



Artigo Original

A assistência à saúde dos Sem-Terra: o caso do assentamento Butiá, Santa Catarina, Brasil

*Healthcare of the Landless rural workers:
the case of the Butiá settlement, Santa Catarina, Brazil.*

Thiago Alfredo Botelho de Córdova¹
Clarilton Edzard Davoine Cardoso Ribas¹
Antonio Miranda Wosny¹

¹ Universidade Federal de Santa Catarina

RESUMO – No presente artigo, objetivamos analisar a realidade da saúde de famílias de trabalhadores rurais vinculados ao MST e sua relação com o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, realizado no Assentamento Butiá, localizado no Distrito de Volta Grande, região rural do município de Rio Negrinho, no norte de Santa Catarina. Para tanto, utilizamos como instrumentos de coleta de dados a observação, a entrevista semi-estruturada e a análise documental. Os sujeitos do estudo foram assentados do Assentamento Butiá, profissionais de saúde da Unidade de Saúde de Volta Grande – Saúde da Família (USVG-SF) e gestores do Sistema de Saúde do município de Rio Negrinho. Para o tratamento dos dados levantados, utilizamos uma perspectiva hermenêutico-dialética. Identificamos situações que não diferem muito daquelas relatadas na literatura sobre o tema: insatisfações constantes, demonstradas por queixas e críticas sobre determinadas rotinas e sobre a qualidade do atendimento dos profissionais; porém, ficou evidente que o maior problema se relaciona com a distância existente entre o SUS e a realidade específica dos assentados, em que os profissionais e gestores ainda desconhecem grande parte dos problemas vivenciados por essa população em seu cotidiano. Pela situação analisada, consideramos que os caminhos à superação dos problemas encontrados devem passar pela construção de relações interpessoais baseadas num diálogo verdadeiro entre as três categorias de sujeitos envolvidas, que fortaleça o vínculo entre os sujeitos, a participação e o controle social, pois, só assim, as aspirações dos assentados poderão ser devidamente interpretadas pelos profissionais e gestores, os quais, munidos desse conhecimento, estarão mais bem capacitados para construir estratégias de enfrentamento desses problemas.

Palavras-chave: Trabalhadores Rurais; Sistema Único de Saúde; Assistência à Saúde; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT: In this article, the reality of the health of rural working families linked to the MST and their relationship with the National Health System (SUS) is analyzed, from a qualitative case study, conducted in the Butiá settlement, located in the district of the , a rural region of the Rio Negrinho municipality, in northern Santa Catarina. Observation, semi-structured interviews and documentary analysis were used as data collection instruments. The subjects of the study were settlers of the Butiá settlement, health professionals of the Health Unit of Volta Grande - Family Health (USVG-SF), and managers of the health system of the Rio Negrinho municipality. For the treatment of collected data, a hermeneutic-dialectic perspective was used. Situations were identified that do not differ much from those reported in the literature on the subject: constant dissatisfaction, as evidenced by complaints and criticisms about certain routines and the quality of care from the health professionals, however, it was evident that the major problem relates to the distance between the SUS and the specific reality of the settlers, as professionals and managers are still unaware of many of the problems experienced by this population in their quotidian lives. From the situation analyzed, it was considered that the paths to overcome the problems encountered must pass through the construction of interpersonal relationships, based on a true dialogue between the three categories of subjects involved, which strengthen the bond between the subjects, the participation and the social control. Thus, the aspirations of the settlers can be properly interpreted by professionals and managers who, armed with this knowledge, will be better able to construct strategies for addressing these problems.

Keywords: Rural Workres; Single Health System; Delivery of Health Care; Family Health Program.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo se refere à realidade da assistência à saúde das populações do campo, enfocando, especialmente, o contingente organizado pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). A produção científica no Brasil ainda é insuficiente para explicar as complexas relações existentes entre as condições de saúde desses grupos e seus determinantes^{1, 2, 3}.

Embora a instituição do Sistema Único de Saúde

(SUS) objective atender às demandas e necessidades de saúde da população brasileira, ainda existe uma grande distância entre o que é preconizado pelo SUS e

Autor correspondente

Thiago Alfredo Botelho de Córdova
Grupo de Estudos do Trabalho e Trabalhadores da Saúde
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus universitário – Trindade
88040-970 – Florianópolis, SC – Brasil
Email: thiagobiobob@yahoo.com.br

Artigo recebido em 18/11/2010
Aprovado em 02/12/2010

o que é vivenciado pelas pessoas, na base do sistema, principalmente, na realidade do campo, onde se encontram as maiores iniquidades, não sendo garantida a estas populações a real efetivação de seu direito constitucional à saúde^{2,3}.

Um dos estudos de maior abrangência sobre a situação de saúde dos Sem Terraⁱ foi uma pesquisa realizada, em 2001, pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB), em parceria com o Coletivo Nacional de Saúde do MST⁴. Trata-se de um inquérito de morbi-mortalidade realizado em amostra representativa do contingente nacional de famílias em assentamentos e acampamentos ligados ao MST.

O diagnóstico desse estudo apontou para a necessidade urgente de discussões sobre os problemas de saúde enfrentados pelas populações assentadas e acampadas, principalmente quanto ao que se refere ao atendimento de suas demandas pelos órgãos oficiais de saúde, visto que a assistência formal de saúde, representada pela oferta de serviços de saúde, seja por via governamental ou não, não atinge 32,6% dos acampamentos e 23,7% dos assentamentos do Brasil. Somente 56,8% dos assentamentos e 45,7% dos acampamentos possuem postos de saúde próximos às suas áreas, ao passo que entre esses postos, apenas 30,9% e 29,3% respectivamente, estão em funcionamento⁴.

O Brasil rural tem sido, historicamente, espaço onde se exteriorizam as piores mazelas sociais, onde as condições de trabalho, vida e saúde sempre foram e continuam sendo altamente precárias e contraditórias^{1,3}. Tal situação pode ser constatada através da análise dos dados dos Censos Agropecuários⁶, que trazem dados representativos das condições de saúde de milhões de famílias rurais que viviam com menos de dois salários mínimos mensais, sobrevivendo com grandes restrições ao acesso a bens e serviços indispensáveis a vida, apresentando maiores índices de mortalidade infantil, de analfabetismo, de insalubridade e de incidência de endemias.

Para Carneiro², em resposta às profundas transformações econômicas e intensificação na expropriação dos pequenos agricultores no campo, decorrentes da modernização agrícola dos anos do “milagre econômico”, na década de 1970, foi que se fundaram grande parte dos movimentos sociais do

campo, incluindo o MST.

Assim, o MST se constituiu em um movimento social que vem conquistando sua legitimidade, exercendo fortes influências no cenário das decisões políticas, em todas as esferas de poder. Esse movimento possui, hoje, assento nos principais espaços de decisão e controle social do Setor Saúde, que são os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, criados a partir do novo modelo de Atenção à Saúde, preconizado pelo SUS na Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90^{2,3,7}.

