiro/ Ajuntado (a) Separado (a)/Divorciado (a) Solteiro (a)

Viúvo (a)

5 Grau de instrução: Não alfabetizado(a) Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Ensino Médio Incompleto Ensino Médio Ensino Superior Incompleto Ensino Superior

6 Ocupação/Atividade de Trabalho: _____

7 Qual você diria que é a cor da sua pele (IBGE): Negra Branca Amarela Parda Indígena

8 Você possui Cartão SUS: Sim Não

9 Município:

UF:

10 Comentário: _____

APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - BRASIL USUÁRIOS (ADAPTADO)



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA N° de Questionário _____
PCATool - Brasil Usuários (adaptado)

A - GRAU DE AFILIAÇÃO				
	Com certeza (4)	Sim (3)	Não (2)	Não sei / não lembro (9)
A1- Há um serviço de saúde onde você geralmente vai quando adocece ou precisa de orientação sobre sua saúde de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2 - No seu serviço de saúde há profissionais de saúde que você confia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3 - No seu serviço de saúde há profissionais de saúde que são mais responsáveis por seu atendimento de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4 - Qual o tempo de uma consulta no seu serviço?				
B/C- PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE				
	Com certeza (4)	Sim (3)	Não (2)	Não sei / Não lembro (9)
B2 - Quando você tem um novo problema de adoecimento você vai ao serviço onde costuma ser atendido, antes de ir a outro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C11 - É difícil para você conseguir atendimento médico/enfermeiro no seu serviço quando precisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D - LONGITUDINALIDADE/ATENDIMENTO CONTINUADO				
	Com certeza, (4)	Sim (3)	Não (2)	Não sei / não lembro (9)
D1 - Quando você vai ao seu serviço de saúde / é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6 - Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu médico/enfermeiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D9 - O seu médico/enfermeiro sabe quais são os problemas mais importantes para você, quando está adoecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D14 - Você mudaria do serviço de saúde para outro serviço de saúde se fosse fácil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E/F - COORDENAÇÃO (CUIDADO E SISTEMAS)				
	Com certeza (4)	Sim (3)	Não (2)	Não sei / não lembro (9)
E6 – O médico/enfermeiro sugeriu que você consultasse com um especialista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E10 - O médico/enfermeiro informou ou escreveu o motivo da consulta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E13- Depois que voce foi ao especialista, o médico/enfermeiro local conversou sobre o que aconteceu na consulta - resultados de exames e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

conduta?				
F3- Você tem acesso ao seu prontuário/ficha no serviço de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G - INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)				
	Com certeza (4)	Sim (3)	Não (2)	Não sei / não lembro (9)
G3 - Programa de vigilância à saúde, existentes marque com X: <input type="checkbox"/> Hiperdia <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> DST's e Hepatites Virais <input type="checkbox"/> Saúde do Trabalhador <input type="checkbox"/> Saúde da Mulher <input type="checkbox"/> DCNT <input type="checkbox"/> Suplementação nutricional <input type="checkbox"/> Acuidade Visual <input type="checkbox"/> Outros ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G9 – Orientação para problemas de saúde mental e encaminhamento a serviço especializado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G17- Orientação sobre como parar de fumar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G20 - Orientação sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória risca de cair).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H - INTEGRALIDADE (SERVIÇOS PRESTADOS)				
	Com certeza (4)	Sim (3)	Não (2)	Não sei / não lembro (9)
H1 – Orientação sobre alimentação saudável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H5 - Orientação a respeito de atividades físicas apropriados para você.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7 - Verificação e orientação a cerca dos medicamentos que você está tomando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H11 - Os medicamentos prescritos sempre são fornecidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I/J-ENFOQUE FAMILIAR/ COMUNITÁRIO				
	Com certeza (4)	Sim (3)	Não (2)	Não sei / não lembro (9)
I1 - Alguma vez, você foi consultado sobre a conduta, o tratamento e cuidados recomendados pelo médico/enfermeiro para você ou para um membro da sua família?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J4 - Alguma vez, você foi consultado sobre a qualidade dos serviços de saúde que recebe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L-INDAGAÇÕES COMPLEMENTARES:				
Cite fatores/elementos que facilitam/ promovem a vida e a saúde dessas populações? Cite fatores/ elementos que dificultam/ ameaçam a vida e a saúde dessas populações? Cite quais os elementos/dimensões que promovem/favorecem o acesso aos serviços de saúde? Cite quais os elementos/dimensões que ameaçam/dificultam o acesso aos serviços de saúde?				