Desta forma, a escolha do MST para essa pesquisa se deve a seu papel estratégico na sociedade brasileira, também destacado no relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Considerado um dos atores a serem articulados para a implantação de uma política de Reforma Agrária que fixe o trabalhador rural na terra, esse movimento, a partir de sua experiência e organização, pode contribuir para a construção de políticas públicas que visem superar as iniquidades encontradas nas condições de saúde das populações do campo, pois, no interior deste movimento, não se constrói somente um processo de luta pela terra, mas principalmente, uma vida social coletiva, formada por seres humanos de cultura predominantemente camponesa, com experiências, valores, princípios e visão de mundo próprios, carregados de significados, tendo, portanto, uma visão dos seus processos de saúde-doença bem particular^{2,8}.

Nesta perspectiva, surgiu o problema que norteia nossa pesquisa, que é uma tentativa de compreender como os Sem Terra vivenciam seus processos de saúde-doença e como se relacionam com o Sistema Público de Saúde, constituído, em nosso País, pelo SUS. Procuramos responder a essa questão a partir do estudo de um caso específico: o caso do assentamento Butiá, pertencente ao município de Rio Negrinho, na região norte de Santa Catarina.

Essa região é caracterizada por apresentar um dos menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado e um contingente de 704 famílias assentadas pelo processo de Reforma Agrária, segundo dados do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), havendo ainda 400 famílias acampadas à espera da regularização do processo de Reforma Agrária nas áreas ocupadas⁹. Atualmente, essas populações não são suficientemente cobertas pela assistência formal à saúde, e, a nosso ver, se quisermos garantir a efetivação de seu direito à saúde, devemos, primeiramente, enxergá-los em sua realidade, dar-lhes voz quanto aos seus problemas e escutá-los quanto aos seus anseios, para, assim,

ⁱ O termo Sem Terra adotado nesse estudo refere-se ao contingente de famílias organizado pelo MST - assentados e acampados - que se identificam como sujeitos Sem Terra, por considerarem-se membros de um grupo que luta pela conquista dos seus direitos, não sendo simplesmente sujeitos despojados de terra – sem terra⁵.

sermos capazes de construir políticas de saúde mais justas e eficazes.

Selecionamos o assentamento Butiá, a fim de dar um recorte mais específico ao objeto de estudo, visto que, segundo o Relatório Final de um estudo realizado pelo INCRA (2007), envolvendo 35 assentamentos em Santa Catarina, a maioria dos assentamentos rurais do Estado não se diferencia entre si quanto aos problemas enfrentados. Nesse assentamento, criado em 1989, estão oficialmente assentadas 39 famílias, contando com uma população estimada de 159 pessoas⁹.

Quanto à assistência formal à saúde, constatou-se que, assim como os outros assentamentos e acampamentos da região, o Butiá não possuía Unidade de Saúde própria e nem recebia assistência dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)⁹. O acesso a ao Sistema de Saúde era viabilizado pela Unidade de Saúde da Família localizada no Distrito de Volta Grande (USVG-SF), a 22 km do assentamento, não pertencendo, entretanto, nenhum dos Sem Terra da região, à área de abrangência da equipe de Saúde da Família dessa unidade.

Considerando isso, o objetivo dessa pesquisa de dissertação foi analisar a realidade da saúde de famílias de trabalhadores rurais vinculados ao MST e sua relação com o SUS. De tal forma, o presente artigo se propõe a apresentar parte dos resultados obtidos nesse estudo, em que analisamos percepções de sujeitos do assentamento Butiá acerca da assistência que lhes é prestada pelo SUS, contrastando-as com algumas das percepções de gestores e profissionais de saúde que assistem a essas populações.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Caracterizamos esta pesquisa como um estudo de caso, de abordagem qualitativa, em que utilizamos como instrumentos de coleta de dados a observação, a entrevista semi-estruturada e a análise documental. Para o tratamento dos dados levantados, utilizamos uma abordagem hermenêutico-dialética.

Minayo¹⁰ considera que as metodologias de pesquisa qualitativa podem ser entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Nossa opção por estudo de caso¹¹ justifica-se por este “se direcionar a produção de conhecimento

sobre um fenômeno valendo-se da intensiva análise de um caso particular”, objetivo a que nos propusemos ao selecionar um contexto específico, envolvendo a saúde de um contingente de trabalhadores ligados ao MST e suas experiências cotidianas nesse campo.

Optamos, como um dos recursos para melhor adentrar e compreender esta realidade, pela observação, visto que, como assinalam Nogueira-Martins e Bógus^{12:52}, tem como principal objetivo “gerar conhecimento sobre a vida humana, sedimentado na realidade do dia-a-dia”. Este processo de observação foi desenvolvido em todos os momentos em que estávamos imersos no contexto da pesquisa, sendo os dados obtidos registrados num Diário de Campo¹⁰.

Em busca de um aprofundamento das concepções em saúde dos sujeitos do estudo, dos problemas vividos em seu cotidiano e de sua relação com o SUS, realizamos entrevistas semi-estruturadas com os assentados. A entrevista semi-estruturada^{10, 12} é colocada como uma forma de combinar perguntas fechadas e abertas, tendo o entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

Iniciamos nossas entrevistas no assentamento Butiá a partir de um informante-chave^{10, 12}, que nos indicou algumas famílias a serem entrevistadas posteriormente. Dessas, elegíamos um membro a ser entrevistado – o chefe da família ou o responsável pela saúde da mesma. Sempre que possível, foi entrevistado o casal. Essas entrevistas foram realizadas nas residências das famílias pesquisadas, durante a primeira quinzena de Novembro de 2009. Realizamos um total de 10 entrevistas com os assentados, entre homens e mulheres, cuja faixa etária variava entre 20 e 55 anos.

A fim de aprofundar nossa compreensão dessa problemática e confrontar diferentes visões, entrevistamos 2 profissionais de saúde da Unidade de Saúde de Volta Grande – Saúde da Família (USVG-SF, a qual presta atendimento aos assentados do Butiá) e entrevistamos, ainda, 2 gestores do Município de Rio Negrinho, município-sede do assentamento pesquisado.

Participamos, também, de uma reunião realizada pela Equipe de Saúde da Família da USVG-SF, onde se encontravam todos os profissionais de saúde daquela Unidade. Neste encontro, foi-nos possível fazer perguntas a esses profissionais acerca da assistência prestada aos assentados na USVG-SF e dos problemas vivenciados por eles. As entrevistas foram registradas em gravador digital e, posteriormente, transcritas, para que pudéssemos realizar nossas análises.

Com a finalidade de compor um quadro acerca da estrutura e funcionamento do SUS em Rio Negrinho e da dinâmica da USVG-SF, realizamos uma análise documental¹⁰ buscando estas informações, assim como utilizamos esse dispositivo com a finalidade de orientar a condução de nossas entrevistas e das observações realizadas.

A análise dos dados esteve presente em várias das etapas do processo investigativo. Procuramos desenvolver esse processo de análise apoiados na perspectiva hermenêutico-dialética, seguindo as etapas preconizadas pela literatura^{10,13}: iniciamos pela leitura e ordenação de todo o conteúdo, para depois realizarmos sua interpretação e a busca por categorias (o que consideramos ser a etapa hermenêutica); seguida de uma reflexão crítico-histórica dos contextos e das contradições (etapa dialética), a partir de nosso referencial teórico.

A fim de operacionalizar essa etapa de análise dos dados, de forma que pudéssemos melhor manipular e ordenar os recortes das entrevistas e dos outros dados, utilizamos como ferramenta uma planilha construída no Excel, a qual foi adaptada da “matriz interpretativa crítico-reflexiva” formulada por Moretti-Pires e Campos¹³. Ao término do processo, finalizamos a análise buscando as convergências e divergências entre os dados obtidos a fim de construir o que consideramos ser uma síntese hermenêutico-dialética^{10,13}, em que tentamos criar uma composição das principais interpretações, questionamentos e contradições implicados no objeto pesquisado, assim como buscamos apontar caminhos à superação dos problemas vivenciados pelos sujeitos.

Todos os sujeitos da pesquisa tiveram à sua disposição o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de forma que procuramos respeitar todos os preceitos ético-legais que regem a pesquisa com seres humanos, sendo-lhes preservado seu anonimato. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, no dia 09 de Outubro de 2009, sob o parecer nº FR290952.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse tópico, procuramos apresentar alguns dos principais resultados de nossa pesquisa, sendo que, a fim de “dar voz” aos nossos sujeitos, incluímos ao longo do texto recortes de algumas de suas falas mais representativas, visando legitimar esse movimento que consideramos hermenêutico-dialético, no qual buscamos contextualizar as interpretações a partir de questionamentos que emergiam e também articulá-las ao nosso referencial teórico. Para preservar o

anonimato dos sujeitos, adotamos códigos para a identificação dos seus autores: S.T. (1 a 10) para os assentados, Gest. (1 ou 2) para os representantes da Secretaria de Saúde de Rio Negrinho, e Prof. (1 ou 2) para os profissionais da USVG-SF entrevistados.

Por vezes, no decorrer do texto, nos referiremos aos assentados de Butiá somente por “assentados” e ao conjunto total de assentados e acampados, por Sem Terra, conforme esclarecemos na Introdução desse artigo. Os representantes da Secretaria de Saúde de Rio Negrinho entrevistados estão referidos como “gestores”; os profissionais de saúde da USVG-SF, como “profissionais”.

3.1 A assistência à saúde dos assentados de Butiá

3.1.1 Percepções de assentados

Entre os assentados entrevistados, encontramos certa diversidade de opiniões acerca da qualidade da assistência que lhes é prestada pelo SUS, e, em especial, na USVG-SF, onde buscam assistência mais freqüentemente. Assim, encontramos desde aqueles que se sentem completamente desamparados pelo Sistema de Saúde àqueles que o vêem como suficientemente satisfatório. Porém, a opinião que prevalece entre eles é a de que o SUS não atende satisfatoriamente às suas necessidades, sendo que muitos deles só buscam assistência em casos graves, conforme observamos nos relatos abaixo:

Mas não atende! Porque nós, os assentados, as comunidades mais longe, mais retiradas, sempre tá prejudicada! (S.T.9)

Aqui o maior problema é que a pessoa sempre tem que ficar bem(!) doente mesmo pra poder ser atendida, né!? (S.T.3)

(...) você imagina que o pessoal adoec e tenta se curar em casa, e só vai mesmo quando não dá mais pra suportar! Aí ele chega até o médico, senão não vai! Ele tenta se curar ao máximo em casa! (S.T.1)

Essa relação dos assentados com o SUS reflete a realidade da maioria dos assentamentos e acampamentos brasileiros, conforme aponta o relatório da UnB⁴, o qual registra a baixa procura dos serviços públicos de saúde entre os Sem Terra, associada a fatores como: dificuldades no acesso ao Sistema de Saúde, tanto pela ausência de estabelecimentos de saúde próximos aos assentamentos e acampamentos (na maioria dos casos), quanto pelas dificuldades de deslocamento decorrentes da inexistência de transportes e muitas vezes, pelo excesso de demanda nas Unidades de

Saúde. Registra, ainda, um percentual em torno de 10% dos Sem Terra que buscam atendimento diretamente na farmácia, o que indica a existência da prática da automedicação entre essas populações, fato preocupante, devido às implicações negativas decorrentes dela.

Para os assentados pesquisados, o maior problema quanto à assistência prestada pelo SUS é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido ao isolamento em que se encontram (22 km da USVG-SF e 56 km da região central de Rio Negrinho). Essa dificuldade é agravada pela péssima qualidade da estrada que perpassa o assentamento, pela ausência (ou insuficiência) de transporte coletivo público (o qual só passa pelo assentamento uma vez por semana) e pelo fato de que a maioria deles não possui veículo particular:

Pra te falar a verdade, acho que carro legalizado aqui dentro, pra sair fora, assim, tudo em dia, acho que tem 2. Então, é muito(!) difícil e o ônibus só vem uma vez por semana e fora do dia não tem nada. (S.T.8)

Visando superar esse problema de acessibilidade dos usuários, a USVG-SF disponibiliza, em casos mais graves, a ambulância ou o carro para buscar as pessoas enfermas nos assentamentos e nas localidades distantes. Porém, a ausência de telefones fixos (somente um no assentamento Butiá) e de antenas de celulares impede que os assentados telefonem à USVG-SF requisitando essa assistência, a qual, quando ocorre, pode ainda ser dificultada pela ausência de sinalização das vias que perpassam os assentamentos:

Já aconteceu casos com agente mesmo, de ligar e a ambulância não encontrar, né!? (S.T.3)

É importante colocar que não(!) tem telefone! (S.T.6)

(...) tempo atrás até tinha uma anteninha ali, que dava pra ligar de celular. Tinha sinal, mas agora não tem mais e mesmo quando tinha, às vezes o celular tava sem bateria e tinha que ir carregar na escola, porque também não tinha luz (referindo-se ao acampamento Norilda da Cruz, cuja rede de eletricidade foi instalada somente em 2009). (S.T.3)

O acesso aos serviços de saúde envolve a “localização da unidade de saúde próxima à população a que atende, horários e dias em que está aberta para atender, grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe da

conveniência desses aspectos do acesso”^{14:60}. Considerando isso, torna-se evidente que essa dificuldade no acesso é um dos grandes problemas entre os assentados, de forma que o sentimento de estarem desamparados pelo Sistema de Saúde é o que prevalece, sendo que muitos deles “dão graças a Deus” por não terem problemas de saúde mais graves, pois sentem que em uma situação de emergência poderiam não conseguir assistência a tempo.