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar do projeto de pesquisa, sob a responsabilidade da pesquisadora Jacinta de Fátima Senna da Silva. O projeto apresenta como questão central, como se dá o acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma pesquisa participante que considera as informações oficiais, as ideias, as informações e propostas dos participantes.

O objetivo desta pesquisa é conhecer as condições de acesso das populações do campo, da floresta e das águas aos serviços e às ações de saúde no SUS, por meio da participação de profissionais de saúde e de movimentos sociais e propor melhorias na atenção integral para essas populações.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a)

A sua participação se dará por meio de responder um questionário para fornecer informações acerca do atendimento na atenção básica recebida nos serviços de saúde e dos tipos de adoecimento, em especial, a exposição aos agrotóxicos, na data combinada com um tempo estimado de 10 minutos para sua realização. E, caso aceite participar de entrevista em grupo (grupo focal) para complementar as informações sobre o acesso.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são o fornecimento de informações já citadas, mas que não serão identificadas. Se você aceitar participar, estará contribuindo para informar sobre o acesso dessas populações a atenção à saúde.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (passagem para o local da pesquisa e alimentação no local da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

(continua)

(conclusão)

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: secretaria de Pós-Graduação de Ciências da Saúde, na Universidade de Brasília no telefone (61) 3107.1710 e (61) 8244.1115, no horário de 09h00 às 17h00, ou para o Prof. Edgar Mércan Hamann (orientador) no telefone (61) 9212.3245.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome / assinatura

Pesquisadora Responsável

Nome: **Jacinta de Fátima Senna da Silva**

, ____ de _____ de _____.

ANEXO

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acesso das Populações do Campo e da Floresta às Ações e Serviços no Sistema Único de Saúde: territorialidade e entornos.

Pesquisador: Jacinta de Fátima Senna da Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 40799314.1.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Secretaria de Gestão Participativa
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER Número do Parecer: 1.194.831

Apresentação do Projeto:

Este projeto tem como objetivo central, analisar e descrever as condições de acesso das populações do campo e da floresta aos serviços e as ações de saúde no SUS, a partir dos olhares de diversos atores e movimentos sociais, e das informações disponíveis. E, complementarmente, buscar-se-á identificar e qualificar a oferta e a cobertura dos serviços de saúde na atenção básica para essas populações; caracterizar o perfil de adoecimento dessas populações, apontando para os agravos à sua saúde e destacando a exposição aos agrotóxicos; e, mapear e analisar a participação dos atores e movimentos sociais na garantia do atendimento às necessidades e demandas de saúde dessas populações. A compreensão de acesso nesse estudo caracteriza-se como o rápido acolhimento mediante as necessidades e demandas da população combinado com a resolução e a continuidade e qualidade no cuidado aos problemas que a acomete, nos serviços de saúde de um

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepsunb@gmail.com

determinado território. Trata-se de um projeto transversal com abordagem quali-quantitativa, tendo como (



base os referenciais teórico-metodológico: a triangulação de métodos, que combina o entrelaçamento entre teoria e prática e agrega múltiplos pontos de vista que se complementam, adicionando as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto em estudo (Minayo, 2005) e o discurso do sujeito coletivo (DSC), instrumento que busca tanto interpretar a ancoragem dos discursos quanto compreender a objetivação com que esses discursos se apresentam, trabalhando a qualidade em grande quantidade para a reconstituição do pensamento coletivo (Lefevre & Lefevre, 2003). A Continuação do Parecer: 1.194.831

A pesquisa terá quinze unidades de análise e serão aplicadas quatorze entrevistas aos atores selecionados por município: gestores, conselheiros de saúde, representantes de movimentos sociais locais e usuários num total de 224 (duzentos e vinte e quatro) respondentes, além de serem entrevistados quatorze representantes de movimentos sociais nacionais integrantes do Grupo da Terra/MS, adicionalmente será trabalhado cinco grupos focais por região do país. Os resultados das entrevistas e do grupo considerados como fontes primárias de informação, juntamente com o cotejamento dos dados secundários subsidiarão o processo de análise dos achados.