Assim, consideram que a distância física dificulta a assistência, porém, muitos deles queixam-se que maior é a distância existente entre o SUS e a realidade dos Sem Terra, pois, na sua visão, os gestores os profissionais desconhecem os problemas vivenciados por eles em seu dia-a-dia, ao passo que uma aproximação entre eles melhoraria a qualidade da assistência:

Na medida do possível, eles tão atendendo, mas eu acho que ainda falta muito! Falta muito interesse deles com o povo! (S.T.9)

Ainda que nós, damos graças a Deus(!), té hoje não temos problemas de, um infarto(!), ou alguma emergência mesmo. (S.T.2)

Se o governo, digamos a prefeitura, o pessoal lá, ajudasse a contribuir assim pra que a distância não seja muito né!? Que nem, chegasse até aqui pra conhecer a realidade! Conversassem com o povo, qual é os problemas do povo! Daí eles iam saber onde pegar! Agora, se eles não sabem quando a pessoa chega lá, né!? (S.T.4)

Tal “distanciamento” ou “isolamento relacional” entre os sujeitos pode indicar o descumprimento de alguns dos princípios fundamentais no trabalho da Estratégia Saúde da Família: o primeiro deles é o “enfoque familiar”, que propõe levar em conta o contexto familiar da população assistida; o segundo é a “orientação para a comunidade”, que implica o reconhecimento de que “todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e tomado em consideração”^{15:68}; e o terceiro, envolve a questão do “vínculo dos profissionais de saúde com a comunidade”, que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção ao longo do tempo, além do “estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde”^{15:68}.

A assunção do compromisso com esses princípios pelos profissionais da USVG-SF é condição sine qua non para que as ações de assistência e promoção à saúde dos assentados sejam efetivas.

Essas ações devem buscar trabalhar condições potencialmente danosas à saúde das famílias atendidas pela equipe com o objetivo não apenas de prevenir os agravos, mas de promover uma melhor qualidade de vida entre os sujeitos, o que só é possível quando os profissionais de saúde “conhecem a população que atendem, desenvolvem vínculo e compromisso com os problemas de saúde ‘sentidos’ pelos usuários, indo além dos programas muitas vezes estabelecidos a partir de critérios eminentemente técnicos”^{16:14}.

Na visão dos assentados, a existência de um ACS que atendesse especificamente os assentamentos e acampamentos, que fosse proveniente deles, que entendesse e compartilhasse de sua realidade, seria um dos caminhos para se superar esse isolamento e promover a melhoria na qualidade da assistência a eles prestada:

(...) o que falta é um agente de saúde dentro dos assentamentos! (S.T.9)

(...) esse já seria um passo muito importante, que se existisse alguém que leve até eles, seria mais fácil deles saberem qual que é o problema. Agora, eles não sabendo, comé que eles vão fazer? É que nem eu coloquei lá pra guria da Secretaria que agente foi: “Vocês tão fazendo algum tipo de levantamento? Vocês sabem quais os problemas que existem nos assentamentos? Nas comunidades do interior?” (S.T.6)

Essa percepção dos assentados coaduna com o entendimento de que o ACS deve ser o “elo de ligação” entre Unidade de Saúde e a comunidade¹⁴. A Portaria nº 648/GM4 estabelece como funções do ACS: “desenvolver ações que integrem a equipe e a população, desenvolver ações educativas visando à promoção de saúde e prevenção de doenças e acompanhar as pessoas de sua microárea, dentre outras”^{15:41}. Dentro da USVG-SF, os ACS trabalham, prioritariamente, acompanhando as famílias quanto aos programas de saúde que estão seguindo (CISVAN, HIPERDIA, SISPRENATAL etc.), auxiliando na utilização de medicamentos e tratamentos, buscando sempre realizar a intermediação das necessidades e dificuldades das famílias junto aos profissionais da Unidade.

Os assentados consideram uma “vantagem” se ter um ACS proveniente da própria comunidade, pois isso possibilita a criação desse vínculo que permite que eles “se abram mais” com os agentes, se sintam mais à vontade para apontar seus problemas reais, ao passo que uma pessoa “de fora da comunidade” poderia ter

dificuldades para identificar adequadamente os problemas existentes, devido à “desconfiança” ou “vergonha” dos assentados:

O agente de saúde tem esse trabalho, de identificar essas coisa. O agente de saúde pela comunidade é a vantagem(!), porque o compadre não esconde o problema, a comadre não esconde o problema! Quando chegar, por exemplo, lá no compadre e perguntar: “Como tá essa fossa?”, ele vai dizer e você pode responder: “tá errado(!), é um buraco aqui, num tá certo aqui!”. Mas, às vezes, se chega alguém de fora da comunidade, a pessoa fica com vergonha. (S.T.7)

O agente de saúde será, então, aquele sujeito, oriundo do próprio assentamento, ligado à comunidade e conhecedor dela, respeitado e considerado pelos companheiros, e, principalmente, será aquela pessoa capaz de reconhecer as demandas do grupo, interpretá-las e traduzi-las aos profissionais de saúde, tornando-se o verdadeiro “elo” entre a Unidade de Saúde e o assentamento^{15,16}.

A inexistência desse “vínculo” entre o Sistema de Saúde e os assentados talvez seja um dos motivos que levem à existência de conflitos entre eles e os gestores/profissionais de saúde, sendo que muitos afirmam que só conseguem ser atendidos pelos profissionais por meio de discussões e “brigas”, pelas quais exigem seu direito ao atendimento:

(...) porque não existe ninguém no meio lá, um vínculo, que você chegue e vá ser atendido, é só no grito! Só na briga! E quando atende, atende mal. É uma coisa incrível, né!? Se fosse bem recebido, né!? (S.T.10)

Outro importante fator apontado pelos assentados que dificulta o seu acesso ao Sistema de Saúde é o excesso de usuários atendidos pela USVG-SF – 1.800 usuários cadastrados na área de abrangência e cerca de 2.600 na área de influência – que incluem os Sem Terra da região, excedendo o valor máximo preconizado pela ESF^{15,17} (4.000 pessoas). Assim, relatam que muitas vezes não conseguem receber “fichas” para serem atendidos na Unidade. As “fichas” são senhas de atendimento disponibilizadas pela USVG-SF para os usuários. São distribuídas diariamente em um número limitado, sendo que somente aqueles que “conseguirem fichas” serão atendidos. Essa limitação no número de fichas causa indignação entre os assentados e conflitos com os profissionais, pois, conforme afirmam, as fichas são distribuídas pela

manhã “muito cedo” e devido às suas dificuldades para se deslocarem até a Unidade de Saúde, muitas vezes, quando aí chegam, as fichas já foram todas distribuídas. Esse é um dos principais motivos apontados pelos assentados para que deixem de buscar assistência na USVG-SF, só buscando-a em último caso:

Às vezes você vai lá, e precisa tá lá muito cedo pra conseguir ficha, né!? Às vezes não consegue por que outros assentamentos também precisam. Então, se for dar uma ficha cada um, vai mais de um dia, em cada assentamento! E imagina o quanto de população tem!? (S.T.5)

(...) é complicado você chegar no posto de saúde ali e é 5 fichas, 7 horas começam a liberar a ficha e quando chega o ônibus lá não tem mais nenhuma! (S.T.1)

É importante observar que pelo fato de o ônibus só passar uma vez por semana pelo assentamento Butiá e passar também por outros assentamentos da região no mesmo dia, muitos dos assentados acabam indo simultaneamente buscar assistência na USVG-SF, a fim de “aproveitar o transporte”, o que pode sobrecarregar ainda mais o atendimento na Unidade ou até impossibilitar que todos sejam atendidos naquele dia:

Essa Unidade atende 7 assentamentos e daí, então, tem 10 vagas por dia no médico! 10 fichas! Então, quer dizer o quê? Se tiver uma pessoa por assentamento que tiver que procurar o posto, já são 7 fichas, né!? Então, veja bem, sobraria 3 fichas pra atender o resto todo da comunidade! E agente sabe que tem dia que vai 4 ou 5 de cada assentamento. Pelo motivo mesmo de que é o dia que tem transporte. (S.T.7)

(...) só que ninguém vai escolher só na quinta ou na sexta pra ficar doente! (S.T.4)

Cabe aqui outra observação que diz respeito à contradição existente nessa situação, pois a limitação de fichas para o atendimento na Unidade de Saúde contraria o princípio de que o atendimento deve ser realizado a qualquer pessoa que venha buscar a assistência, indiscriminadamente, de forma que seja garantida a “demanda espontânea” dos usuários, conforme preconizado pelo SUS^{16, 17}.

Na visão dos assentados, uma solução para este problema seria reservar vagas específicas para eles (ou um número de fichas) ou mesmo a existência de um representante deles (ou um ACS proveniente deles), que participasse dos processos decisórios dentro da

USVG-SF ou mesmo dentro dos Conselhos de Saúde e que fosse o responsável por coordenar o processo de distribuição de fichas a eles, de forma a conseguir atender a todos, pois crêem que se esse processo de definição de quem vai ser atendido ou não “fica na mão” dos profissionais de saúde, eles ficam prejudicados, “são cortados”, e não conseguem ser atendidos na Unidade de Saúde. Consideram também, que outra alternativa seria a implementação de uma outra equipe de ESF que atendesse, especificamente, aos assentamentos e acampamentos da região:

A briga nossa com eles era pra que separasse as fichas do interior ou se, pelo menos, tivesse vagas de emergência ou reservadas pro pessoal do interior. É isso que agente tentava negociar com eles. (S.T.2)

Esse limite aí da questão das fichas pra mim não serve! O que serve é que essas pessoas, agente de saúde, ou coordenador, o que seja(!), que participam do Conselho Municipal de Saúde e que tenha autoridade, por exemplo, de: “É na quinta-feira? Então, tá bom, tem 5 fichas pro Butiá! Na quarta-feira todo mundo já vai consultar!? Então, quem vai, vem aí!”. Então, quem tem que preencher aquela ficha é agente(!), é aqui(!), é o agente de saúde! Preencheu aqui e lá então tá garantido! Não(!), chegar lá pras enfermeiras preencherem, porque daí elas nos cortam, porque chega lá e não tem mais! (S.T.5)

(...) é muito miór, duas pessoas correr de lá aqui, do que todo o Butiá correr lá. E se tiver alguma pessoa que precisar antes daquele dia, claro que eles têm que atender, de qualquer maneira. (S.T.1)

Finalmente, é importante observarmos que, apesar de considerarem importante a participação nos espaços de controle social do SUS, não existe participação dos assentados no Conselho Municipal de Saúde de Rio Negrinho. Também não existem Conselhos Locais de Saúde ativos no município. Esse é um dos grandes desafios a ser superado na realidade dos assentados de Butiá. Tais como concebidos, os Conselhos de Saúde, mediante a ação positiva dos gestores, são os responsáveis por facilitar o acesso e incentivar a participação da comunidade¹⁸. Porém, na prática, nosso Controle Social ainda é pouco participativo, mesmo que esteja cheio de indivíduos valiosos e lutadores.

3.1.2 Percepções de gestores e profissionais de saúde

Na visão dos gestores e dos profissionais entrevistados, entre as poucas Unidades de Saúde existentes no “interior” de Rio Negrinho, a USVG-SF é a que se encontra mais bem estruturada, a mais bem equipada

e a que oferece maior período de atendimento diário (das 07:30 hs às 17:00 hs), sendo que, nas outras Unidades, o atendimento é precário e limitado a alguns poucos dias e a poucas ações (a maioria funciona somente uma vez por semana e nem todas dispõem de médicos).

Conforme afirmam, essa melhor qualidade e capacidade de assistência existente na USVG-SF devem-se ao que consideram ser uma “boa vontade” ou uma “cumplicidade” da Secretaria de Saúde, que dá uma atenção diferenciada a essa Unidade, por reconhecer as peculiaridades e dificuldades de se trabalhar no “interior”, como a grande distância entre as localidades, o excesso de usuários e a inexistência de outros mecanismos de apoio, como, por exemplo, o SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência):

Todas essas localidades são atendidas aqui na Unidade, pois agente tem pontos de atendimento médico, mas é aquela coisa: uma casa, com armário fechado, com chave, onde tão o básico em medicação, aonde vai o médico uma vez por semana, ou de 15 em 15 dias, uma auxiliar de enfermagem, então, vai consultar, dá a medicação e deu! Não tem acompanhamento, diferente daqui, que vem e consulta, tem que fazer prontuário, vai ter que retornar, assim, vai ter a resolutividade. (Prof.1)

(...) eu vejo assim, uma boa vontade(!) e não só desta gestão, da outra também. Eles sabem que aqui agente tem que se virar! (Prof.1)

(...) hoje eu te digo, e dou certeza, qualquer Unidade de Saúde em Rio Negrinho que você for, a mais bem equipada, é Volta Grande! (Gest.2)

Agente sempre trabalha a Volta, procura(!), né(!)?, trabalhar a Volta Grande de uma maneira diferente! Sempre com um olhar diferente, por todas as dificuldades que eles têm, né!? (Gest.1)

Os representantes dos gestores justificam que a precariedade de assistência prestada nas outras Unidades interioranas se deve ao “limitado contingente de profissionais disponível” e até mesmo à “falta de demanda” nesses locais. Consideram ainda que se houvesse mais profissionais e maiores períodos de atendimento nessas unidades, talvez houvesse maior demanda dos usuários, porém afirmam que “o município não comporta” tal ampliação no quadro de funcionários e dos períodos de assistência nessas Unidades, devido às limitações orçamentárias. Consideram ainda que o município dá uma atenção diferenciada à área da Saúde Pública e que a Atenção Básica sempre foi “muito forte” em Rio Negrinho. Um indicativo dessa importância dada ao campo da Saúde Pública pode ser o fato de que, conforme afirmam, no

município se aplicam mais recursos próprios (27% em 2009) do que o mínimo exigido pela Emenda Constitucional nº29 (15%)¹⁵:

Nós fazemos um levantamento e agente acompanha todo mês a produção(!), né!? Tem meses que você tem, digamos, 2 consultas, então, não justifica você contratar um profissional pra deixar todos os dias, se tem uma demanda de 2 pessoas. (Gest.1)

Nós podemos fornecer o que tá dentro do recurso que nós temos! (Gest.2)

Na Atenção Básica já vem tudo(!), através de portarias, né!? O que você deve(!) fornecer, e o recurso pra você fornecer aquilo! Agente tem aplicado muito mais recurso próprio! (Gest.1)

Há que se interpor alguns questionamentos nesse ponto. Primeiramente, no fato de que nessas colocações, subentende-se que no município se avaliam as necessidades dos usuários e a produção dos estabelecimentos de saúde, baseando-se em critérios numéricos, tais como número de consultas, de exames, de usuários etc., os quais nem sempre refletem as reais necessidades de uma população. Por outro lado, esse sistema de avaliação e planejamento das ações em saúde adotado no Município pode ser visto como a reprodução do modelo preconizado pelo Ministério da Saúde, em que os gestores devem pactuar metas de produtividade baseando-se em índices numéricos para que consigam aprovar seu orçamento¹⁹. Assim, o próprio Plano de Saúde de um município, que é um documento que apresenta compromissos no âmbito municipal, já é constituído, essencialmente, por um conjunto de indicadores numéricos^{17,19}.