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quali-quantitativa que busca o entendimento de fenômenos complexos específicos, em profundidade, de natureza social e cultural, mediante descrições, interpretações e comparações, considerando os seus aspectos numéricos e empregando recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los. Serão considerados os atores-chaves como fontes primárias de informação, e dados dos sistemas de informações oficiais como fontes secundárias. A amostra do estudo abrangerá as cinco regiões do país, sendo composta por 15 (quinze) municípios selecionados, 224 (duzentos e vinte e quatro) atores entrevistados e cinco grupos focais por região do país, sendo um de cada unidade de análise. Por questões de viabilidade técnica o estudo admitiu que a amostra fosse composta por 15 municípios, três de cada região geográfica e que atendesse critérios de inclusão (Ter IDHM $\geq 0,599$ (baixo); Ter população ≥ 30.000 ; Ter % população rural $\geq 50\%$ e Ter atividades econômicas, predominante, extrativista e agrícola). A amostra de atores para aplicação das entrevistas será baseada nos seguintes critérios: tipos de agentes pelo lugar de atividade e, sujeitos individuais e coletivos na política de saúde e atuação no estado: líderes de movimentos sociais, conselheiros, usuários e gestores dos municípios selecionados. Essa amostra compõe-se de 15 (quinze) gestores, 15 (quinze) conselheiros de saúde, sendo um por município, 30 (trinta) líderes de movimentos sociais, sendo dois por município e 150 (cento e cinquenta) usuários, sendo dez por município. Para os grupos focais a amostra será composta de cinco grupos, sendo um por região geográfica do país, dos municípios selecionados, cada grupo deverá ter de seis a oito pessoas, dentre conselheiros de saúde (dois), representantes de movimento sociais (dois) e usuários (dois a quatro). O instrumento que será utilizado para a entrevista de gestores, conselheiros de saúde, atores de movimentos sociais e usuários foi uma reavaliação do PCATool ADULTO-BRASIL.

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Analisar e descrever as condições de acesso das populações do campo e da floresta aos serviços e as ações de saúde no SUS, a partir dos olhares de diversos atores e movimentos sociais, e das informações disponíveis, de modo a identificar limitações, problemas e propor recomendações para a melhoria da atenção universal, integral e equitativa para essas populações.



Continuação do Parecer: 1.194.831

Objetivo Secundario: identificar e qualificar a oferta e a cobertura dos serviços de saúde na atenção básica para essas populações; caracterizar o perfil de adoecimento dessas populações, apontando para os agravos a sua saúde, destacando a exposição aos agrotóxicos e a outros fatores de risco; mapear e analisar a participação dos atores e movimentos sociais na garantia do atendimento às necessidades e demandas de saúde dessas populações."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador:

"Riscos:

1. Sem riscos para os participantes, pois não será feita nenhuma intervenção de ordem fisiológica, psicológica e social, e, também não serão identificados conforme consta no TCLE anexo.
2. Não conseguir aplicar o total de entrevistas aos participantes, devido a grande dispersão e distância geográfica da população residente nos municípios da amostra selecionada.

Benefícios:

1. Aportar informações e circunstâncias como ocorre o acesso às ações e serviços de saúde para essas populações; Buscar dar visibilidade à necessidade de construir modos operantes que possibilite a atenção qualificada à saúde dessas populações, bem como, ao seu perfil de adoecimento e agravos.
2. Para os participantes infere-se que a obtenção de informações podem colaborar para suas intervenções no aperfeiçoamento das políticas de saúde e na melhoria das práticas de atenção à saúde no SUS."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de doutorado da aluna Jacinta de Fátima Sena da Silva do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da UnB, orientado pelo Prof. Edgar Merchan Hamann.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos para elaboração desse parecer.

CartaRespPendências _ CEPFS UnB 07.2015.pdf de
10/08/2015 Cronograma de execução da pesquisa de campo Ap.pdf
de 10/08/2015
PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_440502.pdf de
10/08/2015

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsub@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.194.831

Análise das pendências apontadas no parecer consubstanciado No.1.147.896

1 - Tendo em vista os objetivos do estudo e a metodologia empregada, solicita-se esclarecer se o presente projeto se trata de um estudo multicêntrico, uma vez que serão realizadas coletas em diferentes regiões do Brasil. Caso seja um estudo multicêntrico, serão necessárias cartas de concordância das instituições coparticipantes (municípios participantes, com a assinatura dos referidos gestores), bem como a adição das mesmas como centros coparticipantes na Plataforma Brasil.