Isso implica em que o Gestor Municipal de Saúde venha a planejar as ações baseando-se, essencialmente, na quantidade de recursos financeiros disponíveis na Secretaria de Saúde, ao invés de conduzir-se pelas necessidades da população¹⁴. A princípio, é uma forma bastante prática de se pensar, visto que sem os tais recursos não há como se desenvolverem ações em saúde. Porém, essa postura geralmente não consegue suprir as demandas da população. Concordando com Ros e Souza²⁰, entendemos que planejar é mais do que se adaptar à quantidade de recursos.

Segundo esses autores, o “neoliberalismo” criou na mentalidade dos gestores e profissionais de saúde em geral, uma concepção de que planejar é “adequar o sonho ao recurso que temos” e “como os recursos para o SUS têm sido pequenos, devemos nos adaptar, tirando, portanto, ou a integralidade, ou a

equidade, ou a universalidade e deixando no lugar dele um monstro; monstro esse que poderá ser justamente o sonho de outros planejadores (adversários), cujo projeto de SUS amplo como está concebido pelo movimento sanitário, os inviabiliza”^{20:06} em suas aspirações de caráter neoliberal. Porém, entendemos as dificuldades dos gestores, pois, na prática, o cotidiano do SUS se faz a partir de regras prioritariamente emanadas e controladas pelo Ministério da Saúde¹⁹.

A consideração desta reflexão nos leva a questionar também se é esse o motivo que propicia a existência do que consideramos serem contradições na forma como está estruturada a rede assistencial de saúde em Rio Negrinho. A primeira delas é o fato de existirem sete Equipes de SF no município, sendo que seis delas estão alocadas na área urbana e somente uma assiste ao “interior” - a USVG-SF -, a qual é também a única Unidade de Saúde em boas condições de atendimento em todas as localidades interioranas, conforme vimos nos apontamentos anteriores.

Os representantes dos gestores justificam essa situação afirmando que a Saúde Pública no Município é muito recente, estando em contínuo processo de melhoramento, o qual ainda não foi finalizado:

(...) mas como nós viemos, de uma história muito recente(!), sem nada(!) de Saúde Pública! Quando cheguei aqui em 1999, eles tinham acabado de abrir as unidades. Quando cheguei, nós não tínhamos nenhum programa! Os programas tavam começando a ser implantados! Então eu acho assim, se agente for analisar em 10 anos, a evolução, assim, foi(!) imensa! (Gest.1)

Esse é um ponto importante a ser destacado, pois, o próprio SUS é bastante recente na história da Saúde Pública brasileira¹⁵. De 1988 até hoje, mal passamos 20 anos de sua existência. Rio Negrinho somente em 1998 se habilitou à Gestão Plena do Sistema de Saúde, quando assumiu a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde perante sua população²¹.

Porém, uma segunda contradição, vinculada à primeira, é o fato de que, apesar de Rio Negrinho possuir uma área rural extensa, abrangendo uma grande variedade de localidades, assentamentos e acampamentos, não existem programas ou propostas especificamente voltados para a realidade rural (para o “interior”), sendo que a Secretaria de Saúde segue as mesmas diretrizes, conforme preconizadas pelo Ministério da Saúde, para áreas urbanas. As campanhas de vacinação e as palestras educativas são

as únicas ações específicas para as localidades rurais:

No Plano Municipal, não! Assim, voltado pro meio rural, não! Que hoje tem só a parte, já instalada lá no interior, assistência que é dada nesses postos pequenos, postos de atendimento. (Gest.2)

Aqui é diferente, é uma Saúde da Família, aonde, é rural, por tá longe do município-sede, mas por ser uma ESF, ela segue os planos iguazinhos a de uma cidade: Programa de Hipertensão, Programa do Pré-natal, Vacina, Círculo, os programas normais que o Ministério da Saúde preconiza, né? Aqueles grandes programas. (Prof.2)

Para o pessoal das localidades, assentamentos e os acampamentos? Olha, o programa é a vacinação, que mesmo longe agente vai, vai atrás, palestras, que agente tenta atingir, nas escolas, associação, ou numa igreja, o maior número de pessoas. (Prof.1)

Esse é um indício claro da tendência brasileira de se privilegiar as áreas urbanas em detrimento das regiões interioranas^{1,2,8}, pois, é também na região central do município que se encontra grande parte dos estabelecimentos e recursos na área da Saúde (Posto Central, Pronto Socorro, Unidade Móvel etc.). Essa “marginalização do rural”¹ é, de certa forma, uma contradição própria do Ministério da Saúde, incorporada ao SUS, que direciona a maior parte de suas ações e recursos para o contexto urbano⁷.

Exceções a essa regra podem ser as iniciativas recentes de se implementar políticas específicas para contextos diferenciados, como a “Política Nacional de Saúde Para as Populações do Campo e da Floresta” (PNPCF)¹⁵, ainda incipiente, e completamente desconhecida pelos gestores e profissionais entrevistados. A prática das diretrizes preconizadas por essa política poderia favorecer a criação de propostas específicas para essa realidade, assim como o aprimoramento da assistência já prestada a essas populações^{2,5,7}.

Ao constatarmos essas contradições, deparamos com uma terceira, que tem implicação direta sobre a saúde dos assentados de Butiá: refere-se à dinâmica de funcionamento da USVG-SF, que, a princípio, deveria funcionar como uma Estratégia Saúde da Família (ESF), seguindo os protocolos e regulamentos preconizados para essa estratégia. Porém, o que se percebe, na prática, é que essa Unidade acaba assumindo uma dupla função, atuando, simultaneamente nas atividades de uma ESF típica e também como uma “pseudo” Unidade de Pronto Atendimento, conforme relatam:

A assistência no interior é prestada através dessa Unidade de ESF, que eu sempre digo, é uma Unidade de ESF, mas ela acaba fazendo um papel de, eu vejo isso aqui como um, não chegaria ser um Pronto Atendimento, pois precisaria não fechar meio dia e ficar até um pouco mais tarde, mas, é uma coisa assim, um pseudo Pronto Atendimento, tá no meio dos dois, pois uma Unidade de Saúde deveria atender somente aqueles da Área de Abrangência, fechar e deu, mandar pras referências: Hospital, Corpo de Bombeiros, SAMU, Posto Central, e aqui nós não temos essa realidade. (Prof.1)

Um dos problemas decorrentes dessa situação “irregular” da USVG-SF é aquele já mencionado “excesso de demanda” para a Unidade, que inclui as famílias cadastradas (Área de Abrangência), mais as outras localidades, os assentamentos e os acampamentos (Área de Influência), o que acaba fazendo com que haja uma limitação da assistência na Unidade pela distribuição das “fichas”, além de provocar grande indignação entre os assentados e a população local em geral.

Uma grande contradição daí decorrente é o fato de que Rio Negrinho recebe um “acréscimo” em seu orçamento para a área da Saúde, destinados à USVG-SF, para que essa Unidade atenda aos Sem Terra. Dito de outra forma, o município recebe, destinados à USVG-SF, 50% a mais sobre o orçamento repassado pelo Governo Federal, como um “incentivo”, para atender aos Sem Terra, conforme definido na Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006¹⁵, que estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e prevê esse benefício para os municípios que tenham sob sua responsabilidade assentamentos devidamente regularizados pelo INCRA, como é o caso do Assentamento Butiá (Tabela 1).

Tabela 1 - Repasse Financeiro Federal e Estadual para desenvolvimento de ações de Atenção Básica em Saúde por Equipes de Saúde da Família (SF) e de Saúde Bucal (SB), em Fevereiro de 2010.

NÚMERO DE EQUIPES E ACRÉSCIMOS FEDERAIS (FEVEREIRO/2010)	TOTAL
Nº Eq. Saúde da Família (SF)	7
Repasse Federal SF (R\$6.400,00 eq./mês)	44.800,00
Nº Eq. SF em Assentamento	1
Acréscimo Federal SF (R\$3.200,00 eq./mês)	3.200,00
Nº equipes SB (fev.2010)	5
Repasse Federal SB (R\$2.000,00 eq./mês)	10.000,00
Nº Eq. SB em Assentamento	1
Acréscimo Federal SB (R\$1.000,00 eq./mês)	1.000,00
Acréscimo Total SF + SB (eq./mês)	4.200,00

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS (2010)

Porém, quando questionados sobre esse acréscimo repassado ao município para assistência aos

Sem Terra, os gestores e profissionais entrevistados alegaram desconhecer que o município recebia tal recurso:

O pessoal do assentamento me perguntou (!), e quando nós fomos atrás e falamos lá com o Prefeito, não recebemos nada! Nem do primeiro assentamento, que você mesmo disse que eles têm há 20 anos, nunca foi repassado 1 real pra Secretaria, nem pra Prefeitura! Nunca! Isso é certeza absoluta! Isso é uma das coisas que posso te garantir que me perguntaram! Porque, como não tem estratégia nos assentamentos, não vem nenhum auxílio (!), do Governo! Então é tudo recurso próprio que é usado pra gente poder atender essas comunidades! (Gest.1)

Embora aleguem desconhecer a existência desse acréscimo, o fato é que a USVG-SF recebe um adicional federal de R\$3.200,00 por mês, pelo trabalho de Saúde da Família nos assentamentos do entorno de Volta Grande. Recebe ainda mais R\$1.000,00 mensais pelo trabalho em Saúde Bucal junto a eles - visto que conta também com os serviços de odontologia - totalizando R\$4.200,00 mensais, ou R\$50.400,00 anuais extras para o desenvolvimento da assistência à saúde dos assentados²¹. Esses valores, para uma política pública que visa promover a equidade e a ampliação da assistência a populações em condições de exclusão^{22, 23}, são realmente inexpressivos e seguramente insuficientes para atender tal objetivo. Porém, são repassados pelo Ministério da Saúde diretamente aos Municípios, com um propósito bem definido, que é a assistência à saúde dessas populações¹⁶.

Essa situação caracteriza uma grande incoerência, pois, apesar desse acréscimo no orçamento da USVG-SF, com esse propósito específico, o que se verifica, na prática, é que a assistência à saúde prestada aos assentados se reduz ao atendimento de sua livre demanda na USVG-SF e às campanhas de vacinação, em geral. Seguem, portanto, excluídos de outras importantes dimensões trabalhadas dentro de uma ESF, como a prevenção e a promoção da saúde, além dos programas que abrangem às fases específicas do ciclo de vida (saúde da mulher, cuidado da criança, cuidado do idoso etc.)^{15,17}. A Estratégia Saúde da Família pressupõe a integralidade das ações e o trabalho interdisciplinar da equipe de saúde, não podendo basear-se simplesmente na atenção à demanda espontânea (modelo assistencial focado na doença)^{14, 16,17}.

Apesar dessa situação evidenciada na USVG-SF, de uma maneira geral, pode-se dizer que os gestores e

profissionais avaliam que é satisfatória essa assistência prestada aos Sem Terra:

No geral, atende! Porque agente não diferencia o que é assentado do que não é! Qualquer pessoa que busque assistência vai receber assistência. (Gest.2)

Agente tem uma preocupação bem grande em nunca discriminar ninguém! (Prof.2)

Existe acesso deles aqui? Sim! Tem a livre demanda, o pessoal vem e é atendido. Se mandar hoje agente agenda, tem aquele jogo de cintura(!), não é barrado por não ser da Vila. O bom, é que, as pessoas que fazem parte da agenda, cadastradas, não tem o conhecimento do direito que elas têm. Então assim, normalmente, aquela família cadastrada que tem um agente de saúde, ela sabe que ela tem preferência às consultas, mas aqui o pessoal acaba entendendo que agente é obrigado a deixar vagas para o interior, é obrigado a deixar passar na frente aquela pessoa que tem que pegar o ônibus, então há uma compreensão, às vezes me pergunto, por bondade ou por não saber dos seus direitos. (Prof.1)

Porém, há que se questionar se o fato de não diferenciarem "o que é assentado do que não é" demonstra um entendimento permeado pelos princípios de universalidade e igualdade, em que a saúde é vista como "um direito de todos", sem discriminação, preconceitos ou privilégios, ou apenas revela uma desconsideração do princípio da equidade, o qual se baseia na promoção da igualdade reconhecendo-se as desigualdades que atingem aos diferentes grupos e indivíduos^{15, 22, 23}.

Há que se observar, também, que nesses últimos relatos, esconde-se outra grande contradição que se refere à assistência prestada pelo Sistema de Saúde aos Sem Terra. Trata-se desse "acesso" a que se referem os gestores e profissionais, que incute uma noção de "saúde como caridade" ao invés de "saúde como direito"^{22, 24}, em que os Sem Terra acabam acessando a assistência na USVG-SF graças a um "favor" que se presta aos mesmos ("jogo de cintura"). Seu direito constitucional à saúde acaba transformado em um "benefício"²³ prestado "caridosamente" a eles com a "compreensão da coordenação" (da Secretaria de Saúde) e a "compreensão" das famílias cadastradas, que "não têm conhecimento do direito que elas têm" e aceitam que os Sem Terra e as localidades do interior também possam ser atendidos na USVG-SF, talvez por "bondade" ou por desconhecimento de sua prioridade no atendimento. Para Guizardi e Pinheiro²⁴, essas características expõem a "prevalência histórica de relações político-sociais arcaicas, marcadas pelo signo da submissão e do favor".