RESPOSTA: Quanto a indagação trata-se de projeto multicêntrico, esclarece-se que não é um projeto multicêntrico, pois a pesquisa será realizada apenas pela pesquisadora sob a orientação do Prof. Edgar Merchan Hamann, portanto não envolve centros de pesquisa nas regiões.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2 - Os riscos descritos pelos pesquisadores referem-se aos riscos para o não desenvolvimento da pesquisa. Entretanto, este item refere-se aos riscos dos participantes da pesquisa. Desta maneira, solicita-se a inclusão dos riscos aos participantes.

RESPOSTA: Quanto aos riscos dos participantes acrescentou-se no Item 4 - Detalhamento do Estudo - subitem Riscos: Sem risco para os participantes, pois não será feita nenhuma intervenção de ordem fisiológica, psicológica e social, e também não serão identificados, conforme consta no TCLE. ANÁLISE: A pendência foi respondida conforme informado, com a inclusão do trecho citado no Projeto. Entretanto, considerando-se que segundo a Resolução CNS 466/2012, item V, "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e graduações variados". E ainda, em seu item II.22, que risco da pesquisa é a "possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente", solicita-se explicitar riscos, bem como formas de minimizá-los. Embora no projeto detalhado, a informação tenha sido fornecida como citado acima. O TCLE não menciona ausência de risco, considerando ainda fornecimento de informação com manutenção do sigilo da identidade do participante, bem como a possibilidade de recusar responder a perguntas que causem constrangimento e até mesmo desistência de participação no estudo. PENDÊNCIA ATENDIDA

3 - Da mesma maneira como descrito nos riscos, solicita-se descrever os benefícios aos participantes em relação à participação na presente pesquisa. Estas modificações devem ser realizadas no d.o TCLE, do projeto da Plataforma Brasil e do projeto detalhado.

RESPOSTA: Quanto aos benefícios para os participantes acrescentou-se no Item 4 - Detalhamento do Estudo - subitem Benefícios: Para os participantes infere-se que a obtenção de informações podem colaborar para suas intervenções no aperfeiçoamento das políticas de saúde e na melhoria das práticas de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy
Ribeiro **Bairro:** Asa Norte
70.910-900

CEP:

UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsubn@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.194.831

atenção a saúde no SUS.
ANALISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

4 - Quanto ao TCLE:

4.1 - Solicita-se colocar as informações em "linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar" (item II.23, Res. CNS 466/2012). 4.2 - Há dois momentos no estudo: a entrevista e o grupo focal. Solicita-se incluir no TCLE o procedimento do grupo focal.

4.3 - Solicita-se inserir o nome do orientador no TCLE, bem como formas de contatá-lo.

RESPOSTAS: Parágrafo 1 ao final substitui-se o texto: Trata-se de um projeto transversal com abordagem quali-quantitativa, tendo como referenciais metodológicos a triangulação de métodos e o discurso do sujeito coletivo - por: Trata-se de uma pesquisa participante que considera as informações oficiais, as ideias, as informações e propostas dos participantes.

Parágrafo 2 substitui-se o texto: O objetivo desta pesquisa é analisar e descrever as condições de acesso das populações do campo, da floresta e das águas aos serviços e as ações de saúde no SUS, a partir dos olhares de diversos atores e movimentos sociais, e das informações disponíveis, de modo a identificar limitações, problemas e propor recomendações para a melhoria da atenção universal, integral e equitativa para essas populações.- por: O objetivo desta pesquisa é conhecer as condições de acesso das populações do campo, da floresta e das águas aos serviços e as ações de saúde no SUS, por meio da participação de profissionais de saúde e de movimentos sociais e propor melhorias na atenção integral para essas populações.

Parágrafo 4 substitui-se o texto: para identificar e analisar a oferta e a cobertura na atenção básica recebida nos serviços de saúde e caracterizar o perfil de adoecimento, em especial, a exposição aos agrotóxicos... - por: para fornecer informações a cerca do atendimento na atenção básica recebida nos serviços de saúde e dos tipos de adoecimento, em especial, a exposição aos agrotóxicos, .. e, ao final acrescenta-se: E, caso aceite participar de uma entrevista em grupo (grupo focal) para complementar as informações sobre acesso. Parágrafo 9 ao final acrescentou-se: ou para o Prof. Edgar Merchan Hamann (orientador) no telefone (61) 9212.3245.