Que fique claro que não é nossa intenção julgar as concepções e práticas dos gestores e profissionais participantes de nossa pesquisa, nem tampouco encontrar "culpados" para nenhuma das situações aqui apresentadas. Na verdade, consideramos que há um verdadeiro desejo desses sujeitos, como trabalhadores de saúde que são, em promover melhorias nas condições de vida e saúde da população que atendem. Seu compromisso com a Saúde Pública permearam vários de seus depoimentos:

A gente trabalha em tantas áreas aqui que eu vô te dizer! Falta tempo! Porque, assim, eu sou apaixonada por Saúde Pública! Amo de paixão(!), assim desde a minha formação. (Gest.1)

(...) sempre que pôde trabalhar, a favor do MST, dos assentados, dos acampados, trabalhou! Que agente pensa muito neles, né!? Eu já passei por alguns Prefeitos, e, assim, todos sempre procuraram pensar! (Gest.1)

As dificuldades e limitações na assistência prestada pela USVG-SF são percebidas pelos gestores e profissionais, os quais afirmam que, apesar dos problemas decorrentes do excesso de demanda atendida na Unidade, procuram realizar a melhor assistência possível aos Sem Terra (assim como a todos os usuários) e que só não "fazem a mais" porque é "impossível". Para eles, a solução para a melhoria na qualidade da assistência dessas populações poderia ser a conversão da USVG-SF em uma verdadeira Unidade de Pronto Atendimento, a qual possibilitaria melhor atendimento ao Distrito de Volta Grande, às localidades e aos Sem Terra, em geral. Isso deixaria livre a Equipe de Saúde da Família para desenvolver ações específicas da ESF dentro dos assentamentos, conforme preconizadas por essa estratégia.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, apesar de o Município de Rio Negrinho receber um repasse 50% do Governo Federal como acréscimo no orçamento da USVG-SF, justamente pelos assentamentos sob sua responsabilidade, percebe-se que a assistência prestada aos Sem Terra está resumida àquela efetivada de forma "irregular" nessa Unidade. Essa assistência ofertada a eles pode ser vista como um "quebra-galho", pois são serviços normalmente prestados em uma Unidade de Pronto Atendimento sendo realizados em Unidade de Saúde da Família. Essa situação de "irregularidade" no funcionamento da USVG-SF reflete um pouco de uma das contradições próprias manifestadas pelo SUS a nível local, cuja prática não raramente se distancia de suas diretrizes

teóricas^{3, 18}, o que ocasiona grandes dificuldades e entraves quanto à sua execução, sendo que, muitas vezes, só se efetiva, por meio desses “quebra-galhos”.

Na realidade de Volta Grande, o excesso de demanda (abrangência/influência), associado ao fato de se tratar de uma área rural, distante do município-sede, são alguns dos fatores que limitam a atuação da Unidade. Devido a essa situação peculiar, torna-se inviável concretizar todos os programas conforme a cartilha do Ministério da Saúde, normalmente direcionados à realidade urbana^{1, 7}. Conforme entendemos, a própria USVG-SF, apesar de estar localizada no “interior”, na prática, funciona como uma ESF que segue os mesmos programas preconizados para a área urbana, embora seja “ajustada” para atender a essa realidade singular.

O que encontramos nesse contexto estudado é uma limitação na qualidade da participação das três categorias de sujeitos: não há integração entre os assentados, os profissionais e os gestores, tanto no processo de identificação dos problemas de saúde dos assentamentos e acampamentos da região, quanto na discussão crítica sobre as limitações e possibilidades de mudanças no encaminhamento e no controle das estratégias definidas¹⁸.

A realidade da assistência oficial à saúde, encontrada nas discussões apresentadas e nas percepções dos sujeitos deste estudo, mostra as fragilidades e os limites das práticas sociais efetivadas nos espaços de concretização do SUS, especialmente, na realidade do campo. Práticas essas que, se estivessem calcadas na participação efetiva da população, integradas com os demais setores envolvidos no processo, seriam mais capazes de promover a melhoria da qualidade desses serviços, repercutindo na qualidade de vida e saúde dos sujeitos de forma geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bergamasco SMPP. A realidade dos assentamentos rurais por detrás dos números. *Estudos avançados* 1997; 31(11):37-49.
- Carneiro FF. (Tese). A saúde no campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias frias” em Unaí, Minas Gerais, 2005-2007. Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2007.
- Scopinho RA. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(1):1575-1584.
- Universidade de Brasília. Saúde dos Trabalhadores Rurais de Assentamentos e Acampamentos da Reforma Agrária. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- Movimento dos Trabalhadores Sem Terra. Lutar por saúde é lutar por vida. São Paulo: Coletivo Nacional de Saúde, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra; 2000.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Agropecuário, 2006. <http://www.ibge.gov.br/home> <Acesso em 23.11.2009>
- Cavalcante IMS, Nogueira LMV. Práticas sociais coletivas para a saúde no assentamento Mártires de Abril na Ilha de Mosqueiro – Belém, Pará. *Rev Enf* 008; 12(3): 492-99.
- Vendramini CR. A experiência coletiva como fonte de aprendizagens nas lutas do Movimento Sem Terra no Brasil. *Revista Lusófona Educ* 2005; 6: 67-80.
- Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. Plano de Desenvolvimento do Assentamento Butiá. Florianópolis: INCRA/VPC/Brasil; 2007.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
- Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2001.
- Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde Soc* 2004; 13(3):44-57.
- Campos DA, Rodrigues J, Moretti-Pires RO. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva como instrumento de transformação social: uma proposta metodológica fundamentada na postura Hermeneutica-Dialética. *Sau Transf Soc* 2011 (no prelo).
- Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades da saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2009.
- Santos P. Santa Catarina e a Atenção Básica. *Revista Catarinense de Saúde da Família* 2009; 1:8-12.
- Assis MMA, Cequeira EM, Santos AM, Jesus WLA. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodologia e prática. *Revista de Atenção Primária à Saúde* 2007; 10(2):1-164.
- Grisotti M, Patrício Z.M. A saúde coletiva entre discursos e prática: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde no município de Florianópolis. Florianópolis: Ed. UFSC; 2006.
- Bahia L. Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o Público e Privado. *Saúde e Sociedade* 2005; 14(2): 9-30.
- Ros MA, Souza, TT. Para pensar uma forma de operacionalizar o planejamento estratégico em saúde. *Revista Ciências da Saúde* 2006; 25:83-87.
- Brasil. Ministério da Saúde/DATASUS. Diretório de bases de dados de interesse da saúde. Brasília: MS/FNS/Datasus. <http://189.28.128.178/sage/> <Acesso em: 29.09. 2010>.
- Junges JR. Direito à Saúde, Biopoder e Bioética. *Interface – Com Saúde Educ* 2008; 13(29): 285-295.
- Cohn A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8(1):9-18.
- Guizardi FL, Pinheiro R. New social practices constituting the right to health: the experience of a community phytotherapy movement. *Interface - Com Saúde Educ* 2008; 12(24):109-22.