ANALISE: PENDÊNCIAS 4.1, 4.2 E 4.3 ATENDIDAS

5 - No cronograma de execução, o período de coleta informado compreende o quarto trimestre de 2014 e o 2º trimestre de 2015, o que não está de acordo com a carta de concordância da instituição responsável ("duração de 6 meses com início de 2014"). Solicita-se esclarecer se a pesquisa já foi iniciada. Caso não tenha sido iniciada, solicita-se adequar e uniformizar os cronogramas (projeto da plataforma Brasil, projeto

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy
Ribeiro **Bairro:** Asa Norte **CEP:**
70.910-900

UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.194.831

detalhado e carta de concordancia).

RESPOSTA: Na carta de concordancia da Instituicao responsavel anexa, substitui-se o periodo de execucao da coleta com previsao de inicio para dezembro/2014 por: com previsao de inicio para do junho/2015. ANALISE: Nao foi apresentada a modificacao no projeto detalhado. Alem disso, solicita-se a adequacao de todo o cronograma de execucao no projeto da plataforma Brasil. Lembramos que etapa de pre-testes/testes- piloto que envolvam seres humanos devem ser analisados por CEP antes de sua execucao. PENDENCIA NAO ATENDIDA.

Análise: Foi apresentado cronograma e as datas estão adequadas. PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Pos tagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto 2014 ii R.pdf	02/15: 22:05 2/2014		ceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto CEP.pdf	02/15: 11:06 2/2014		ceito
Outros	Currículo JACINTA 2014 lattes.pdf	02/15: 11:06 2/2014		ceito
Outros	Edgar Merchan Currículo Vitae.pdf	02/15: 11:06 2/2014		ceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	20141030150748798.pdf	02/15: 11:06 2/2014		ceito
Outros	FICHA DO ENTREVISTADO.pdf	02/15: 11:06 2/2014		ceito
Outros	Quadro 1 Instrumento Usuário C.pdf	02/15: 11:06 2/2014		ceito
Outros	FICHA DO ENTREVISTADO Gestor.pdf	02/15: 11:06 2/2014		ceito
Outros	Quadro 2 Instrumento Ges C.pdf	02/15: 11:06 2/2014		ceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

%<£rosfl

Continuação do Parecer: 1.194.831

Outros	Ficha do Participante Grupo Focal.pdf	2/2014	02/1		ceito
Outros	Roteiro Grupo Focal.pdf	2/2014	02/1		ceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 440502.pdf	2/2014	02/1		ceito
Outros	Planilha Projeto jac 10.2014.pdf	2/2014	10/1		ceito
Declaração de Pesquisadores	CartaRespPendências _ CEPFS UnB 04.2015.pdf	5/2015	19/0		ceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 440502.pdf	5/2015	19/0		ceito
Outros	CartaRespPendências _ CEPFS UnB 07.2015.pdf	8/2015	10/0		ceito
Outros	Cronograma de execução da pesquisa de campo Ap.pdf	8/2015	10/0		ceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 440502.pdf	8/2015	10/0		ceito
Outros	TR Orientador 20150120164131779.pdf	1/2015	21/0		ceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 440502.pdf	1/2015	21/0		ceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE 04.2015 Jacfss (2).pdf	4/2015	30/0		ceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	20150429185339786.pdf	4/2015	30/0		ceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 440502.pdf	5/2015	08/0		ceito

Situação do Parecer: **Aprovado**

Necessita Apreciação da CONEP: **Não**

BRASILIA, 24 de Agosto de 2015

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

Continuação do Parecer: 1.194.831

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

GALERIA DE IMAGENS

Bonito de Minas - MG



Figura 1 – Praça Bom Jesus



Figura 2 - Centro de saúde parteira Silvina Evangelista Ribeiro



Figura 3 - Reunião do conselho de saúde na câmara municipal



Figura 4 - Abertura da III conferência municipal de saúde



Figura 5 - Sede do sindicato dos trabalhadores rurais



Figura 6 - Território de Água Doce
Foto: Santino Lopes de Araujo



Figura 7 - Grupo de trabalho no território de Água Doce



Figura 8 – Território de Água Doce
Foto: Santino Lopes de Araujo

Cachoeira do Piria – PA



Figura 9 - Rua principal



Figura 10 - UBS



Figura 11 - Sede da colônia de pescadores



Figura 12 - Sede do sindicato rural



Figura 13 - Equipe de saúde, aguardando o almoço, na casa de uma moradora próxima à USF no distrito de Guajara



Figura 14 - Casa da liderança quilombola, onde almoçou o grupo de trabalho



Figura 15 - Almoço do grupo de trabalho



Figura 16 - Rio Gurupi ao lado da casa da liderança

Mata Grande - AL



Figura 17 - Vista da cidade



Figura 18 – Sede da secretaria de saúde



Figura 19 - Reunião na sede do sindicato dos trabalhadores e trabalhadoras rurais



Figura 21 - Casa de moradora de Morro Vermelho onde grupo de trabalho almoçou



Figura 20 - Escola municipal renascer de Morro Vermelho, Mata Grande



Figura 21 - UBS, Morro Vermelho



Figura 22 - Açude Gravatá, Morro Vermelho

Doutor Ulisses – PR



Figura 23 - Vista da cidade



Figura 24 - Praça Doutor Ulisses

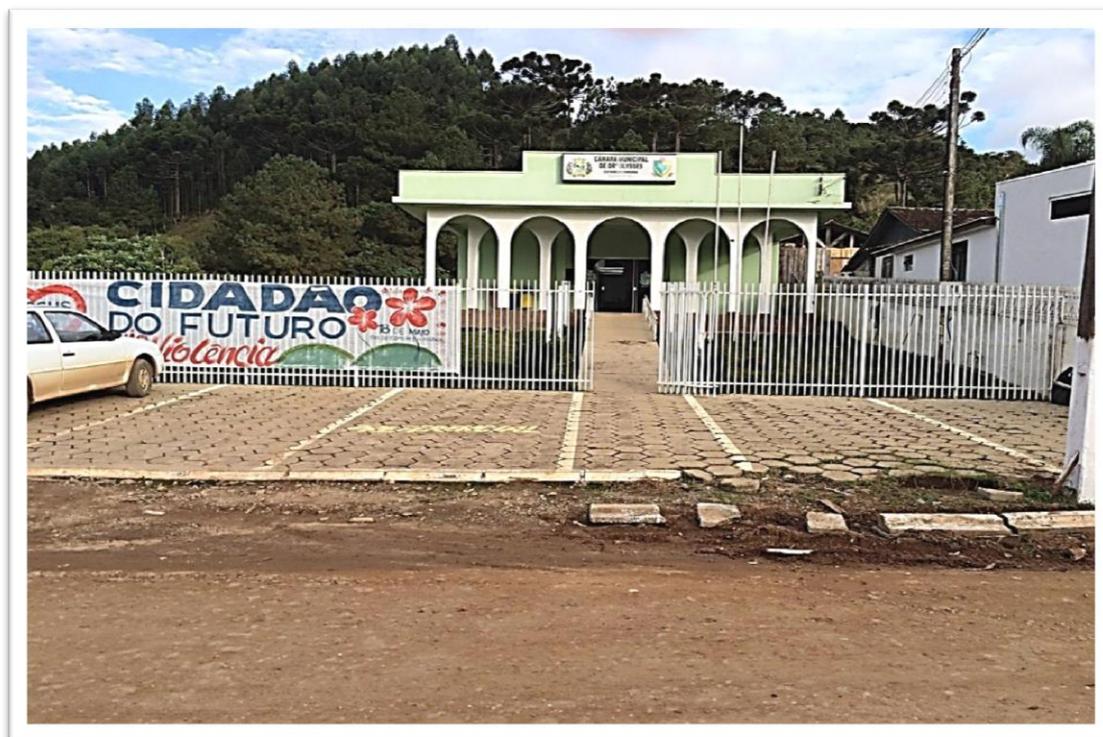


Figura 25 – Câmara municipal



Figura 26 – Reunião do conselho municipal de saúde na câmara municipal



Figura 27- Vista do território Cerrado de Cima



Figura 28 – Local onde foi realizado o processo cartográfico



Figura 29 – Grupo aguardando o início dos trabalhos



Figura 30 - Grupo construindo as imagens cartográficas

Tacuru - MS



Figura 31 - Estátua na rua principal



Figura 32 - Sede do sindicato dos trabalhadores e trabalhadoras rurais



Figura 33 - Sede do conselho de saúde e secretaria executiva dos conselhos municipais



Figura 34 - Dispositivos de atenção básica



Figura 35 - Hospital São Sebastião



Figura 36 - Assentamento Vitória da Fronteira, Tacuru.
Foto: Cristiana Leite do Nascimento



Figura 37 - Grupo construindo imagens cartográficas no Assentamento Vitória da Fronteira